

BUONE PRATICHE CLINICHE

Schema di approccio al nursing di routine per il paziente in Terapia Intensiva

■ **STEFANO BAMBI¹, CHIARA PEDUTO², PASQUALE DAMMIANO², YARI BARDACCI², LORENZO BALLERINI², ELISA MATTIUSI³**

¹ Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi - Terapia Intensiva e Subintensiva di Medicina e Chirurgia, Firenze - Consiglio Direttivo Aniarti

² Terapia Intensiva di Emergenza e del Trauma – Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi - Comitato Direttivo Aniarti

³ Tutor didattico, Corso di Studi in Infermieristica, Università degli Studi di Udine

BUONA PRATICA CLINICA

PERVENUTO IL 01/04/2020
ACCETTATO IL 06/04/2020

Corrispondenza per richieste:

Comitato Direttivo Aniarti
aniarti@aniarti.it

Nota all'utilizzo del file.

Questa tabella estremamente schematica è volta al supporto mediante lo stile della check list, degli infermieri, particolarmente neoinserti e neoassunti nelle terapie intensive. Lo scopo è proporre uno schema il più sistematico possibile (ma probabilmente non esaustivo). Non vuole essere uno strumento rigido, bensì un reminder trasversale, ed estremamente

flessibile in termine di modificabilità e adattabilità ai diversi contesti logistico-operativi con che caratterizzano le terapie intensive polivalenti e specialistiche in generale. Chiaramente, in periodo di COVID 19, non solo alcuni interventi ricompresi non potranno essere previsti, ma probabilmente, altri dovranno essere modificati oppure addirittura postposti. Per questo motivo ho pensato ad una colonna a destra chiamata "Priorità", affinché

possa, se necessario, essere fatta una riflessione su ciò che sarebbe accettabile in termine di missing nursing.

All'interno degli step, l'ordine con cui sono elencati le valutazioni e gli interventi, sono da intendersi non in rigoroso ordine di priorità verticale, ma in generale questo diventa variabile a seconda delle situazioni contingenti cliniche e logistiche.

Step	Valutazione-Intervento	Priorità
Handover	<input type="checkbox"/> Presa in carico dei pazienti ad inizio turno mediante recupero informazione dai colleghi del turno smontante secondo schema ABCDE <ul style="list-style-type: none"> • Sicurezza • Motivo/Diagnosi Ingresso • Comorbidità-Fattori di rischio • Trattamento in corso/Allergie • A – Coscienza/Sedazione e via aeree • B – Respiro; supporti respiratori • C – Circolo; devices intravascolari; supporti cardiaci-ematici; diuresi e supporti renali; aspetti ematologici • D – Disabilità, problemi neurologici; dolore e analgesia; drenaggi e cateteri; supporti nutrizionali • E – Esposizione; controllo della temperatura, stato della cute (lesioni); mobilitazione ed eliminazione • F – Familiari; aspetti legati alla relazione e alla sfera psico-emotiva • I – Infezioni; problematiche aperte; infezioni da multiresistenti; tipologia di isolamento 	
	<input type="checkbox"/> Programma diagnostico terapeutico previsto durante il turno	

