



“DIARIO DEL PERCORSO DI CURA”
PER LA COMUNICAZIONE E CONTINUITA’ CLINICO-ASSISTENZIALE
INTRAOSPEDALIERA

Coordinatori Gruppo di Studio Infermieri

Rita Reggiani	AO Ordine Mauriziano di Torino
Carla Rigo	AOU Maggiore della Carità di Novara

Gruppo di stesura:

Coordinamento

Rosalba Nicosia	IRCCS di Candiolo
-----------------	-------------------

Componenti

Valentina Ariu	AO Ordine Mauriziano di Torino
Monica Ilenia Brunetti	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino – PO S. Anna
Carla Buzzelli	AUSL Valle d’Aosta – Ospedale Umberto Parini
Maria Teresa Civiero	ASL TO5 S. Lorenzo –Carmagnola
Monia Fusillo	ASL TO3 – Pinerolo
Maria Teresa Rinarelli	IRCCS di Candiolo

Sommario

Sommario	2
INTRODUZIONE	3
OBIETTIVI	3
CAMPO DI APPLICAZIONE	4
RIFERIMENTI NORMATIVI	4
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	5
ABBREVIAZIONI TERMINOLOGIA	7
DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	7
PROPOSTE OPERATIVE	8
MONITORAGGIO	9
CONCLUSIONI	9
BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA	9
ALLEGATO 1	11
TABELLA N.1	15

INTRODUZIONE

La “*continuità delle cure*” viene considerata, proprio dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, uno degli indicatori più sensibili del buon funzionamento di un Servizio Sanitario, perché aggiunge, al tradizionale concetto di cura, quello del “*prendersi cura*” della persona assistita. All’interno della struttura ospedaliera, il percorso di cura oncologico si articola tra differenti unità operative; dunque per questo, la “*buona comunicazione*” la possiamo considerare l’obiettivo ed insieme la strategia che dobbiamo perseguire per migliorarne la qualità. (1)

La comunicazione, intraospedaliera, tra la persona assistita e i professionisti e tra gli stessi professionisti, in qualsiasi unità di cura è lo strumento essenziale per far fronte a situazioni tecniche, organizzative, umane e relazionali complicate e spesso difficili da gestire, e dunque diventa fondamentale la capacità di interagire nel migliore dei modi.

Fa parte, da sempre, della cultura infermieristica, l’attenzione alla relazione con la persona assistita e i suoi familiari; tuttavia nella pratica quotidiana, nell’agire e specialmente in alcune circostanze, ci si ritrova, ancora, alla presenza di “barriere” di tipo logistico ma anche culturale. Non è ancora stata raggiunta, del tutto, la consapevolezza dell’importanza di definire e documentare, in ogni unità di cura e in maniera soddisfacente, le nostre performance. Utilizzare una comunicazione intraospedaliera errata, una modalità relazionale non calibrata sulla persona che è di fronte a noi, può inficiare il percorso di cura, arrivando persino ad un vero e proprio fallimento. Il tema, dunque, della comunicazione scritta e formale, utilizzata a scopo informativo, deve essere affrontato efficacemente, specie, trattandosi di assistenza a persone con una diagnosi grave e che attraversa complessi e lunghi percorsi di cura.

OBIETTIVI

Il nostro gruppo di stesura, nell’affrontare il tema della comunicazione e continuità assistenziale intraospedaliera, si è posto tre obiettivi:

- ✓ *a breve termine*, diffondere il documento: “diario del percorso di cura” per aumentare la consapevolezza sul tema della responsabilità della comunicazione scritta che, negli ultimi anni, ha assunto un’importanza crescente nell’ambito sanitario;
- ✓ *a medio termine*, prevedere di garantire, durante tutto il percorso di cura, l’integrazione della storia assistenziale (lettera di comunicazione infermieristica/dimissione) con quella della storia clinica (lettera dimissione del medico).
- ✓ *a lungo termine*, utilizzare il momento della presa in carico, della persona assistita e suo caregiver, per educare a pretendere la documentazione clinico-assistenziale, da integrare nel suo “diario del

percorso di cura” che diventerà mezzo di informazione e al tempo stesso risorsa, per se stesso e per tutti gli operatori sanitari che incontrerà.

