



Doris Tina  
UOD Endocrinologia – Atri  
ASL Teramo



Roma,  
9-11 novembre 2012

*“Il ruolo dell’infermiere nel  
Day Hospital Endocrinologico”*

Roma 10 Novembre 2012



# Day Hospital: definizione

Uno o cicli di ricoveri programmati,  
ciascuno della durata inferiore a 24 ore,  
con erogazione di prestazioni  
multiprofessionali e plurispecialistiche.



Medico  
Specialista  
Ospedaliero

Medico  
Ambulatoriale

Medico  
curante

# Day Hospital: aspetti legislativi



Legge  
n 595/1985

Legge  
n 135/1990

Legge  
n 412/1991

Dlgs  
n 502/1992



# Day Hospital: innovazione



Roma,  
9-11 novembre 2012

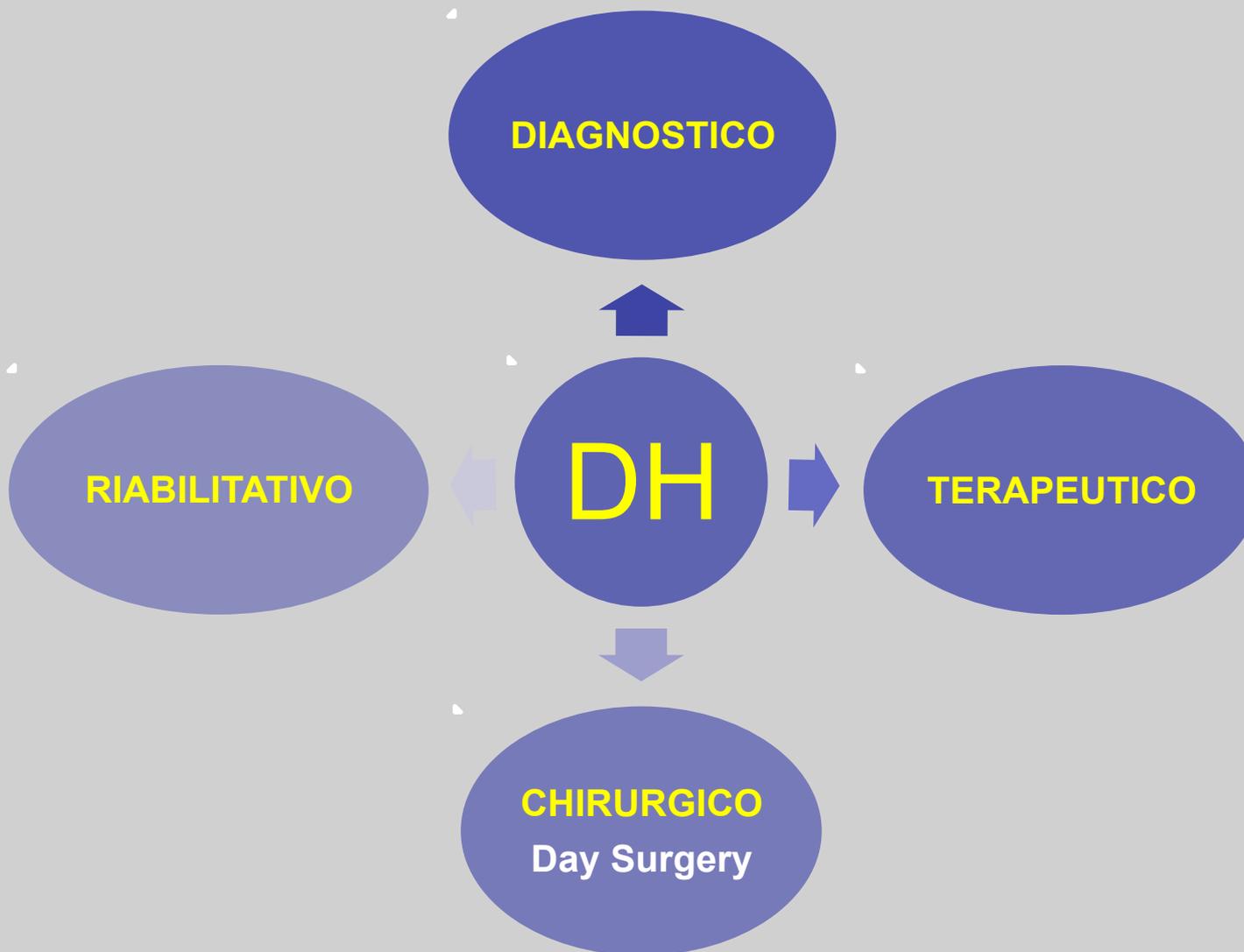
**DRG**

“Fare meglio”  
Costo minore

Centralità  
paziente

Riconoscimento  
economico

# Day Hospital: tipologie



# Day Hospital: requisiti

## ORGANIZZATIVI

Personale medico ed infermieristico

Regolamento sulle modalità di accesso e di erogazione

Definizione del numero dei posti letto assegnati

Cartella clinica aggiornata e archiviata

## STRUTTURALI

Ambienti dedicati alla degenza

Servizi igienici Utenti e personale

Ambienti di servizio e depositi

Locali per visita e lavoro infermieri

## DI CONTROLLO

Appropriatezza dei ricoveri

Qualità dei servizi erogati

Liste di attesa

Risorse e incentivazione dei DH

# Competenze dell' infermiere

## COLLABORAZIONE

- ❖ Coordina la programmazione dei ricoveri ed è responsabile del registro dei ricoveri;
- ❖ Prenota gli esami specialistici, seguendo l' iter diagnostico prescritto, mirando alla massima utilizzazione dei servizi;