Step	Valutazione-Intervento	Priorità
A - Auto-Safety	<input type="checkbox"/> Prima di entrare nel box paziente auto-check: DPI indossati correttamente rispetto alla procedura/assistenza da effettuare?	
	<input type="checkbox"/> Indossare camice verde monouso sopra la divisa o il camice/tuta impermeabile per ogni paziente, e rimuoverlo e smaltirlo correttamente prima dell'uscita dal box	
	<input type="checkbox"/> Indossare un paio di guanti monouso per l'assistenza al paziente. Cambiare i guanti in caso di rottura, sporcizia, oppure necessità di passare da un'attività "sporca" ad una "pulita" (es. dopo l'igiene, prima di eseguire medicazioni)	
	<input type="checkbox"/> Prima di indossare un nuovo paio di guanti passare il gel alcoolico sui guanti che stanno sotto	
	<input type="checkbox"/> Check attivazione pressione negativa o positiva dell'areazione della stanza del paziente in base alle necessità cliniche	
Setting - Safety	<input type="checkbox"/> Check presenza pallone autoespansibile e pallone va e vieni	
	<input type="checkbox"/> Check presenza flussimetro ossigeno con ugello per attacco prolunga del va e vieni e del supplemento di ossigeno al pallone autoespansibile	
	<input type="checkbox"/> Check funzionamento dell'aspiratore	
	<input type="checkbox"/> Check cassette gestione vie aeree (filtri antimicrobici, filtri HME, catetermount, lubrificante idrosolubile, cannule di guedel di misure, maschere facciali per ventilazione di misure)	
	<input type="checkbox"/> Check di sondini di aspirazione di misure	
	<input type="checkbox"/> Check presenza di filtro HEPA alla fine della branca espiratoria del circuito del ventilatore automatico con data del giorno corrente (sostituzione obbligatoria ogni 24 ore)	
	<input type="checkbox"/> Check allarmi del ventilatore automatico <ul style="list-style-type: none"> • Volume/Minuto minimo e massimo • Volume Tidal massimo • Pressione Inspiratoria Massima • Frequenza Respiratoria Minima e Massima Tempo di apnea (15 secondi massimo) 	
	<input type="checkbox"/> Check sul ventilatore della funzione "Ventilazione di back-up" o "Apnea Ventilata": deve essere su "on" se i pazienti sono in Pressure Support Ventilation"	
	<input type="checkbox"/> Check monitor multiparametrico <ul style="list-style-type: none"> • Allarmi saturazione periferica dell'ossigeno (giallo 92%, rosso 90%, di default o personalizzati a seconda del paziente) • Allarmi Frequenza Cardiaca minima e massima • Allarmi Pressione Arteriosa minima e massima • Allarmi Frequenza Respiratoria (personalizzati) • Allarmi End Tidal CO₂ minimo e massimo (personalizzati) • Allarmi Pressione Intracranica Massima (20 mmHg di default) • Allarmi Pressione di Perfusionamento Cerebrale minima (50 mmHg) 	
	<input type="checkbox"/> Check di tutta l'alimentazione degli elettromedicali che deve essere a rete	
	<input type="checkbox"/> Check corrispondenza della terapia infusiva prescritta (farmaci e dosaggi) con quella in corso all'interno del box	
	<input type="checkbox"/> Check connessioni tubi e filtri del ventilatore (devono essere ben saldi)	
	<input type="checkbox"/> Check connessioni linee infusive (devono essere ben salde ma non stinte eccessivamente)	
	<input type="checkbox"/> Check circuiti extracorporei (CRR, ECMO): controllo assenza di kinking o schiacciamento dei tubi e messa in sicurezza delle connessioni con in cateteri	
<input type="checkbox"/> Check letto paziente: sponde alzate, letto frenato		
<input type="checkbox"/> Prima di uscire dal box paziente effettuare controllo delle infusioni che stanno terminando e anticiparne in cambio su quelle imminenti per minimizzare il reingresso nel box (cosiddetto "zero delle pompe")		
Quick look paziente	<input type="checkbox"/> Valutazione a colpo d'occhio (ABCDE) sul paziente e sui supporti cui è collegato all'ingresso, volto alla rilevazione di problemi immediati sulla sicurezza	