CAMPO DI APPLICAZIONE

L'ospedale, istituto pubblico o privato che sia, è destinato all'assistenza sanitaria, nel quale si provvede al ricovero e alla cura delle persone malate. In virtù di una obbligazione contrattuale, il professionista sanitario è tenuto alla compilazione della documentazione sanitaria, la cui violazione, oltre a determinare un inadempimento, costituisce un difetto del dovere di diligenza. (2)

Nel quadro generale della gestione della persona assistita e nell'ottica di un approccio multidisciplinare, la documentazione rappresenta una fonte di informazione importantissima. Il passaggio di informazioni clinico-assistenziali, da un'unità di cura all'altra, implica, per il professionista sanitario, non solo un mero trasferimento delle stesse ma anche e soprattutto la piena responsabilità della totale presa in carico delle persone assistite, nonché la corretta compilazione e tenuta della documentazione prodotta (3). Pertanto, nell'ottica di continuità assistenziale intraospedaliera, al momento del trasferimento di un assistito e della sua documentazione, verso un'unità di cura subentrante, se è stato previsto un intervento di tipo assistenziale, sarà necessario comunicare quanto è avvenuto e fornire tutte le indicazioni necessarie. E' d'obbligo quindi provvedere, sempre, ad integrare la documentazione clinica con quella infermieristica, in ogni unità di cura ove è previsto il passaggio della persona affetta da patologia oncologica (4):

- Centro Accoglienza Servizi (CAS)
- Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC)
- Radiodiagnostica- Radiologia Interventistica- Medicina Nucleare- Endoscopia
- Poliambulatori (anche nel follow up)
- Sala Operatoria
- Rianimazione
- Degenza Medica o Chirurgica
- Day Hospital o Day Surgery
- Radioterapia

RIFERIMENTI NORMATIVI

Codice Deontologico dell'Infermiere - 2019 Art. 13 – Agire competente, consulenza e condivisione delle informazioni

Profilo di Posto che definisce le caratteristiche che deve raggiungere il professionista sanitario chiamato a ricoprire un determinato ruolo (posizione organizzativa) all'interno di un'organizzazione sanitaria.

Norma sulla tutela della privacy così come disciplinato dal D. Lgs, 196/2003 nonché dal recente regolamento UE 679/2016.

Legge n. 24/2017, nota ai più come legge "Gelli" recante "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*".

Norma ISO9001:2015 che specifica i requisiti necessari per realizzare un sistema di gestione della qualità utile a migliorare l'organizzazione di una azienda produttrice di beni e servizi e porla nelle condizioni di dimostrare all'utente la propria capacità di produrre in modo conforme quanto dichiarato.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Legenda: R: responsabile C: coinvolto I: informato

AZIONE	DIRETTORE SANITARIO	DIRETTORE UNITA' DI CURA	DIRIGENTE MEDICO	DIPSA INFERMIERI	CORD. UNITA' DI CURA	CPSI	PAZ.TE
Accertamento della regolare compilazione, tenuta e definitivo trasferimento, presso l'archivio centrale nosocomiale	R	R	C	R	C	I	I
Stesura della documentazione clinica (cartella medica)	R	C	R	I	I	I	I
A seguito di dimissione dell'assistito, disporre del definitivo trasferimento presso l'archivio centrale	I	R	C	R	C	I	I
Predisporre ed attuare le							

proposte riguardanti la programmazione, l'organizzazione e la valutazione delle attività e delle risorse umane del comparto implicate nel processo di assistenza	C	C	C	R	I	I	I
Organizzare l'attività degli infermieri in modo tale da avere il tempo di scrivere la dimissione infermieristica prima della dimissione del paziente Controllare che in ogni cartella sia presente la dimissione infermieristica e la corretta tenuta e archiviazione presso la propria unità operativa	I	I	I	C	R	C	I
La stesura della documentazione assistenziale (cartella infermieristica) e consegna al paziente	I	I	I	I	C	R	I
Buona conservazione della documentazione	I	I	C	I	I	C	R

clinico- assistenziale, da riportare ad ogni successivo passaggio del percorso di cura.							
--	--	--	--	--	--	--	--

