

Dedico la mia tesi e questo traguardo raggiunto:

Alla mia adorata famiglia,

grazie per tutto, grazie di esserci sempre!

INDICE

INTRODUZIONE	pag.I
<i>CAPITOLO 1</i>	
1. IL CANCRO	pag.1
<i>CAPITOLO 2</i>	
2. LA RETE ONCOLOGICA DEL PIEMONTE E DELLA VALLE D'AOSTA.....	pag.3
2.1 IL CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI.....	pag.5
2.2 GRUPPO INTERDISCIPLINARE CURE.....	pag.7
2.3 PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE.....	pag.9
<i>CAPITOLO 3</i>	
3. LA PRESA IN CARICO INFERMIERISTICA.....	pag.10
3.1 PRIMA VISITA CAS.....	pag.12
3.2 MODELLI FUNZIONALI DI GORDON.....	pag.14
3.3 SCHEDE DI VALUTAZIONE INFERMIERISTICA.....	pag.17
<i>CAPITOLO 4</i>	
4. STRUMENTO DI RICERCA.....	pag.24
4.1 DESCRIZIONE QUESTIONARIO.....	pag.24
4.2 METODOLOGIA.....	pag.26
4.3 RISULTATI.....	pag.27
5. CONCLUSIONE.....	pag.43
6. RINGRAZIAMENTI.....	pag.44
7. BIBLIOGRAFIA.....	pag.46
8. ALLEGATI :	
8.1 QUESTIONARIO TESI.....	pag.47
8.2 QUESTIONARIO SEDE DI BORGOMANERO.....	pag.50
8.3 SCHEDE DI VALUTAZIONE INFERMIERISTICA.....	pag.52

INTRODUZIONE

“Sappiamo tutto della vita ma a volte c'è una rottura, un'interruzione”¹.

Il mio pensiero è sempre stato quello di condurre una tesi in ambito oncologico, tale pensiero è stato altresì rinforzato dall'esperienza di tirocinio svolto nella Struttura Operativa Complessa di Oncologica Medica di Verbania. La finalità è al tempo stesso teorica e pratica. Si tratta infatti di promuovere la presa in carico globale del paziente, supportata da una metodologia capace di abbracciare ogni aspetto della sua vita, non solo quello fisico, ma anche psico-sociale e spirituale, in quanto la patologia oncologica incide su tutta la persona e, di riflesso, sull'intera comunità di riferimento. All'infermiere è richiesta competenza, tempestività, collaborazione con le altre figure professionali per poter offrire e garantire un livello assistenziale, una qualità della cura che accompagnino la persona e che ne migliorino la qualità della vita in ogni ambito.

L'infermiere – osserva il D.M. 739 –

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;*
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;*
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;*
- d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;*
- e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali [...] ²*

“Un accertamento accurato, completo, tempestivo permette di individuare i problemi prioritari, quelli già compensati dall'assistito, quelli non rilevanti e quelli che saranno affrontati in seguito”³.

Da esso deve scaturire la collaborazione tra infermiere e persona assistita, nella risoluzione dei problemi.

In quest'ottica, l'obiettivo di questo studio è quello di analizzare il fenomeno dell'accoglienza al Centro Accoglienza Servizi; in particolare sarà messo in evidenza il grado di soddisfazione delle persone che vi accedono al momento della prima presa in carico infermieristica, relativamente ai principali bisogni che caratterizzano l'inizio del processo di cura.

¹ Crocetti, G., Rebecca F. Gerbi., Tavella, S. *Psicologia dell'accudimento nelle relazioni di aiuto. Manuale per operatori sanitari e socio-assistenziali*, 2012, modulo 4, pag 177.

² D.M. 739, 14 settembre 1994. *Profilo professionale dell'infermiere art. 1 comma 3.*

³ North, D. *Improving Documentation of Initial Nursing Assessment. Nursing Management. 1996 Vol. 27, Issue 4, pg. 30-33.*

Per verificare il livello di conoscenza e di consapevolezza dell'esigenza di una presa in carico adeguata e globale è stato somministrato un questionario alle persone che accedono ai Centri Accoglienza e Servizi del Piemonte Nord Orientale.

La ricerca della letteratura sarà effettuata attraverso Pubmed e tramite la consultazione di riviste infermieristiche italiane.

CAPITOLO 1

COS'E' IL CANCRO

Ogni giorno circa 1.000 persone in Italia ricevono la diagnosi di tumore: è un numero importante che evidenzia il peso della patologia oncologica e lo sforzo continuo atto a migliorare la sopravvivenza dei pazienti non solo in termini quantitativi, ma anche in termini di qualità di vita.

Quando si parla di cancro non si può parlare di un'unica malattia, ma di diversi tipi di malattie che hanno cause diverse e distinte, che colpiscono organi e tessuti differenti, che richiedono quindi esami diagnostici e soluzioni terapeutiche particolari.

Il cancro, nonostante i progressi in ambito oncologico, rappresenta ancora oggi una sfida contro l'onnipotenza della scienza.⁴

L'incertezza dettata da un sospetto diagnostico di tumore, la malattia accertata e dover successivamente sottoporsi a programmi terapeutici complessi e non sempre liberi da effetti collaterali, sono momenti che provocano mutamenti dell'identità di una persona incidendo non solo sulla sua vita ma anche su tutta la sua famiglia.