Step	Valutazione-Intervento	Priorità
A - Airways	<input type="checkbox"/> Valutazione stato di coscienza (Glasgow Coma Scale)	
	<input type="checkbox"/> Valutazione stato della sedazione (Richmond Agitation Sedation Scale)	
	<input type="checkbox"/> Check vie aeree naturali <ul style="list-style-type: none"> • Pervietà vie aeree naturali conservate 	
	<input type="checkbox"/> Check vie aeree artificiali – tubo endotracheale <ul style="list-style-type: none"> • Pervietà • Posizione (rima buccale centrale, destra, sinistra; numero di cm dalla rima buccale) • Corretto fissaggio del tubo • Gonfiaggio cuffia tra 25 e 30 cmH₂O (almeno 2 volte per turno, prima dell'igiene del cavo orale e al bisogno) 	
	<input type="checkbox"/> Check vie aeree artificiali – tubo tracheostomico <ul style="list-style-type: none"> • Individuazione del tipo di cannula tracheostomica (fenestrata/non fenestrata) • Pervietà: controllo e detersione controcanula • Corretto fissaggio del tubo tracheostomico • Controllo stato dello stoma tracheale e medicazione • Se cannula cuffiata: gonfiaggio cuffia tra 25 e 30 cmH₂O (almeno 2 volte per turno, prima dell'igiene del cavo orale e al bisogno) 	
	<input type="checkbox"/> Check aspirazione sottoglottica (nei pazienti con via aerea artificiale con lume dedicato) <ul style="list-style-type: none"> • - 25 mmHg in aspirazione continua • -100/-150 in aspirazione intermittente 	
	<input type="checkbox"/> Monitoraggio End Tidal CO ₂ <ul style="list-style-type: none"> • Obbligatorio in tutti i pazienti con tubo endotracheale • Obbligatorio in tutti i pazienti con monitoraggio della pressione intracranica (PIC) • Obbligatorio in tutti i pazienti con problemi di omeostasi della CO₂ • Consigliato in tutte le altre tipologie di pazienti 	
	<input type="checkbox"/> Aspirazione tracheale <ul style="list-style-type: none"> • Circuito chiuso di aspirazione obbligatorio per tutti i pazienti • Solo al bisogno, mai di routine, preferibilmente su osservazione delle curve dei flussi in espirazione 	
<input type="checkbox"/> Igiene del cavo orale 1 volta per turno <ul style="list-style-type: none"> • Spazzolino con sostanza detergente per tutti i pazienti, eccetto quelli con disturbi della coagulazione o piastrinopenici • Uso del tampone in schiuma nei pazienti con disturbi della coagulazione o piastrinopenici • Uso della clorexidina collutorio riservato soltanto ai pazienti intubati cardiotoracici 		
B - Breathing	<input type="checkbox"/> Valutazione clinica respiratoria <ul style="list-style-type: none"> • Frequenza respiratoria • Superficialità/profondità del respiro • Sincronia toraco-addominale • Simmetria dell'espansione toracica • Palpazione toracica alla ricerca di alterazioni morfologiche ed enfisema sottocutaneo • (auscultazione degli emitoraci destro e sinistro superiormente ed inferiormente) • Osservazione del colorito cutaneo 	
	<input type="checkbox"/> Valutazione strumentale respiratoria <ul style="list-style-type: none"> • Saturazione periferica dell'ossigeno (cambio sede almeno 1 volta al giorno); se presente catetere arterioso privilegiare il posizionamento del sensore su un dito a valle dell'arto con catetere per contestuale valutazione della perfusione distale • Emogasanalisi arteriosa – EGA (nel paziente critico almeno ogni 2 ore; al variare delle condizioni cliniche; dopo almeno 30 minuti dalla variazione dei parametri respiratori del ventilatore; su necessità di controllo dell'omeostasi elettrolitica, glicemica e metabolica; su prescrizione medica) 	
	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia <ul style="list-style-type: none"> • Flussi • FIO₂ 	