NOTA*: la compilazione della *documentazione sanitaria*, è disciplinata dai relativi codici deontologici che ne dettano le regole di condotta, ma anche da altri importanti riferimenti normativi. Com'è noto, l'8 marzo 2017 è stata definitivamente approvata la legge n. 24/2017, nota ai più come legge "Gelli" (dal nome di uno dei suoi firmatari), recante "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*". La legge introduce nuovi requisiti di trasparenza, riorganizzazione e digitalizzazione dei processi a favore della salute dei pazienti

ABBREVIAZIONI TERMINOLOGIA

O.M.S.	Organizzazione Mondiale Sanità
C.A.S.	Centro Accoglienza Servizi
G.I.C.	Gruppo Interdisciplinare Cure
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
C.P.S.I.	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere
DiPSa	Direzione delle Professioni Sanitarie
GdiSI	Gruppo di Studio Infermieri

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Il Gruppo di Studi Infermieri della Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta si incontra periodicamente, nel corso dell'anno; il nostro mandato è quello di elaborare linee di indirizzo per l'implementazione e ottimizzazione di buone pratiche per l'assistenza alla persona affetta da patologia oncologica. Quest'anno abbiamo deciso di concentrare l'attenzione sulla comunicazione e sulla continuità assistenziale:

- ✓ è stato identificato l'argomento da trattare: come comunicare, all'interno di un'azienda ospedaliera, attraverso la documentazione sanitaria;
- ✓ è stata eseguita la ricerca bibliografica/sitografica e le parole chiave sono state: continuità assistenziale, comunicazione, documentazione sanitaria, documentazione infermieristica, dimissione infermieristica e tutte le normative a riguardo;

- ✓ è stato deciso che l'argomento individuato era adatto per essere trattato alla luce, di quanto era stato constatato;
- ✓ si è provveduto alla stesura di un documento pensato per sensibilizzare i professionisti sull'argomento trattato, far emergere le competenze dell'infermiere riguardo le capacità relazionali, educative e sulle buone pratiche di valutazione e stesura della documentazione, quale strumento di autonomia nel processo di cura;
- ✓ si è provveduto alla stesura di una guida (vedi allegato n. 1) per la costruzione del “diario del percorso di cura” per facilitare la stesura della “dimissione infermieristica”, nelle varie unità di cura intraospedaliere, dove si articola il percorso dell'assistito oncologico.

PROPOSTE OPERATIVE

Tenuto conto delle risorse e dei processi assistenziali, esistenti all'interno delle nostre aziende sanitarie, oggi, la presa in carico della persona assistita, in ambito oncologico, avviene presso il CAS o il GIC. Entrambe rappresentano un'occasione di crescita professionale per tutta l'equipe di cura, senza precedenti. L'istituzione dei PDTA, riconosciuti quale strumento di qualità per garantire l'integrazione di tutti i professionisti coinvolti nel percorso di cura, ha permesso di riconoscere la *documentazione infermieristica* come valido strumento di autonomia per il professionista e allo stesso tempo di integrazione nel processo di cura.

Le nostre proposte operative, prevedono di:

- ✓ diffondere, in maniera capillare, il documento da noi elaborato, a tutti gli infermieri che possono essere coinvolti in un percorso di cura oncologico - **Vedi allegato n.1: Guida alla costruzione di un “diario del percorso di cura” per la comunicazione e continuità assistenziale intraospedaliere;**
- ✓ estendere la presa in carico e valutazione infermieristica, così come avviene, oggi, presso i CAS e i GIC, a tutte le altre unità di cura, dove è possibile che abbia inizio un percorso oncologico;
- ✓ educare, persona assistita e caregiver, circa l'importanza e la responsabilità che la documentazione sanitaria assume nel percorso di cura oncologico;
- ✓ rilasciare, in ogni unità di cura, la documentazione infermieristica, così come previsto dalle attuali normative;
- ✓ invitare a costruire, in itinere, il diario del percorso di cura, un patrimonio di informazioni utili per assicurare un'assistenza continua, appropriata e personalizzata.