La diagnosi di cancro è basata sulla valutazione di modificazioni fisiologiche e funzionali e sui risultati dell'analisi diagnostica. I pazienti con sospetta neoplasia vengono sottoposti ad attenti e profondi esami atti a:

- individuare l'eventuale presenza di tumore e la sua estensione,
- identificare le possibili diffusioni o le invasioni in altri tessuti corporei.

Il soggetto sottoposto a indagini diagnostiche è solitamente timoroso di fronte alle procedure stesse e riguardo ai possibili risultati. L'infermiere ha un ruolo fondamentale in questa fase del percorso di cura; può alleviare la paura e l'ansia spiegando la modalità di esecuzione degli esami diagnostici cui il paziente dovrà sottoporsi, le eventuali preparazioni che dovranno essere eseguite, le sensazioni che saranno provate e in che modo potrà collaborare per la buona riuscita dell'esame stesso.

L'infermiere incoraggia il paziente e i familiari a comunicare, esprimere e discutere le loro preoccupazioni in merito ai risultati dei test e rinforza, chiarisce, le informazioni fornite dal medico.

Egli, all'interno dell'équipe sanitaria oncologica, riveste un ruolo fondamentale nel valutare problemi e complicanze.

⁴ *AIRTUM- AIOM. I Numeri Del Cancro In Italia 2017.*

L'infermiere è una persona che ha scelto “professionalmente” di fornire un sostegno che possa aiutare il paziente a risolvere la condizione di squilibrio in cui si trova.

L'intervento di nursing consiste nel creare una relazione che viene iniziata con un proposito ben preciso, viene continuata e terminata in funzione ai bisogni del paziente.

CAPITOLO 2

LA RETE ONCOLOGICA DEL PIEMONTE E DELLA VALLE D'AOSTA

La regione Piemonte offre un servizio di assistenza e cura interamente dedicato alle persone affette da patologie oncologiche.

La Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta accompagna il paziente lungo i percorsi di diagnosi e di terapia, offrendogli modalità di cura multidisciplinari e assistenza amministrativa da parte di centri dedicati. Gli obiettivi della Rete Oncologica sono:

- *superare le disomogeneità territoriali, a livello di servizi sanitari e prestazioni erogate;*
- *raggiungere standard di trattamento sempre più elevati;*
- *semplificare le fasi di accesso ai servizi, da parte del paziente, e lo sviluppo dei percorsi di diagnosi e terapia;*
- *avvicinare i servizi al contesto di vita della persona bisognosa di cura;*
- *individuare percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali uniformi e coerenti;*
- *sviluppare un'attività di ricerca sempre più all'avanguardia con il conseguente trasferimento dei risultati ottenuti in ambito clinico.*

La presa in carico del paziente da parte della Rete Oncologica implica i seguenti vantaggi:

- *coordinamento del percorso diagnostico-terapeutico;*
- *tempestività degli interventi;*
- *interdisciplinarietà del piano di cura.*

La collegialità, inoltre, consente al paziente di acquisire un maggiore potere decisionale rispetto alle eventuali diverse scelte e opzioni terapeutiche.⁵

Con il DGR n° 26 – 10193 del 1/8/2003 vengono istituiti i Centri Accoglienza e Servizi (CAS) ed i Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC) i quali concretizzano un modo innovativo di garantire la continua interazione tra il Paziente e la Rete Oncologica.

La Rete Oncologica garantisce il sistema di cura disponibile, mettendo al servizio del paziente le strutture e i trattamenti più idonei a rispondere alle sue specifiche esigenze, personalizzando il più possibile il percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale, nell'ambito di un con-

⁵ Rete Oncologica Piemonte - Valle D'Aosta.

tinuum volto a tutelare la qualità di vita della persona malata. La Rete ha consapevolezza che fin dal momento iniziale occorre un collegamento che assicuri a tutti i pazienti la possibilità di diagnosi in tempo opportuno. Per fare questo sono stati istituiti i CAS: Centri Accoglienza e Servizi ed i GIC: Gruppi Interdisciplinari Cure.

2.1 IL CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI

Il CAS è la struttura di riferimento del paziente nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta in termini di assistenza, orientamento e supporto.

Esso è situato di norma presso i Servizi Oncologici delle Aziende Sanitarie ad esso afferenti e svolge duplice ruolo:

- 1. accoglie il paziente, informandolo in merito ai servizi erogati, alle modalità di accesso, alle prenotazioni;*
- 2. svolge mansioni sul versante amministrativo-gestionale lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico del paziente, prevedendo le seguenti principali attività:*
 - attivazione del Gruppo Interdisciplinare Cure di riferimento;*
 - verifica della presa in carico del paziente e della continuità assistenziale;*
 - prenotazione delle prestazioni diagnostiche e di stadiazione preliminari;*
 - creazione e aggiornamento della Scheda Sintetica Oncologica del paziente;*
 - gestione della documentazione informatica;*
 - comunicazione costante con gli altri CAS della Rete.*