- ❖ E' responsabile della corretta conservazione del materiale sanitario;
- ❖ Si occupa dell' accoglienza del paziente e dell' assistenza diretta durante tutto l' iter diagnostico – terapeutico.

## AUTONOMIA

# Day Hospital: il paziente

**PAZIENTE NON OSPEDALIZZATO**

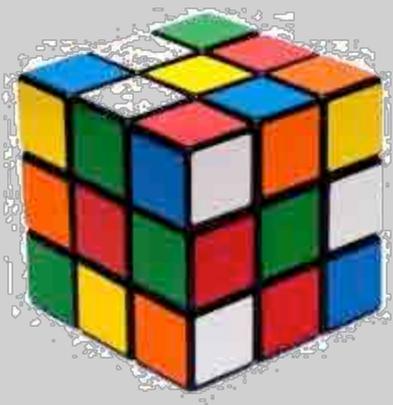
**PROVENIENZA SOCIO – CULTURALE**

**FATTORI EMOTIVI E  
CARATTERISTICHE  
TIPICHE DELLA  
PERSONALITA'**

**LA PERCEZIONE REALE O  
DISTORTA DELLA MALATTIA**

**I PREGIUDIZI**

**ASPETTATIVE VERSO LA STRUTTURA  
SANITARIA**



# L' infermiere e il DH endocrinologico

FLESSIBILITA'

CONTINUITA'

EMPATIA

PROFESSIONALITA'

ASCOLTO

COMUNICAZIONE



# DH terapeutico: Laser Ablazione

L' Ablazione laser finalizzata alla riduzione del volume della tiroide, consente di ottenere un effetto terapeutico a lungo termine.

Visita endocrinologica

NUM. PROG.	NOME COGNOME DATA DI NASCITA	NUM TELEFONICO	DIAGNOSI	MISURE NODULO	ESITO E DATA CITOLOGICO	TERAPIA E NOTE
13					TIR	
				<u>VOL.</u>	Del	
14					TIR	
				<u>VOL.</u>	Del	
15					TIR	
				<u>VOL.</u>	Del	
16					TIR	
				<u>VOL.</u>	Del	
17					TIR	
				<u>VOL.</u>	Del	
18					TIR	
				<u>VOL.</u>	Del	



# DH terapeutico:

## SCHEDA DI ATTIVAZIONE DEL D.H. o D.SER. U.O. di ENDOCRINOLOGIA

Data di attivazione ..... Data di cessazione .....

Nome ..... Cognome .....

Data di nascita ..... luogo .....

Comune di residenza ..... Via .....

Telefono ospedaliero .....

Telefono ..... Cellulare .....

Scapetto diagnostico .....

TURNO .....