Step	Valutazione-Intervento	Priorità
	<input type="checkbox"/> Valutazione della ventilazione meccanica non invasiva <ul style="list-style-type: none"> • Modalità di ventilazione (CPAP, PSV, BIPAP/DuoPAP/BiVent) • Frequenza Respiratoria • Tidal Volume espirato • PEEP • FiO₂ 	
	<input type="checkbox"/> Valutazione della ventilazione meccanica invasiva <ul style="list-style-type: none"> • Modalità di ventilazione • Frequenza Respiratoria (spontanea e/o obbligata) • Tidal Volume espirato • Pressioni inspiratorie (Picco/Plateau) • PEEP • FiO₂ 	
	<input type="checkbox"/> Check circuito ventilazione meccanica <ul style="list-style-type: none"> • Posizione della branca inspiratoria sopra a quella espiratoria, e Y del circuito mantenuta più in basso rispetto al catetermount • Sostituzione di routine ogni 15 giorni • Sostituzione in caso di cambio paziente, perdite, rottura o sporcizia visibile 	
	<input type="checkbox"/> Umidificazione dei gas <ul style="list-style-type: none"> • Riscaldata per O₂ terapia ad alti flussi (High Flow Nasal Cannula o Venturi) • Attiva (riscaldata) in tutti i pazienti portatori di cannula tracheostomica in ossigenoterapia, a meno di differente indicazione medica • Passiva con filtro HME, se pazienti con ventilazione meccanica prevista per non oltre 48/96 ore, e con volumi Tidal non inferiori a 7-8 ml/kg/IBW, non ipotermici, e senza eccesso di secrezioni • Passiva con filtro HME in pazienti con necessità di isolamento di tipo respiratorio ("airborne"), per esempio nel COVID-19, a meno di esplicita differente indicazione medica • Sostituzione dei filtri HME posizionati alla Y del circuito di ventilazione ogni 24 ore 	
	<input type="checkbox"/> Gestione rimozione della condensa nel circuito <ul style="list-style-type: none"> • Mediante prevenzione dereclutamento e aerosol al momento della deconnessione (tecnica della clamp in espirazione e stand-by del ventilatore) 	
	<input type="checkbox"/> Check stato delle bombole e tenuta del circuito del nitrossido, se presente	
	<input type="checkbox"/> Check posizione del paziente semirecumbente a 30°, o se controindicato, in antitrendelmburg	
C - Circulation	<input type="checkbox"/> Valutazione clinica cardiocircolatoria <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione dei polsi (radiali, brachiali, femorali) • Refill capillare • Colorito cutaneo • Temperatura cutanea • Sudorazione 	
	<input type="checkbox"/> Monitoraggio strumentale di base in continuo <ul style="list-style-type: none"> • ECG (frequenza, ritmo, aspetto del QRS) • Pressione arteriosa sistemica invasiva (pressione sistolica, diastolica e media) • Pressione arteriosa sistemica non invasiva (pressione sistolica, diastolica e media) • Pressione Venosa Centrale al rubinetto sul distale del CVC 	
	<input type="checkbox"/> Esecuzione ECG 12 su aritmie, alterazioni del QRS, o del tratto S-T	
	<input type="checkbox"/> Check funzionamento e modalità di pace-maker	
	<input type="checkbox"/> Monitoraggio del DO ₂ (trasporto dell'ossigeno) <ul style="list-style-type: none"> • Valore di PVC (tenendo presente la PEEP al ventilatore) • Valore di ScVO₂ (EGA venoso centrale dal distale del CVC in vena cava superiore) • Valore dell'emoglobina (EGA arterioso o venoso) • Valore di SaO₂ (EGA arterioso) • Gittata cardiaca da Ecocardiografia o da analisi del contorno del polso (PiCCO, PRAM, Vigileo) 	
	<input type="checkbox"/> Monitoraggio perfusione d'organo con target pressione arteriosa media (PAM) di 60-65 mmHg	