Il CAS garantisce la presenza quotidiana di più professionisti competenti, ognuno per il proprio ambito, per l'accoglienza e la presa in carico del paziente oncologico. Tali figure professionali sono: Infermiere, Medico Oncologo, Psico-Oncologo, Amministrativo, Assistente Sociale, associazioni di volontariato.⁶

Secondo il DGR n° 26 - 10193 del 1/8/2003: I Centri Accoglienza e Servizi sono nuove strutture operative collocate presso i Servizi Oncologici di ogni azienda afferente, con compiti di informazione ed accoglienza dei nuovi pazienti oncologici, nonché con compiti amministrativo-gestionali e di supporto al percorso diagnostico-terapeutico di tutti i pazienti oncologici. Essi devono orientare e supportare l'ingresso dei nuovi pazienti, indirizzarli ai Gruppi Interdisciplinari Cure, assicurarne la presa in carico iniziale ed il mantenimento in carico al termine di ogni ciclo terapeutico e tenere traccia dell'intero percorso diagnostico-terapeutico. I Centri di Accoglienza e Servizi, tra loro connessi, sono le strutture costituenti la Rete Informativa della Rete Oncologica Regionale, per cui sono dotati di adeguata strumentazione informatica e telematica.

Al Centro Accoglienza e Servizi l'infermiere svolge un ruolo fondamentale e, insieme agli altri professionisti sanitari, pianifica il percorso di cura. Il CAS è come un abbraccio continuo offerto alla persona assistita e questo perché chiunque riceve una diagnosi di cancro, normal-

⁶ Rete Oncologica Piemonte - Valle D'Aosta, Centro Accoglienza e Servizi.

mente, ne è psicologicamente sconvolto. L'infermiera del CAS, coordinandosi con il medico, fornisce informazioni specifiche sulle procedure che il paziente dovrà effettuare al fine di ridurre lo stress emozionale. Svolge attività di counseling valutando la compliance del paziente. Inoltre l'infermiera verifica la continuità assistenziale, controllando che vi sia sempre un soggetto (GIC, Medico di Medicina Generale-MMG, Unità Operativa Cure Palliative-UOCP, etc.) che abbia in carico il paziente.

2.2 GIC: GRUPPO INTERDISCIPLINARE CURE

Secondo strumento importante per la garanzia del percorso di cura del paziente è rappresentato dal **GIC**. Esso riunisce al proprio interno medici di diversa specializzazione ed infermieri appartenenti a differenti Unità Operative che, attraverso una visione globale della persona malata, stabiliscono ed applicano il trattamento terapeutico-assistenziale più appropriato. Il GIC prende in carico il paziente per tutto l'iter diagnostico-terapeutico, il che comporta anche l'eventuale prescrizione e la prenotazione di esami e di visite. *Il principale vantaggio che deriva da una presa in carico multidisciplinare è rappresentato da una maggiore tempestività e dal coordinamento degli interventi: i diversi professionisti coinvolti nelle fasi di diagnosi e cura, che naturalmente cambiano in base alla patologia e alle specifiche condizioni di salute della persona malata, non incontrano il paziente in successione, frammentando i percorsi diagnostico-terapeutici e allungando i tempi di attesa, ma si presentano come una vera e propria équipe medica che basa la propria operatività sulla comunicazione e la condivisione interdisciplinare.* Le Aziende Sanitarie della Rete si occupano di trattare diverse patologie oncologiche. La loro organizzazione può prevedere diversi GIC: GIC urologico, GIC senologico, GIC colon e vie digerente, GIC polmone etc. In essi, si incontrano e interagiscono diversi professionisti, ognuno per la propria specialità, che discutono i casi in base ai risultati istologici esaminati. Gli specialisti del GIC sono: il chirurgo, l'oncologo, l'anatomo patologo, il radiologo, il radioterapista, il tecnico di radiologia, il palliativista, l'infermiere ed altri ancora che possono essere chiamati in consulenza come ad esempio il chirurgo plastico, il genetista, il fisiatra, il fisioterapista, lo psicologo etc. I risultati della visita GIC vengono comunicati al CAS dove l'infermiere pianifica e avvia il percorso di cura. L'infermiere del GIC, in collaborazione con l'infermiere del CAS, concorre a definire gli obiettivi del paziente sul piano fisico, funzionale, psicologico, sociale e ambientale. Si garantisce quindi una presa in carico globale del paziente. Il confronto tra le diverse figure professionali dell'équipe in merito alla singola persona aiuta anche a cogliere meglio le eventuali manifestazioni di disagio psicologico presentate dal paziente nelle varie fasi dell'iter diagnostico-terapeutico. Se ravvisata una specifica necessità viene offerta al paziente la possibilità di supporto psicologico, infatti accanto a tutto questo si muove la figura dello Psico-Oncologo che definisce la sua attività come un "camminare mano nella mano col paziente, né troppo avanti, né troppo dietro". Il malato che si rivolge allo psicologo cerca di dare un senso a ciò che è accaduto, vuole avere la forza per lottare. Il terapeuta svolge bene il proprio compito aiutando il paziente a ricostruirsi per poter affrontare dignitosamente un intervento chirurgico o una terapia. Il supporto è garantito

anche alla famiglia. Spesso infatti il paziente ha bisogno di risolvere conflittualità familiari o problemi precedenti la stessa patologia. La patologia oncologica destabilizza la persona dal punto di vista fisico, psichico, sociale, spirituale. Una presa in carico globale non può non tenere in conto tutti questi aspetti ed intervenire laddove si verifica una disfunzione, una sofferenza.