Esami preoperatorii ed anamali da eseguire .....



ENDOCRINO	FT3	IGF-1
URINE	FT4	GH
AZOTEMIA	TSH	DHEAS
GLICEMIA	<del>66</del> Tg	ANGIOTENSINA
CREATININIA	<del>66</del> TPO	ANDROSTENEDIONE
CALCEMIA	<del>66</del> TSH-R	<del>66</del> 21-OH-LASZ
ELETTROLITE	FSH (T <sub>2</sub> -T <sub>2</sub> )	ALDOSTERONE
FOSFORO	LH (T <sub>2</sub> -T <sub>2</sub> )	PSA TOTALE
Mg <sup>++</sup>	PRL (T <sub>2</sub> -T <sub>2</sub> )	PSA LIBERO
GOT	ACTH	FERRITINA
GPT	CORTISOLO	TRANSFERRINA
GAMMA GT	E <sub>2</sub>	SIDEREMIA
COLESTEROLO TOTALE	<del>8g</del>	FOSFATASI ALCALINA
COLESTEROLO HDL	17-OH- <del>8g</del>	PT
COLESTEROLO LDL	<del>3g</del>	PTT
TRIGLICERIDI	Tg	FIBRINOGENO
PROTEINE TOTALI	CALCITONINA	ANTI-TROMBINA III

Esami strumentali .....



DR. MEDICINA SPEC. MEDICHE  
Dr. Dott. Carlo Di Michele

UNITA' OPERATIVA DI  
ENDOCRINOLOGIA  
Resp. Prof. Dott. Bruno Ruggini



## PROCEDURA LASERABLAZIONE DEI NODULI SOLIDI BENIGNI

### MATERIALE OCCORRENTE

Kit fibra ottica necessario confezionato in un blister con doppia busta sterile composta da:

- fibra ottica da 300um (micrometri) a punta piatta con connector colante EMA 901, fibra ricoperta e protetta con guaina di silicone della lunghezza di 1,5 o 3 m (rete) a seconda dell'unità laser monofusa, con microchip di controllo (condizioni e capacità di emissione);
- fermo-fibra colante e prefisso alla fibra per la spoggeria della fibra dall'ago. 3 mm per LA unidirez, trifasico per il passaggio di gas o liquidi;
- ago di ~~6/16~~ (cannula e mandrino) da 21 G lunghezza di 11 cm, conimante, allumin. ~~6/16~~, con soggeri di polibidati;
- sistema di guida:
  - 1) C 15 propioni, distanza dalla cute 1 cm angolo di penetrazione 15°;
  - 2) C 19 propioni, distanza dalla cute 1,5 cm angolo di penetrazione 19°.

Tali stelli con adessivo laterale, occlusa per disinfezione, disinfezione (giocattoli o derivati), gaze stelli 10x10, siringhe da 5 ml, ago 23 G 0.6x23 mm, conete per la medicazione, manta ~~6/16~~, gel stelli, ~~6/16~~ stelli, guaina per sonde otografiche stelli, stelli stelli, mascherine e copricapo, ghiscione sterilità, ago cannula 20 G, occhiali, lenzo operatorio, conete, batuffoli, sodio clorato 100 ml, deflussore per fibre.

Farmaci: ~~Metoprolol~~ 5 mg q, ~~Bisoprololo~~ 4 mg q, ~~Verapamil~~ q, ~~Paracetamolo~~ q, ~~Uroprone~~ ~~6/16~~ 2% q.

Questa procedura si suddivide in quattro fasi fondamentali:

- Accettazione
- Proposizione
- Esecuzione
- Dimissione

### ACCETTAZIONE

Il paziente viene ricevuto in regime di D.H., una settimana prima del giorno della ~~6/16~~ laser, per acquisire polivita venosa (emocromo, pt, ~~6/16~~, fibrinogeno, ~~6/16~~), con coagulati, ~~6/16~~; si compila la scheda operativa del paziente, lo si informa sulle procedure e si acquisisce il consenso.

Il giorno del trattamento, sempre in regime di D.H., si prende visione della cartella clinica e della scheda operativa, si esegue eventuale controllo coagulati.

Si consiglia di indossare una canottina intima e una maglietta aperta davanti.