Step	Valutazione-Intervento	Priorità
	<input type="checkbox"/> Check circuiti di trasduzione di pressioni invasive <ul style="list-style-type: none"> • Pressione degli spremisacca mantenuta a 300 mmHg • Mantenimento dell'asse flebostatico per la posizione del trasduttore (incrocio tra gli assi orizzontale - 4° spazio intercostale, e verticale – all'altezza della metà del torace) • Azzeramento dei trasduttori almeno 1 volta per turno, e secondo necessità • Sostituzione di routine ogni 96 ore 	
	<input type="checkbox"/> Check fissaggio in sicurezza degli accessi vascolari	
	<input type="checkbox"/> Check pervietà accessi vascolari <ul style="list-style-type: none"> • Aspirazione del volume di riempimento-catetere e messa a riposo con bolo di soluzione fisiologica di 10 ml a pressione positiva con tecnica stop and go, dei lumi privi dei cateteri privi di infusioni in continuo, attraverso tappini a valvola • Nei cateteri vascolari con lumi a riposo, controllo aspirazione volume di riempimento catetere e lavaggio come descritto sopra attraverso tappini a valvola, una volta per turno 	
	<input type="checkbox"/> Gestione tipologie di infusione attraverso i lumi di un Catetere Venoso Centrale <ul style="list-style-type: none"> • Lume prossimale: farmaci vasoattivi e inotropi • Lume mediale: farmaci della sedazione • Lume distale: infusioni di liquidi ("via principale")/linea misurazione Pressione Venosa Centrale • Somministrazione farmaci estemporanei solo nella via principale (lume distale) • Gestione delle infusioni in continuo in accordo con le compatibilità tra farmaci 	
	<input type="checkbox"/> Gestione Nutrizione Parenterale Totale e cambio deflussore al cambio sacca (ogni 24 ore)	
	<input type="checkbox"/> Gestione reintegro elettroliti secondo protocollo interno	
	<input type="checkbox"/> Gestione livelli di glicemia secondo protocollo interno, tollerata fino a 140 mg/dl, sicuramente da correggere oltre i 180 mg/dl	
	<input type="checkbox"/> Rimozione cateteri venosi periferici in presenza di CVC power	
	<input type="checkbox"/> Check quotidiano dei siti di inserzione degli accessi vascolari <ul style="list-style-type: none"> • Cambio medicazione trasparente se integra ogni 7 giorni • Cambio medicazione in garza, se integra, ogni 48 ore 	
	<input type="checkbox"/> Sostituzione delle linee infusive con tappini a valvola e rubinetti, ogni 96 ore <ul style="list-style-type: none"> • Il deflussore del propofol andrebbe cambiato ad ogni cambio siringa 	
	<input type="checkbox"/> Sostituzione dei trasduttori di pressione ogni 96 ore	
	<input type="checkbox"/> Check diuresi oraria (0.5-1 ml/kg/h)	
	<input type="checkbox"/> Check monitoraggio catetere da arteria polmonare] <ul style="list-style-type: none"> • Pressione Atriale Sinistra (PAS) • Pressione Arteria Polmonare (PAP) • Pressione di Incuneamento Capillare (P-Wedge) • SvO₂ 	
	<input type="checkbox"/> Ricerca foci emorragici esterni, in prossimità delle inserzioni delle invasività, e da cateteri e drenaggi	
	<input type="checkbox"/> Prelievi ematici secondo prescrizione <ul style="list-style-type: none"> • Da sistema di trasduzione arteriosa • Da sistema di trasduzione della PVC, previa esclusione della via dei liquidi e dopo adeguato scarto del volume catetere e della linea di lavaggio 	
	<input type="checkbox"/> Controllo coagulazione (aPTT plasma) mediante Point of Care (in protocolli di anticoagulazione con eparina) almeno ogni 4 ore, o al bisogno (dopo circa 1 ora dalla modificazione della velocità di infusione di eparina o somministrazione di antitrombina III)	
	<input type="checkbox"/> Monitoraggio Continuous Renal Replace Treatment (CRRT) <ul style="list-style-type: none"> • Flusso Sangue • Reinfusione pre/post • Dialisato • Rimozione • Pressione transmembrana • Ricerca segni di coagulazione del filtro (fibrina, coaguli) 	