L'infermiere al GIC, professionista responsabile dell'assistenza, facilita la comunicazione fra i vari membri del team. In collaborazione con i medici ed i colleghi delle unità operative di ricovero o dei servizi, si assicura che i pazienti ricevano le cure richieste e raccoglie, durante le diverse fasi del percorso, le informazioni utili al monitoraggio del percorso assistenziale. E' attento ai bisogni di assistenza del paziente e della sua famiglia, analizza i dati per definire i problemi assistenziali e interdisciplinari.

Un'ulteriore competenza dei componenti GIC è quella di descrivere il PDTA delle singole patologie.⁷

⁷ Rete Oncologica Piemonte - Valle D'Aosta, Gruppo Interdisciplinare Cure.

2.3 PDTA: PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO

ASSISTENZIALE

I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) sono contestualizzazioni di linee guida, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa di un'azienda sanitaria, tenute presenti le risorse ivi disponibili. I PDTA sono quindi documenti locali che, sulla base delle linee guida ed in relazione alle risorse disponibili, descrivono rispetto ad una patologia o un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno dell'organizzazione e permettono un'analisi degli scostamenti tra la situazione attesa e quella osservata in funzione del miglioramento della qualità. I PDTA sono la risposta all'esigenza, soprattutto nella cura delle malattie croniche, di avere una visione "sistemica" dell'assistenza, che consideri tutti gli attori e le tappe del processo di cura. I PDTA sono piani multiprofessionali e interdisciplinari di assistenza costruiti per specifiche categorie di pazienti, predisposti e usati da chi eroga prestazioni sanitarie, identificando la migliore sequenza di azioni da effettuare al fine di raggiungere obiettivi di salute definiti a priori, con un'efficienza e un'efficacia ottimali.

E' buona norma che il PDTA venga presentato, in parte, al momento della visita CAS a seguire invece, insieme ai risultati che si intendono raggiungere, come strumento garante della proporzionalità delle cure, al momento della visita GIC.

È grazie all'integrazione delle diverse professionalità, coinvolte sia al momento dell'elaborazione di un PDTA che al momento della visita o incontro di GIC che verrà applicata una sezione o l'intero PDTA specifico per la persona presa in carico.⁸

Il PDTA definisce sia le modalità di accesso alle relative prestazioni sanitarie che le fasi del processo diagnostico-terapeutico e della presa in carico assistenziale, sulla base delle Linee Guida Internazionali esistenti e, ove mancanti, secondo le Raccomandazioni condivise in ambito Interregionale, Nazionale e Internazionale.⁹

⁸ Rete Oncologica Piemonte - Valle D'Aosta, Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali.

⁹ARESS - Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari- Piemonte

CAPITOLO 3

LA PRESA IN CARICO INFERMIERISTICA

La presa in carico infermieristica del malato oncologico è l'approccio globale volto a rilevare i bisogni della persona fin dal momento della prima diagnosi.

*“Il passaggio dallo stato di salute a quello di malattia mette in discussione gli elementi sui quali l'individuo ha costruito la propria immagine di sé nello spazio e nel tempo e, pertanto, il senso della propria esistenza.”*¹⁰

La relazione infermiere-paziente è una relazione d'aiuto in quanto si realizza attraverso un contatto tra due persone di cui una, l'infermiere, ha una funzione di sostegno e facilitazione rispetto all'altra.

Il suo ruolo è dunque quello di individuare e valutare correttamente le risorse, i bisogni, i problemi psicofisici e sociali del malato, programmare e garantire l'assistenza necessaria all'individuo al fine di preservare la dignità ed il benessere della persona.

Come afferma il Dr. Oscar Bertetto, Direttore della Rete Oncologica: *“l'Infermiere non è solo una risorsa, bensì una ricchezza”*.

L'infermiere è l'operatore sanitario presente in tutto il percorso di cura di un ammalato oncologico; è una figura essenziale che ha le competenze per migliorare l'esperienza quotidiana di coloro che affrontano le cure e di tutti quanti contribuiscono ad effettuarle. Oggi più che mai l'infermiere è responsabile dell'assistenza infermieristica.

Infatti, come citato dall'articolo 1 del Codice Deontologico del 2009, *“l'Infermiere è il Professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica”*¹¹, in grado di sviluppare piani assistenziali, capace di pensiero critico, ossia di raccogliere dati e di analizzarli migliorando la qualità dell'assistenza stessa.

L'assistenza al paziente oncologico non si ferma alla diagnosi e alla terapia ma abbraccia anche altri aspetti come quello psicologico, sociale, spirituale ecc. L'infermiere prende in carico la persona, la famiglia e i diversi ambiti della vita sui quali incide la patologia o che possono a loro volta incidere sull'esito delle cure. È importante quindi un approccio olistico, una presa in carico globale, dove il processo di cura abbraccia ogni aspetto della vita: fisico, psicologico, e spirituale.