# DH ter



e  
Roma,  
9-11 novembre 2012

	<b>MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DINIEGO AL TRATTAMENTO SANITARIO</b>	Mod. PA12 02
	UNITÀ OPERATIVA DIRETTORE	Rev. I del 05/10/2011

...I... SIGNOR... nat... il / / / dovrà sottoporsi al trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico di LASER TERAPIA PER I NODULI TIROIDEI Lato:  destro  sinistro  non applicabile

### A TAL FINE DICHIARA:

- di aver **RICEVUTO** in data / / la **NOTA** informativa specifica per il trattamento sopra indicato (**NOTA n°** ) dal Dott.

- Dirigente Medico della Unità Operativa di degenza
- Dirigente Medico del Servizio interessato
- Medico di Medicina Generale
- Pediatra di Libera Scelta

- che la nota informativa contiene informazioni riguardo a:

- scopo del trattamento;
- rischi / inconvenienti ragionevolmente prevedibili per la persona;
- benefici previsti;
- modalità di intervento e/o alternative possibili;
- conseguenze del mancato trattamento;
- durata del trattamento e regime di assistenza.

### DICHIARA INOLTRE (apporre una X sulla scelta):

- che prima di esprimere il **CONSENSO**  **DINIEGO**  al trattamento diagnostico e/o terapeutico ha avuto il **tempo necessario per valutare e decidere**, o l'opportunità di chiedere ulteriori informazioni;
  - che tutte le domande poste hanno avuto **risposta soddisfacente**;
  - di essere a conoscenza della **possibilità di revocare** il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.
- RIVOLTO ALLE DONNE:** di essere in stato di gravidanza  **si**  **no**  **non so**

### PERTANTO ESPRIME LIBERAMENTE IL (apporre una X sulla scelta):

**CONSENSO e AUTORIZZA** il trattamento diagnostico e/o terapeutico sopra specificato.

**DINIEGO e NON AUTORIZZA il trattamento** diagnostico e/o terapeutico sopra specificato, **PRECISANDO** di:

- comprendere appieno le conseguenze del rifiuto di eseguire il trattamento sanitario consigliato;
- esonerare totalmente il personale medico ed infermieristico nonché l'intera struttura sanitaria da qualsivoglia responsabilità per danni conseguenti alla decisione assunta.

<b>FIRMA DEL PAZIENTE</b>		<b>FIRMA DEL TUTORE o DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO</b>	Nome e Cognome: Firma
<b>IN CASO DI MINORE</b>	I sottoscritti: nome _____ cognome _____ nome _____ cognome _____ dichiarando di esercitare la potestà genitoriale. <b>La Madre</b> <span style="float: right;"><b>Il Padre</b></span>		

### PARTE RISERVATA AL MEDICO CHE RACCOGLIE IL CONSENSO/DINIEGO\*

Il sottoscritto\* \_\_\_\_\_ (Cognome e Nome in stampatello)

HA FORNITO AL PAZIENTE TUTTE LE INFORMAZIONI RICHIESTE.

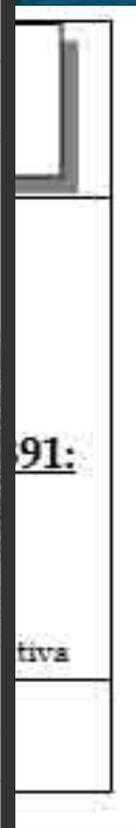
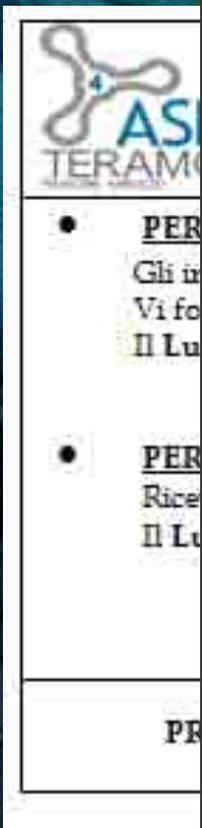
(Firma leggibile)

DATA / /

\* Il medico che firma e raccoglie il consenso / diniego può essere diverso da quello che ha informato il paziente e/o che eroga il trattamento.