Step	Valutazione-Intervento	Priorità
	<input type="checkbox"/> Monitoraggio Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) <ul style="list-style-type: none"> • Giri pompa (rpm) • Flusso sangue • Gas Flow • FiO₂ • Pressione pre-pompa (negativa) • Pressione pre-filtro • Pressione post-filtro • Δ P (Pressione pre-filtro - Pressione post-filtro) • Ricerca segni di coagulazione dell'ossigenatore (fibrina, coaguli) • Sbandieramento cannule (riduzione critica del flusso sangue pre-pompa) 	
	<input type="checkbox"/> Monitoraggio Intra Aortic Balloon Pump (IABP) <ul style="list-style-type: none"> • Modalità • Trigger • Frequenza • Augmentantion • Traccia ECG • Traccia pressione arteriosa • Traccia del pallone • Valori di pressione sistolica e diastolica augmented 	
	<input type="checkbox"/> Check presenza e caratteristiche dei polsi e refill capillare a valle degli accessi vascolari arteriosi e venosi (se di grosso calibro)	
	<input type="checkbox"/> Check bilancio idrico entrate-uscite (I/E) parziale e giornaliero	
	<input type="checkbox"/> Gestione trasfusione emoderivati in accordo con check aziendale/informatizzata	
D - Disability	<input type="checkbox"/> Check stato della sedazione con Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)	
	<input type="checkbox"/> Check livello di miorsoluzione, se agenti paralizzanti in corso	
	<input type="checkbox"/> Check stato di coscienza con Glasgow Coma Scale (GCS) (in assenza di sedazione)	
	<input type="checkbox"/> Check presenza di riflesso carenale evocabile durante tracheoaspirazione	
	<input type="checkbox"/> Check deficit motori ai 4 arti e valutazione della forza muscolare	
	<input type="checkbox"/> Check stato pupillare	
	<input type="checkbox"/> Check presenza di dolore <ul style="list-style-type: none"> • Con scala degli analoghi visuali (VAS) o Numerical Rating Scale (NRS) in pazienti in grado di riferire autonomamente il dolore • Con Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) o Behavioural Pain Scale (BPS) nei pazienti non in grado di verbalizzare 	
	<input type="checkbox"/> Check presenza di delirium con Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit (CAM-ICU) o Intensive Care Delirium Screening Check-List (ICDSC)	
	<input type="checkbox"/> Monitoraggio della pressione intracranica (PIC) con target PIC < 20 mmHg	
	<input type="checkbox"/> Monitoraggio della pressione di perfusione cerebrale (PPC) con target 50-70 mmHg	
D - Drainages	<input type="checkbox"/> Check funzionalità del catetere vescicale e cambio ad intervalli in accordo con la ditta produttrice	
	<input type="checkbox"/> Check funzionalità dell'urometro e mantenimento del circuito chiuso	
	<input type="checkbox"/> Check corretto posizione del sondino oro o nasogastrico (SOG/SNG) almeno una volta per turno o secondo necessità	
	<input type="checkbox"/> Cambio quotidiano della medicazione del SNG o SOG contestualmente al punto di appoggio sulla narice per prevenzione lesioni device correlate	
	<input type="checkbox"/> Somministrazione della nutrizione enterale (NE) secondo prescrizione	
	<input type="checkbox"/> Controllo ristagno gastrico ogni 4 ore, con soglia di tolleranza di 300 ml, ma in generale valutazione relativa alla velocità di somministrazione della formula della NE	