Tutti i dati personali inseriti nel diario e comunicati agli operatori durante gli incontri/colloqui sarebbero tutelati dalla Legge sulla Privacy (Decreto Legislativo 196/2003) e farebbero parte della relazione persona assistita/curante.

Le informazioni, contenute nel diario, potrebbero divenire un contributo al consenso informato che qualifica ogni atto medico – infermieristico

MONITORAGGIO

Il monitoraggio dovrà avvenire a cura della Direzione d'Azienda e Direzione della Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta.

Il principale indicatore, in questo caso, potrebbe essere di processo, ovvero misurare la qualità della prestazione professionale erogata all'inizio del percorso di cura, al momento della presa in carico dell'assistito oncologico. Nello specifico misurare il numero di persone affette da patologia oncologica che sono state prese in carico/ numero di "diario del percorso di cura"

CONCLUSIONI

Per un'anacronistica forma mentis, le attività cliniche e quelle assistenziali della persona in cura, all'interno di una struttura ospedaliera, ancora troppo spesso, vengono considerate come binari separati, come se non esistesse un'unica realtà integrata. La nostra proposta ci fa ben sperare che si possa migliorare la comunicazione e la continuità assistenziale, intraospedaliera, ottimizzando le competenze e abilità degli operatori già esistenti e investendo sul contributo di nuove risorse: l'assistito, il caregiver e il loro diario di percorso, uno strumento comune a tutti per favorire integrazione, comunicazione e continuità assistenziale, all'interno di un'azienda ospedaliera.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019. Testo approvato dal Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI.
2. Legge. 8 Marzo 2017, n.24 – “disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.
3. Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n°196 recante il “Codice in materia di protezione dei dati personali
4. Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502 – “Definizione delle figure professionali di cui all'art. 6, comma 3, del, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1,2,3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251 (articolo 6, comma 1, legge 251/2000). Decreto Ministeriale 29 marzo 2001
5. Patto Infermiere-Cittadino. Licenziato dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI nel maggio 2006

6. Saiani L., Palese A., Brugnolli A., & Benaglio. (2004). La pianificazione delle dimissioni ospedaliere e il contributo degli infermieri, *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 23, 233-49.
7. Gobbi P., “La dimissione protetta: uno strumento di continuità assistenziale”, in *Management Infermieristico* 2008; 2:19-23
8. Silvestro A., Maricchio R., Montanaro A., Molinar Min M., Rossetto P., (2009): “La complessità assistenziale - Concettualizzazione, modello di analisi e metodologia applicativa”. Edizioni Mac Graw Hill
9. Calamandrei C., (2015): “Manuale di management per le professioni sanitarie”. Mc Graw Hill Education, 4/e
10. Marmo G., Gavetti D., Russo R. Profilo di posto. Dalla concettualità, al metodo e all'operatività. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, 2011
11. Ministero della Salute. DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA. Ufficio III Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti. Maggio 2015- www.salute.gov.it > imgs > C_17_pubblicazioni_2385_allegato
12. Infermieri della rete oncologica- Indicazioni per la compilazione della valutazione infermieristica <http://www.reteoncologica.it/area-operatori/infermieri/schede-di-valutazione-infermieristica>
13. IPASVI- Evoluzione delle competenze infermieristiche. Documento approvato dal Comitato Centrale della FNC Ipasvi con delibera n. 79 del 25/4/15 http://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/1537/MODELLO%20IPASVI%20SU%20EVOLUZIONE%20COMPETENZE%20INFERMIERISTICHE.pdf
14. Nurse 4.0- La documentazione infermieristica come strumento d'autonomia nel processo di cura. Pubblicato 20/01/2018 | Da Alfio Stiro <https://www.nursenews.eu/2018/01/20/la-documentazione-infermieristica-strumento-dautonomia-nel-processo-curae/>
15. Dimensione Infermiere.it La cartella infermieristica: perché è importante documentare l'assistenza? Da [redazione](#) -21 agosto 2018 <https://www.dimensioneinfermiere.it/la-cartella-infermieristica-perche-importante-documentare-assistenza/>
16. Nurse time. Dimissione protetta: cos'è e quando si utilizza- Ida Bianco 1/11/2017 <https://www.nursetimes.org/dimissione-protetta-cose-si-utilizza/40830>
17. Qualità dell'assistenza e continuità delle cure- Editoriale 2003 di Chiara Bovo- Enrico Baldantoni https://www.daonline.info/archivio/6/pagine/ultimo_n_progvitafacile_casa.php
18. Regione Piemonte- Agenda di gravidanza – scheda informativa- <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/salute-materno-infantile/agenda-gravidanza>
19. F. Palladino La documentazione: sintesi dei profili di responsabilità [REDAZIONE NURSE TIMES](https://www.nursetimes.org/la-documentazione-sintesi-dei-profili-di-responsabilita/59479) 21/11/2018 <https://www.nursetimes.org/la-documentazione-sintesi-dei-profili-di-responsabilita/59479>