Foglio per il Paziente/Utente

Mod. 6.800.05027A - Ed. 1/2004



**QUESTIONARIO ACROQoL**

A causa dell'acromegalia....

1. Mi mancano le forze nelle gambe

- Sempre  1
- Quasi sempre  2
- A volte  3
- Raramente  4
- Mai  5

2. Mi sento brutto/a

- Completamente d'accordo  1
- Abbastanza d'accordo  2
- Né d'accordo né in disaccordo  3
- Poco d'accordo  4
- Per nulla d'accordo  5

3. Mi sento depresso/a

- Sempre  1
- Quasi sempre  2
- A volte  3
- Raramente  4
- Mai  5

4. Mi vedo orribile nelle foto

- Completamente d'accordo  1
- Abbastanza d'accordo  2
- Né d'accordo né in disaccordo  3
- Poco d'accordo  4
- Per nulla d'accordo  5

5. Limito le uscite con gli/le amici/amiche per colpa del mio aspetto

- Sempre  1
- Quasi sempre  2
- A volte  3
- Raramente  4
- Mai  5

6. Cerco di evitare le relazioni sociali

- Sempre  1
- Quasi sempre  2
- A volte  3
- Raramente  4
- Mai  5

• Esami generali

• Test OC  
Acrome

• Valutaz

• Valutaz  
vitali

• Valutaz  
antropo

ologica  
rdiologica  
gici (eco  
)  
ulistica  
cialistiche



DIR. MEDICINA SIBOL. MEDICHE  
Dr. Dell. Dario Di Michele

UNITA' OPERATIVA DI  
ENDOCRINOLOGIA  
Resp. Prof./Dot. Bruno Ruggieri

NOTA ENDOCR. 04/1

Revisione

Del 02.02.2011

Pagina 1 di 1

## TEST DI TOLLERANZA AL GLUCOSIO (OGTT) COME TEST DI INIBIZIONE NELL'ACROMEGALIA

Scopo e meccanismo d'azione	Valuta la soppressione della secrezione di GH all'aumento endogeno del glucosio somministrato per via orale (che si esercita attraverso l'attivazione della secrezione di somatotropina endogena)
Indicazioni	Acromegalia gigantismo alla diagnosi Diagnosi di guarigione dopo terapia chirurgica (timing del test: già dopo 1 settimana)
Controindicazioni	Diabete mellito conclamato
Precauzioni	Nessuna
Relazione con età, sesso, peso corporeo, gravidanza	No
Condizioni preliminari	Paziente digiuno dalla sera precedente, sdraiato su letto o poltrona reclinabile
Esecuzione	Dopo prelievo basale (GH, IGF-1, Glicemia e Insulinemia), ingestione della soluzione di glucosio (in 5-10 minuti) seguita da prelievi di GH e IGF-1 ogni 30 minuti fino a 120' e di glicemia e insulinemia a 120'.
Possibili effetti collaterali	Nausea e vomito. In caso di vomito, sospendere l'esame e annullare il dosaggio sui campioni già prelevati.
Parametri da monitorare durante l'esecuzione	Nessuno
Manovre da eseguire dopo la fine del test	Nessuna



MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DINIEGO AL  
TRATTAMENTO SANITARIO

Mod. PA12 02

UNITÀ OPERATIVA

Rev. 1

DIRETTORE

del 05/10/2011

...I... SIGNOR... mat... il / / dovrà sottoporsi al

trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico di TEST OGTT PER

ACROMEGALIA

Lato:  destro  sinistro  non applicabile

A TAL FINE DICHIARA:

- di aver **RICEVUTO** in data / / la **NOTA** informativa specifica per il trattamento sopra indicato (**NOTA** n° ) dal Dott.

- Dirigente Medico della Unità Operativa di degenza
- Dirigente Medico del Servizio interessato
- Medico di Medicina Generale
- Pediatra di Libera Scelta

- che la nota informativa contiene informazioni riguardo a:

- scopo del trattamento;
- rischi / inconvenienti ragionevolmente prevedibili per la persona;
- benefici previsti;
- modalità di intervento e/o alternative possibili;
- conseguenze del mancato trattamento;
- durata del trattamento e regime di assistenza.