L'Infermiere è garante dell'assistenza generale infermieristica attraverso l'individuazione dei bisogni, la pianificazione degli interventi assistenziali, l'attuazione del piano personalizzato di

¹⁰ Carpanelli, I., Canepa, M., Bettini, P., Viale, M. *ONCOLOGIA E CURE PALLIATIVE 2002, modulo 2, pg 57.*

¹¹ *Codice deontologico, 2009, capo 1, art 1.*

assistenza e la valutazione del raggiungimento degli obiettivi con risoluzione o meno dei problemi assistenziali.

Come cita l'articolo 20 del Codice Deontologico del 2009:

“L’infermiere ascolta, informa, coinvolge l’assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell’esprimere le proprie scelte”.¹² All'interno della Rete Oncologica la presa in carico infermieristica viene garantita al CAS.

¹² Codice Deontologico, 2009, capo 4, art. 20.

3.1 PRIMA VISITA CAS

L'infermiera del CAS accoglie il paziente al suo primo accesso in oncologia, fornisce informazioni in merito alla modalità di accesso ai servizi, sulle prenotazioni, sulle professionalità disponibili, centri specializzati ed orari. Lo accompagna durante la fase diagnostica, immediatamente dopo la diagnosi, lungo l'intero percorso clinico-assistenziale rapportandosi direttamente con i colleghi delle Unità Operative che lo avranno in carico durante l'effettuazione degli specifici trattamenti. Il Centro Accoglienza Servizi può essere definito come la "porta d'ingresso" per i pazienti con diagnosi accertata o sospetta di neoplasia. I pazienti possono essere inviati al CAS dal Medico di famiglia, dal Medico Specialista, dal Pronto Soccorso, dal reparto di degenza alla dimissione, da un Programma di Screening.

Secondo la definizione del **Dipartimento Funzionale Interaziendale ed Interregionale della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta:**

“il CAS garantisce un appropriato, rapido e coordinato percorso per la diagnosi e la stadiazione di ciascun tipo di tumore migliorando l'accoglienza e la comunicazione con il paziente ed i suoi familiari/accompagnatori in un momento particolarmente difficile e delicato”.

Il percorso della persona malata, durante la prima visita CAS, viene organizzato e gestito da alcune figure professionali tra cui il Clinico, che si occupa della valutazione del caso clinico in base al sospetto diagnostico del Medico che invia il paziente al CAS e della richiesta degli esami di diagnosi e stadiazione; l'Amministrativo che ha funzioni amministrative-gestionali e si occupa di valutare la posizione dell'utente in termini di esenzione ticket della prenotazione degli esami, conservare la documentazione cartacea e aggiornare i data-based informatici; e la figura dell'Infermiere che si occupa della valutazione infermieristica seguendo le «Linee di indirizzo per la valutazione infermieristica del paziente oncologico al CAS».

L'accertamento infermieristico si compone di una raccolta dati mediante l'osservazione, l'intervista e l'esame obiettivo che permette di valutare la situazione della persona.

Un servizio offerto esclusivamente dalla Rete Oncologica del Piemonte e della Valle D'Aosta è quello della temporanea esenzione TICKET (048).

Infatti, per decisione dell'Assessorato alla Sanità, gli operatori CAS possono rilasciare una temporanea esenzione TICKET (048) in attesa della diagnosi definitiva. Tale servizio garantisce agli utenti il diritto ad essere sottoposti, gratuitamente, a prestazioni di diagnostica strumentale, di laboratorio e altre prestazioni specialistiche correlate inizialmente al solo sospetto di patologia oncologica. Tale aspetto è garantito dal personale amministrativo.

L'infermiere per valutare i bisogni del paziente oncologico, svolge un accertamento iniziale che consiste in una raccolta sistematica di dati oggettivi e soggettivi. Tale accertamento consente di raccogliere informazioni per individuare i problemi delle persone e le relative motivazioni che vi sono alla base. E' necessario che la raccolta dati sia finalizzata a garantire informazioni utili ad individuare i problemi reali o potenziali della persona. Per organizzare i dati vengono adottati i modelli funzionali (fisiologici) specificati da Gordon. Gli undici modelli funzionali di Gordon permettono di effettuare un accertamento, una raccolta dati che consente di considerare l'assistito globalmente, interamente, valutandone le diverse funzioni.¹³

¹³ *Rete Oncologica Piemonte - Valle D'Aosta, prima visita CAS.*

3.2 MODELLI FUNZIONALI DI GORDON

Gordon propone che l'infermiere suddivida i dati raccolti in 11 diverse aree:

-Percezione e gestione della salute: l'accertamento indaga sullo stato di salute del paziente e sui suoi comportamenti sanitari abituali come l'abitudine al fumo, l'adesione a pratiche di prevenzione riguardanti la salute mentale e fisica e alla volontà di seguire le prescrizioni mediche e infermieristiche. Verifica quindi:

- lo stato di salute e di benessere percepito dalla persona
- il comportamento generale nei confronti della salute
- lo stato di salute in rapporto alla formulazione dei piani per il futuro

-Nutrizione e metabolismo: evidenzia le abitudini alimentari del paziente, valuta il consumo di cibo e di liquidi in relazione ai bisogni metabolici. L'aumento o la perdita di peso, l'appetito, le preferenze riguardo al cibo, l'uso di integratori vitaminici. Sono compresi le condizioni della pelle, delle mucose, delle unghie, dei capelli e dei denti, la misurazione della temperatura corporea, del peso e dell'altezza. Verifica quindi:

- consumo di alimenti e bevande
- tipi, quantità e preferenze di alimenti e bevande
- lesioni cutanee e capacità di cicatrizzazioni
- indicatori dello stato nutrizionale (quali le condizioni dei capelli, cute, unghie)

-Eliminazione: interessa la funzione escretoria di intestino, vescica e pelle; i parametri dell'accertamento indagano le abitudini di eliminazione intestinale e urinaria (uso di lassativi, diuretici,...) e le funzioni escretorie della pelle come ad esempio l'eccessiva traspirazione. Verifica quindi:

- modelli di funzione escretoria
- abitudini e mezzi che la persona adotta per le funzioni escretorie.

-Attività ed esercizio fisico: riguarda le abitudini riguardo attività, svaghi e pratiche ricreative. I parametri dell'accertamento esplorano la mobilità, le attività abituali e le attività sportive/ricreative. Verifica quindi:

- esercizio fisico, attività fisiche, tempo libero
- attività di vita quotidiana
- sport
- fattori che interferiscono con l'attività fisica.

-Riposo e sonno: i parametri dell'accertamento comprendono la percezione che la persona ha della quantità e della qualità di sonno e riposo e del suo livello di energia. Sono incluse le abitudini notturne e gli eventuali ausili utilizzati per dormire, come farmaci. Verifica quindi:

- modello di sonno, riposo e rilassamento
- percezione della quantità e qualità del proprio riposo
- aiuti e problemi relativi al sonno

-Cognitivo e percettivo: analizza le funzioni cognitive come l'orientamento, il linguaggio, la memoria, il ragionamento e le abilità sensoriali/percettive come l'udito, la vista, l'olfatto, il gusto e il tatto. I parametri dell'accertamento sondano le funzioni cognitive (perdita di memoria), la presenza del dolore e di altre sensazioni. Verifica quindi:

- adeguatezza delle funzioni sensoriali
- percezione e trattamento del dolore
- capacità funzionali nell'ambito cognitivo

-Sessualità e riproduzione: valuta l'espressione sessuale del paziente in relazione al suo stadio di sviluppo, alla sua soddisfazione e al modello riproduttivo. I parametri comprendono la percezione del proprio ruolo e della propria salute sessuale. Verificar quindi:

- la soddisfazione o disturbi nel campo della sessualità
- fase relativa alla riproduzione (pubertà, menopausa, ecc)
- modello riproduttivo (desiderio di avere figli)

-Ruolo e relazioni: descrive il modello degli impegni legati ai ruoli e il tipo di relazioni con gli altri. I parametri dell'accertamento indagano la percezione che la persona ha dei propri ruoli e delle proprie responsabilità nella situazione di vita attuale. Sono comprese le gratificazioni e problemi in famiglia, nelle relazioni sociali e nel lavoro con le responsabilità correlate a tali ruoli. Verifica quindi:

- impegni di ruolo (famigliari, professionali, sociali)
- percezione delle proprie responsabilità

-Percezione del concetto di sé: si focalizza sui sentimenti riferiti al valore di sé e alla propria immagine corporea; i parametri dell'accertamento indagano gli atteggiamenti della persona nei confronti di se stessa, la percezione che essa ha delle proprie capacità (cognitive, affettive, fisiche), della propria identità, del valore di se stessa e del suo grado di partecipazione emotiva. Verifica quindi:

- atteggiamenti verso se stress;
- percezione delle proprie capacità
- immagine corporea, identità, modello emozionale generale
- modello di postura e di linguaggio

-Adattamento e tolleranza allo stress: si concentra sui modelli di stress e di adattamento del paziente: i parametri si focalizzano sulle capacità di sostenere le sfide dell'integrità del sé, sulla percezione che la persona ha delle proprie capacità di controllare e gestire le situazioni, sul sostegno che riceve da altre risorse (famigliari o di altro tipo) e sulle modalità per affrontare lo stress. Verifica quindi:

- modo generale di affrontare le situazioni e sua efficacia
- capacità percepita di gestire le situazioni
- capacità e risorse personali su cui poter sempre conta.

-Valori e convinzioni: analizza i valori e le credenze che guidano la persona nella vita. I parametri per l'accertamento valutano le convinzioni, le aspettative e gli eventuali conflitti correlati alla salute; inoltre comprendono l'orientamento del paziente nella ricerca di persone significative per il sostegno della pratica religiosa. Verifica quindi:

- valori, scopi, credenze che guidano le scelte
- conflitti relativi allo stato di salute

L'infermiere del CAS oltre ad effettuare l'accertamento iniziale, la raccolta dati ed i modelli funzionali di Gordon, somministra al paziente le SCHEDE DI VALUTAZIONE.