GUIDA ALLA COSTRUZIONE DI UN “DIARIO DEL PERCORSO DI CURA” PER LA COMUNICAZIONE E CONTINUITA’ ASSISTENZIALE INTRAOSPEDALIERA

GRUPPO DI STESURA: Infermieri del Gruppo di Studio della Rete Oncologica del Piemonte e Valle d’Aosta

COORDINATORE: Rosalba Nicosia- IRCCS –Candiolo (TO)

COMPONENTI: Ariu V. (A. O. Mauriziano -TO) - Civiero M.T. (ASL TO 5 S. Lorenzo –Carmagnola) - Brunetti M. (AOU Città della Salute e Scienza- Presidio S. Anna) - Buzzelli C. (Ausl Valle d’Aosta – Ospedale Umberto Parini) - Fusillo M. (Asl TO 3 Pinerolo - TO) - Rinarelli M.T. (IRCCS Candiolo -TO)

Premessa

Questa guida è stata elaborata al fine di facilitare il processo per incrementare, nella pratica quotidiana, l’utilizzo di strumenti di comunicazione validi per la continuità assistenziale, all’interno delle strutture ospedaliere. Confidiamo che la guida possa risultare lo strumento adatto per semplificare la stesura della valutazione infermieristica, da integrare, alla valutazione clinica.

Fondamentale sarà il ruolo educativo dell’infermiere, rivolto alle persone assistite e ai loro caregiver, per permettere loro di costruire un “diario del percorso di cura” e assicurarsi la loro collaborazione. La compliance significherà garantire una risposta assistenziale di qualità e risorse umane aggiunte per l’utilizzo di uno strumento comune a tutti.

Il “diario del percorso di cura” risulterà utile per tutti coloro che saranno coinvolti nel percorso di cura e permetterà di comprendere meglio l’andamento della patologia, sveltire i tempi di raccolta dati (anamnesi), così da poter investire più tempo per la relazione-comunicazione. L’integrazione degli interventi, per lo stesso soggetto e, il coordinamento della comunicazione, potrà favorire la modalità di “fare rete” nella presa in carico globale della persona affetta da patologia oncologica.

Il diario del percorso di cura, accompagnerà la persona, dall’inizio del percorso (il momento della diagnosi, della presa in carico) al momento della cura e poi ancora nel follow up, sino al fine della vita.