**DICHIARA INOLTRE (apporre una X sulla scelta):**

- che prima di esprimere il **CONSENSO**  **DINIEGO**  al trattamento diagnostico e/o terapeutico ha avuto il tempo necessario per valutare e decidere, e l'opportunità di chiedere ulteriori informazioni;
- che tutte le domande poste hanno avuto **risposta soddisfacente**;
- di essere a conoscenza della **possibilità** di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

**RIVOLTO ALLE DONNE:** di essere in stato di gravidanza  sì  no  non so

**PERTANTO ESPRIME LIBERAMENTE IL (apporre una X sulla scelta):**

**CONSENSO** e **AUTORIZZA** il trattamento diagnostico e/o terapeutico sopra specificato.

**DINIEGO** e **NON AUTORIZZA** il trattamento diagnostico e/o terapeutico sopra specificato, **PRECISANDO** di:

1. comprendere appieno le conseguenze del rifiuto di eseguire il trattamento sanitario consigliato;
2. esonerare totalmente il personale medico ed infermieristico nonché l'intera struttura sanitaria da qualsivoglia responsabilità per danni conseguenti alla decisione assunta.

<b>FIRMA DEL PAZIENTE</b>		<b>FIRMA DEL TUTORE o DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO</b>	Nome e Cognome: Firma
<b>IN CASO DI MINORE</b>	I sottoscritti: nome _____ cognome _____ nome _____ cognome _____ dichiarando di esercitare la potestà genitoriale.		
	<b>La Madre</b>		<b>Il Padre</b>

**PARTE RISERVATA AL MEDICO CHE RACCOGLIE IL CONSENSO/DINIEGO\***

Il sottoscritto\* \_\_\_\_\_ (Cognome e Nome in stampatello)

HA FORNITO AL PAZIENTE TUTTE LE INFORMAZIONI RICHIESTE.

(Firma leggibile) \_\_\_\_\_ DATA / /

\* Il medico che firma e raccoglie il consenso / diniego può essere diverso da quello che ha informato il paziente o che esegue il trattamento.

Foglio da allegare in cartella

Mod. 6.850/05071A - G8/Pres. 01

# DH diagnostico: L' Acromegalia

DIAGNOSI DI  
ACROMEGALIA

TERAPIA  
MEDICA



SOMMINISTRAZIONE

ISTRUZIONE

# Take Home Message

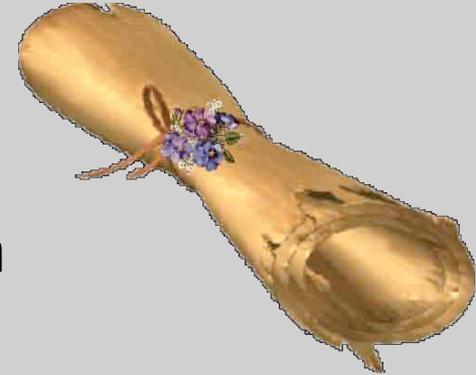
- ➔ Il DH Endocrinologico è caratterizzato da un'elevata qualità assistenziale, questo ha permesso di effettuare percorsi diagnostici e terapeutici in un regime diverso da quello ordinario consentendo un migliore utilizzo delle risorse e un contenimento dei costi;
- ➔ Il DH Endocrinologico è a tutti gli effetti un ricovero e necessita di requisiti strutturali ed organizzativi specifici;
- ➔ Il DH più che ogni altra forma di ricovero riconosce al paziente la sua centralità nel processo di diagnosi e cura;



# Take Home Message

➔ L'infermiere contribuisce a realizzare il percorso di diagnosi e cura occupandosi di aspetti organizzativi e di programmazione, sia in collaborazione che in autonomia;

➔ L'infermiere nella gestione del DH di pazienti con patologia endocrinologica mette in campo conoscenze e capacità tecniche specifiche;



# conclusione

L'organizzazione del **DH ENDOCRINOLOGICO** nasce da un lavoro in equipe, in cui, le capacità' del singolo professionista, nel rispetto delle specifiche competenze, garantiscono al paziente di ottenere un ottima assistenza sanitaria che si traduce in un miglioramento reale della **qualita'** di vita.



*Grazie per  
l'attenzione*