3.3 SCHEDE DI VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

Tali schede di valutazione infermieristica sono state elaborate dal Gruppo di Studio Infermieristico della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle D'Aosta nel 2012, al fine di avere una descrizione assistenziale completa e continua. Esse sono:

- Scheda di Individuazione delle fragilità
- Scheda Valutazione geriatrica
- Scheda di Valutazione del dolore
- Scheda Valutazione patrimonio venoso
- Scheda di Valutazione per l'invio allo psicologo e/o all'assistente sociale

- **Progetto Protezione Famiglia(PPF): scheda di individuazione della fragilità:**

il progetto “Protezione Famiglia” (PPF) nasce nel 2002 nella fondazione FARO di Torino per costruire risposte ai bisogni psicosociali delle famiglie più svantaggiate che si trovano ad affrontare la gestione della malattia oncologica, la morte del malato e successivamente il lutto. Il PPF nel corso degli anni, sostenuto dalla Rete Oncologica, lavora alla costruzione di una rete di supporti assistenziali, psicologici e sociali, mirati alla protezione delle famiglie di malati oncologici, caratterizzate da condizioni di fragilità e in quanto tali, portatrici di un rischio di disagio e di destabilizzazione più elevati. Vengono considerate famiglie “fragili” quelle in cui c’è la presenza di bambini e/o di adolescenti, l’appartenenza a nuclei ristretti ed isolati, a fasce di marginalità sociale o la presenza nel nucleo familiare di altri membri colpiti da patologia organica, psichiatrica, da disabilità o comunque da un grave disagio. Il progetto opera utilizzando un modello di lavoro in rete, realizzato attraverso il coinvolgimento degli operatori dell’area sanitaria, dell’area sociale e dell’area educativa, attraverso l’attivazione di canali adeguati ad utilizzare al meglio le risposte istituzionali e del territorio, al fine di costruire risposte efficaci e personalizzate, per la protezione dei malati e delle loro famiglie. La Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d’Aosta a fronte dei risultati ottenuti dal PPF al servizio di centinaia di famiglie, in questi anni, intende attivare servizi di accoglienza specializzati per le famiglie fragili, anche in altri Centri Oncologici del proprio territorio di competenza. La raccolta dei dati richiesti avverrà attraverso la compilazione della scheda di individuazione delle fragilità familiari “PROTEZIONE FAMIGLIA”. La scheda andrà compilata dagli operatori dei servizi individuati per l’indagine. La scheda di rilevazione per le “famiglie fragili” costituisce uno strumento per l’identificazione delle caratteristiche della famiglia. La scheda contiene alcuni dati del paziente (la siglatura al posto del nome ha la funzione di tutelare la privacy rendendo riconducibile la scheda al paziente solo per il servizio), l’azienda ospedaliera o ASL d’appartenenza e le situazioni di fragilità familiari. Se l’operatore si trovasse ad esaminare una situazione familiare non riassumibile dalle voci della scheda potrà descriverla nel campo Note. La trascrizione dell’aspettativa di vita del paziente ha la funzione di fornire un dato che inquadri la realtà del paziente in quel momento e le difficoltà che ne possono risultare. Si consideri l’aspettativa di vita: Breve (fino a 4 mesi), Media (da 4 a 12 mesi) Lungo termine (oltre 1 anno). Il campo “caratteristiche della famiglia anagrafica e di quella di fatto” ha queste due voci le quali hanno lo scopo di distinguere la famiglia anagrafica dalle persone che realmente sono accanto al paziente e condividono quella fase della sua vita. La descrizione di questa dovrebbe comprendere sempre anche l’età (soprattutto se vi sono persone giovani o di età avanzata) di chi vive accanto al paziente. Il paziente va “intervistato” esplicitando che si sta effettuando una ricerca sulle caratteristiche delle famiglie che affrontano la malattia di

un congiunto con l'obiettivo di rendere i servizi oncologici più qualificati e capaci di rispondere ai bisogni delle persone. Il paziente che rifiuta di dare informazioni sulla famiglia va rispettato nella sua posizione esplicitando che se vorrà partecipare alla ricerca in un momento successivo avrà a disposizione gli operatori che la conducono. Il luogo in cui avviene l'incontro deve essere preferibilmente uno spazio riservato in cui sia possibile per il paziente esprimersi e per l'operatore favorire un clima emotivo tale da consentire domande private, come gli eventuali traumi precedenti, la presenza di soggetti alcool dipendenti o tossicodipendenti. E' importante che l'operatore stabilisca come primo obiettivo quello di creare un'atmosfera relazionale improntata alla fiducia. Le domande sulla famiglia non devono essere poste in modo da risultare per il paziente intrusive o invasive. La situazione ideale prevede che il paziente sentendosi "accolto" confidi spontaneamente le difficoltà della famiglia all'operatore. In nessun caso la scheda andrà affidata al paziente. Sarà cura dell'operatore compilarla in un clima caldo di interazione e di incontro.