Documentazione sanitaria

S’intende tutti quei documenti che vengono prodotti dal personale sanitario che si prenderà cura della persona: la cartella clinica, le lettere di dimissione, il verbale operatorio e le varie schede (es: lettera di comunicazione infermieristica) prodotte nel percorso assistenziale; saranno i documenti che costituiranno parte integrante del

diario del percorso di cura. Documentare, rende esplicito ciò che è stato fatto e che si vuole fare ed è obbligatorio che sia visibile a tutti gli interessati, anche dal punto di vista legale: infatti la normativa attuale ha attribuito a questi documenti un valore probatorio per l'accertamento di responsabilità civile, penale, disciplinare e amministrativa rispetto al singolo caso trattato. Chiaramente ciascun documento ha le sue specifiche caratteristiche ma la compilazione dovrà sempre essere scrupolosa, per tutti, ponendo attenzione nell'annotare tutte le prestazioni eseguite, in modo consequenziale apponendovi data e firma a garanzia della riconducibilità dell'atto compiuto. Qualora si volesse rilasciare una documentazione integrata, dovrà contenere le informazioni di tutti i professionisti che hanno concorso alla prestazione erogata, fornendo le informazioni in base alle proprie funzioni e ruoli.

Visita C.A.S.

Di norma si esegue presso il Centro Accoglienza e Servizi – nelle oncologie delle aziende sanitarie, dove si accoglie la persona da assistere, si organizza il percorso, si fornisce la diagnosi clinica e la valutazione infermieristica grazie alla compilazione della scheda infermieristica che troverete pubblicata sul sito della Rete Oncologica del Piemonte e Valle D'Aosta (www.reteoncologica.it)

Scheda infermieristica

Raccomandata dalla Rete Oncologica del Piemonte e Valle D'Aosta e pubblicata sul sito della rete, è stata elaborata dal GSI. Sono previsti indicatori dell'Area Biologica - Psicologica/Psichiatrica e dell'Area Sociale. Al momento della presa in carico della persona assistita, l'infermiere si occupa di rilevare: Dolore (Scala NRS) - Respirazione - Alimentazione (Scala MST) - Eliminazione urinaria – Eliminazione intestinale - Cute - Disturbi comportamentali - Scala G8 (se paziente geriatrico) - Presidi ecc. È auspicabile che la scheda infermieristica, compilate al momento della presa in carico del paziente oncologico, faccia parte integrante del diario del percorso di cura.

Presa in carico della persona assistita

E' quel momento in cui le competenze infermieristiche permettono di *rendere partecipe* l'assistito e il caregiver al loro PDTA, indicare le tappe e fornire tutte le informazioni necessarie per il mantenimento della loro salute e per garantire un buon percorso di cura. E' il momento in cui, l'infermiere potrà raccomandare *di aver cura del loro diario* per disporre di tutti i dati raccolti durante il percorso e divenire così una *risorsa per tutti*. Le indicazioni dovranno essere le seguenti:

- fornirsi di un quaderno ad anelli che consenta l'inserimento, per ordine cronologico, di tutta la documentazione che verrà prodotta,
- compilare una prima pagina con i propri dati anagrafici – recapiti telefonici e individuare il proprio *caregiver* (ovvero colui si prenderà cura di lui se si conferma la diagnosi); si potranno anche indicare le proprie preferenze rispetto alle scelte possibili;