Step	Valutazione-Intervento	Priorità
	<input type="checkbox"/> Controllo pervietà e caratteristiche dei materiali di tutti i drenaggi a caduta ed in aspirazione e punto zero, soggettivo ad inizio di ogni turno, e con scarico su bilancio del paziente alla mezzanotte	
	<input type="checkbox"/> Check pervietà pigtail toracici una volta per turno mediante aspirazione e controllo presenza valvola di Heimlich	
	<input type="checkbox"/> Check pressione endovescicale, con 25 ml di riempimento di soluzione fisiologica, e valori target ≤ 10 cmH ₂ O	
	<input type="checkbox"/> Check dell'aspetto e medicazione di stomie addominali	
	<input type="checkbox"/> Check canalizzazione del paziente e gestione alvo <ul style="list-style-type: none"> • Almeno in 3° giornata, non oltre i 5-7 giorni 	
	<input type="checkbox"/> Check presenza di diarrea e valutazione/gestione dei presidi di diversione fecale	
E - Exposure	<input type="checkbox"/> Check esposizione rapida di tutto il paziente ad inizio turno e a necessità per valutazione quick-look su problemi di sicurezza	
	<input type="checkbox"/> Monitoraggio intermittente o continuo della temperatura corporea (TC) in base alle necessità cliniche del paziente <ul style="list-style-type: none"> • Nei sistemi di supporto extracorporeo necessità di monitoraggio continuo della TC 	
	<input type="checkbox"/> Valutazione sistematica dei distretti corporei anteriori e posteriori del paziente alla ricerca di lesioni da pressione e device correlate e medicazioni dopo l'igiene di routine al mattino e ogni volta che il paziente viene cambiato di posizione	
	<input type="checkbox"/> Check rischio lesioni da pressione (Braden Scale), e della necessità di presidi antidecubito, e del loro funzionamento: <ul style="list-style-type: none"> • Materassi a pressione alternata • Materassi a cessione d'aria 	
	<input type="checkbox"/> Check e medicazione delle ferite chirurgiche	
	<input type="checkbox"/> Check e medicazione delle ferite traumatiche	
	<input type="checkbox"/> Check e medicazione dei fissatori esterni	
	<input type="checkbox"/> Check apparecchi gessati	
	<input type="checkbox"/> Check presidi da immobilizzazione spinale o per arti del paziente	
	<input type="checkbox"/> Check presenza presidi di contenzione del paziente e controllo situazione di sicurezza stato cutaneo e neurovascolare degli arti a brevi intervalli	
	<input type="checkbox"/> Check presenza di dispositivi di prevenzione delle trombosi venose profonde in accordo con le indicazioni mediche <ul style="list-style-type: none"> • Calze elastiche • Sistemi pneumatici • Controindicazione assoluta la presenza di arteriopatia obliterante degli arti inferiori 	
	<input type="checkbox"/> Check effetti personali rimossi al paziente non cosciente, con compilazione distinta, e conservazione in luogo sicuro, attesa di riconsegna	
E - Education	<input type="checkbox"/> Informazione al paziente sveglio sugli interventi e misure di assistenza infermieristica	
	<input type="checkbox"/> Valutazione necessità di strumenti per il miglioramento della comunicazione tra paziente con via aerea artificiale e operatori	
	<input type="checkbox"/> Educazione il paziente sveglio ad eseguire interventi di riabilitazione precoce	
	<input type="checkbox"/> Identificazione condizioni psicologiche del paziente che possono necessitare di sostegno specialistico	
	<input type="checkbox"/> Identificazione di condizioni di ansia/o depressione nel paziente sveglio	
F - Fair positioning	<input type="checkbox"/> Check cambio di posizione del paziente ogni 2-4 ore compatibilmente con: <ul style="list-style-type: none"> • Condizioni respiratorie • Stabilità emodinamica • Condizioni/lesioni neurologiche 	

Step	Valutazione-Intervento	Priorità
	<input type="checkbox"/> Alternanza di posizionamento in <ul style="list-style-type: none"> • Posizionamento in decubito semirecumbente $\geq 30^\circ$ • Posizionamento in decubito laterale destro • Posizionamento in decubito laterale sinistro 	
	<input type="checkbox"/> Pronazione del paziente con vie aeree artificiali in presenza di ipossiemia severa e beneficio potenziale (rapporto $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 150$)	
	<input type="checkbox"/> Posizionamento in seduta tipo poltrona cardiologica, se necessario e non controindicato	
	<input type="checkbox"/> Posizionamento in poltrona, se necessario e non controindicato	
F - Family members and significant others	<input type="checkbox"/> Messa in sicurezza il contesto in presenza dei visitatori	
	<input type="checkbox"/> Fornire informazioni di pertinenza infermieristica alle persone significative	
	<input type="checkbox"/> Supporto, mediante relazione di aiuto alle persone significative	
	<input type="checkbox"/> Riconoscimento e gestione le fasi del lutto dei familiari rispetto all'evento critico	
	<input type="checkbox"/> Rilevazione criticità relazionali con le persone significative	
	<input type="checkbox"/> Rilevazione della necessità di supporto psicologico per le persone significative	
	<input type="checkbox"/> Valutazione del bisogno di mediazione culturale	
I - Infection	<input type="checkbox"/> Check preventivo presenza di necessità di isolamento del paziente per Multidrug Resistant Organism (MDRO), e gestione	
	<input type="checkbox"/> Check preventivo presenza di necessità di isolamento del paziente per immunodepressione, e gestione	
	<input type="checkbox"/> Check DPI adeguati alla gestione delle condizioni infettive da gestire durante il nursing	