- si può riservare, tra le prime pagine, una busta contenente il documento che certifica le proprie esenzioni e quella che verrà rilasciata per la patologia oncologica (n. 048) da esibire ogni qual volta verrà richiesta;
- si presenterà, presso ogni servizio ospedaliero, munito del proprio diario per permettere la consultazione a chi seguirà il suo percorso, partecipando così, attivamente, alla comunicazione intraospedaliera (anche qualora sia prevista la cartella informatizzata perché non tutti gli ospedali sono attrezzati con una rete che consente il trasferimento di, proprio tutti, i documenti, da un unità di cura all'altra e, a maggior rischio se il passaggio di documenti avviene tra una struttura ospedaliera e l'altra);
- il diario sarà, prevalentemente, integrato con referti di consulenze specialistiche, lettere di dimissione e lettere di comunicazione infermieristica prodotte nei ricoveri ospedalieri, day hospital, day surgery, passaggi in pronto soccorso, in radioterapia (importanti da conservare, perché anche a distanza da numerosi anni bisognerà sapere gli organi trattati, quali farmaci/radiazioni e dosaggi sono stati utilizzati per la cura);
- esami diagnostici di laboratorio e strumentali (tutto inserito nelle apposite buste trasparenti) e tra questi sono da conservare più scrupolosamente:
 - citologici, istologici;
 - tutte le immagini e i referti degli esami diagnostici (radiografie-ecografie-tac-risonanze-pet- esami endoscopici);
 - gli esami ematologici, sono da conservare per sempre, solamente quelli specifici per patologia che saranno indicati dai curanti;
 - nel diario si potrà riservare una parte specifica (distinta da tutti gli altri documenti) per conservare le impegnative che verranno fornite per le prestazioni da eseguire;
 - le pratiche amministrative.
- il diario potrà essere arricchito da messaggi di educazione e promozione della salute e prevenzione, che la persona conserverà e potrà consultare nel corso del tempo;
- Il diario potrà contenere un'area riservata, per appunti, fotografie e riflessioni personali, arricchendolo di contenuto affettivo per loro stessi e per i propri cari.

Dimissione dell'assistito oncologico

E' un momento cruciale del percorso di cura: per l'assistito e il caregiver, momento in cui è necessario prestare maggiore attenzione perché si esce dalla struttura ospedaliera e gli scenari possono essere molteplici e più o meno complessi. E' il momento in cui è necessario che non si sentano abbandonati, tornano al proprio domicilio e questa ipotesi è molto frequente durante un percorso oncologico; anzi, poiché le cure sono sempre più super specialistiche, il percorso è sempre più frammentato, più dilazionato nel tempo. La persona affetta da patologia oncologica, già all'interno della struttura che lo accoglie e lo prende in carico, subisce numerosi spostamenti nelle varie unità di cura coinvolte nel PDTA.

Dimissione/Lettera di comunicazione infermieristica

All'interno di una struttura ospedaliera è il documento nel quale mettere in luce gli interventi attuati, quelli previsti ed evidenziare i bisogni rilevati della persona assistita. E' un documento che viene percepito positivamente dagli operatori sanitari e dunque è auspicabile che venga implementato e consolidato anche nell'ambito specialistico dell'oncologia; che diventi parte irrinunciabile della documentazione sanitaria da inserire nel diario del percorso di cura e accompagnare professionisti sempre più qualificati, persone assistite e caregiver sempre più formate e collaboranti.

Documentare in tutte le Unità di Cura

Sono numerose, le unità di cura che concorrono in un percorso oncologico; dalla prima visita ambulatoriale CAS alla visita GIC, alle unità di cura di degenza, day hospital, day surgery, e perché no anche nelle unità di diagnostica. E' sempre previsto che l'infermiere rimanga coinvolto nelle attività che si svolgono in ognuno di questi ambiti e quindi egli dovrà prevedere di documentare, sempre, il suo operato. Rendere esplicito ciò che è stato fatto e si vuole fare, è obbligatorio renderlo visibile, ai colleghi e a tutti gli interessati coinvolti nel percorso di cura. Documentare è sancito dalle normative vigenti ed è validato da punto di vista legale. La dimissione infermieristica è raccomandata per il passaggio dalla struttura ospedaliera al territorio ma, qualora fosse necessario bisognerà fornire le proprie raccomandazioni attraverso la stesura di una lettera da consegnare all'assistito. Integrare la storia assistenziale con quella clinica, comunicare con chiarezza e precisione inequivocabile. Una lettera di comunicazione infermieristica deve divenire il documento che può garantire comunicazione efficace e continuità assistenziale all'interno del percorso oncologico, nei diversi momenti e contesti di cura; far parte integrante del diario di percorso della persona che assistiamo. **(Vedi Tabella n.1 Lettera di comunicazione infermieristica).**

*“Più un malato conosce la sua malattia,
meno la teme e più è capace di gestirla correttamente”.*

Assal J. 199

TABELLA N.1

Lettera di Comunicazione Infermieristica*

*da inserire, insieme agli altri documenti sanitari, nel diario del percorso di cura oncologico

<u>LETTERA DI COMUNICAZIONE INFERMIERISTICA</u>		
DAY HOSPITAL - DEGENZA MEDICINA	TERAPIA ANTITUMORALE	<p>Valutazione del patrimonio venoso: data di posizionamento dell'accesso venoso – tipologia e gestione - complicanze insorte (se non è già stato eseguito presso CAS o GIC);</p> <p>Dati di inizio e fine terapia antitumorale: modalità con il quale è stata somministrata la terapia- schema terapeutico;</p> <p>Valutazione delle tossicità da terapia antitumorale: trattamenti assistenziali adottati.</p> <p>Educazione terapeutica principali raccomandazioni assistenziali (gestione CVC) e stili di vita</p> <p>Rivalutazione* bio-psico-sociale al termine della terapia;</p> <p>Indicare se necessita di supporto a domicilio</p>
DAY SURGERY - DEGENZA CHIRURGIA	INTERVENTI DI CHIRURGIA	<p>Protocollo Eras si - no Adesione si - no</p> <p>Dati di inizio e fine intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sede ferita chirurgica e tipologia di guarigione (se I° o II° intenzione); - tipologia di medicazioni eseguite in regime di ricovero ed eventuale trattamento da perseguire a domicilio (eventualmente prevedere allegato); <p>Educazione terapeutica e principali raccomandazioni assistenziali e stili di vita- se sono previsti presidi medico-chirurgici in uso e/o consigliati a domicilio.</p> <p>Rivalutazione* bio-psico-sociale</p> <p>Indicare se necessita di supporto a domicilio</p>
RADIOTERAPIA TRATTAMENTO		<p>Dati di inizio e fine trattamento radioterapico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sede irradiata; indicare tossicità (utilizzare valori di scale validate) e trattamenti e/omedicazioni adottati - se sono consigliati a domicilio. <p>Educazione terapeutica e principali raccomandazioni assistenziali e stili di vita</p> <p>Rivalutazione* bio-psico-sociale al termine del trattamento</p> <p>Indicare se necessita di supporto a domicilio</p>
FOLLOW UP <i>a cura del personale infermieristico delle unità di area grandi tecnologie- endoscopia- ambulatorio</i>		<p><i>E' il momento della prosecuzione dei controlli clinici periodici e l'esecuzione degli esami prescritti e non bisogna sottovalutare il ruolo dell'assistenza, la necessità che al paziente venga fornita una valutazione globale delle sue condizioni di salute, e che, conseguentemente possa usufruire di un intervento (fisico, psicologico, sessuale, sociale). Utile dunque una</i></p> <p>Rivalutazione* bio-psico-sociale al termine dell'intervento attuato. Fornire educazione terapeutica</p>

	<p><i>e principali raccomandazioni su stili di vita - Indicare se c'è necessità di supporto specifico a domicilio</i></p>
<p>CURE DI SUPPORTO <i>sono cure che provvedono al sollievo del dolore e degli altri disturbi (sintomi) causati dalla patologia, che spesso è terminale. Tuttavia, l'aspetto "terminale" non è una condizione determinante</i></p>	<p><i>La scelta del setting migliore in cui offrire le cure non è definita a priori, ma viene effettuata in modo personalizzato per ciascuna persona e dopo un'attenta valutazione di alcuni fattori e condizioni. E' auspicabile indicare sempre, qualora il contesto familiare ed abitativo non rappresentino, il luogo adatto che è preferibile utilizzare per seguire il malato. Es. struttura protetta come l'hospice</i></p>

*Rivalutazione con gli strumenti a disposizione (la prima valutazione avviene presso il CAS)