- **G8:Strumento di Screening per la Valutazione Geriatrica:** i destinatari sono i pazienti con diagnosi di neoplasia con età ≥ 75 aa (al momento dell'accoglienza). Tale scheda viene compilata al momento dell'accoglienza da un operatore tra il medico, infermiere o personale addestrato. Questo strumento di screening comprende 7 elementi di Mini Nutritional Assessment e l'età del paziente. Viene attribuito un punteggio: con uno score >14 il paziente non è considerato a rischio, viene dunque inviato al GIC; con uno score ≤ 14 il paziente è considerato a rischio, viene effettuata una consulenza Onco-Geriatrica per valutare se il paziente dovrà effettuare una visita GIC o con il Medico di Medicina Generale.
- **Scheda di Valutazione del Dolore:** il dolore è definito come un'esperienza soggettiva di natura sensoriale ed emozionale spiacevole. Tale esperienza è basata su componenti vissute ed affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito dalla persona. Il dolore è il risultato di un complesso sistema di interazioni, dove diversi fattori (ambientali, culturali, religiosi, affettivi, fisici,...) ne modulano, entità e caratteristiche. La valutazione del dolore, quanto più oggettiva, è fondamentale per poterlo riconoscere, gestirlo e migliorare la qualità della vita. Per ottenere una misurazione dell'intensità del dolore il più possibile e affidabile, è indispensabile utilizzare sempre lo stesso strumento e la stessa modalità di rilevazione. Si tratta di una valutazione soggettiva e personale; bisogna chiedere al paziente di fare riferimento a quello che lui immagina poter essere il peggior dolore possibile. Ricordare sempre che la valutazione del dolore fatta dal paziente può essere influenzata da molteplici fattori soggettivi. L'attenzione dell'operatore deve essere rivolta alla persona e al suo dolore /sofferenza. Esistono diversi tipi di scale di misurazione del dolore, suddivise in due grandi categorie: scale multidimensionali e scale unidimensionali.

Le scale multidimensionali (Mc. Gill Pain Questionary, Wisconsin-Madison, Brief Pain Inventory ecc.) più complete e sensibili, misurano le diverse componenti del dolore (sensoriale, affettiva, cognitivo-valutativa), ma per la loro complessità, sono utilizzate solo nella pratica clinica.

Le scale unidimensionali (VAS, NRS, VRS) misurano solo l'intensità del dolore, e per la facilità di utilizzo sono un ottimo strumento di autovalutazione: è lo stesso paziente a misurare l'intensità del proprio dolore.

-VAS (SCALA VISIVA ANALOGICA): la scala è una retta di 10 cm con due estremità che corrispondono a “nessun dolore” e “massimo dolore” (il massimo di cui si ha avuto esperienza). Quantifica ciò che si percepisce come dolore oppure come sollievo, nel complesso, senza rintracciare quale componente abbia un ruolo maggiore.

-VRS (SCALA VERBALE): la scala verbale semplice, sempre unidimensionale, ripropone l’asta di 10 cm in cui la scelta viene facilitata (ma anche condizionata) dalla presenza di aggettivi che quantificano il dolore. Si ottengono migliori risultati quando vi sono almeno sei livelli di intensità.

-NRS (SCALA NUMERICA): si considera una scala da 0 a 10 in cui a 0 corrisponde l’assenza di dolore e a 10 il massimo di dolore immaginabile.

-WONG-BAKER FACES® PAIN RATING SCALE: scala di valutazione del dolore utilizzata per i bambini tra i 3 e gli 8 anni di età. Si basa sull’indicazione da parte del bambino di una faccia, tra una serie di sei, in cui si rispecchia in quel momento, ovvero che rappresenta l’intensità del dolore che sta provando.

- **Valutazione del Patrimonio Venoso:**

le necessità di accesso vascolare possono modificarsi nel tempo. L’Infermiere è il professionista che può condurre la valutazione ed esprimere un giudizio, esaminando in modo proattivo i fattori coinvolti nella scelta di un accesso vascolare. La scelta del dispositivo più appropriato per l’accesso vascolare è fondamentale per accrescere la compliance terapeutica e ridurre al minimo il disagio del paziente, nonché la morbilità correlata. L’obiettivo della scheda è quello di selezionare il dispositivo meno invasivo con il minimo rischio di complicanze per tutta la durata del trattamento terapeutico.

- **Valutazione Infermieristica per l'invio allo Psicologo e/o all'assistente Sociale:** il lavoro dello Psico-Oncologo consiste nel dare supporto a pazienti malati di cancro e ai loro familiari per aiutarli ad adattarsi e ad affrontare tutte le fasi della malattia: diagnosi iniziale, cattive notizie, cambi di trattamento, aspettative, processi terminali. I fattori psicologici (cognitivi, emozionali e motivazionali) influiscono sulla salute fisica delle persone e incidono sempre, in maniera diretta o indiretta, sui disturbi e le malattie. La patologia oncologica, a sua volta, si ripercuote sullo stato psicologico. Ciò aumenta l'importanza di prendersi cura dell'aspetto psicologico del paziente in caso di malattie come il cancro. Lo Psico-Oncologo è colui che si prende cura, all'interno dell'organizzazione socio-medico-sanitaria, della qualità di vita e degli aspetti patologici cognitivo-comportamentali della persona malata. Tale scheda è suddivisa in 3 gruppi di domande :
 - indicatori AREA BIOLOGICA
 - indicatori AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA
 - indicatori AREA SOCIALE

L'utilizzo delle schede sopra citate richiede un processo continuo ed osservazionale durante tutto il percorso di cura.

Al CAS l'infermiera, seguendo l'iter assistenziale, collabora non solo col personale del reparto oncologico, ma anche con tutti i professionisti che intervengono nel percorso di cura e che nei diversi momenti hanno in carico il paziente. All'infermiere è richiesta abilità nella collaborazione e nella gestione del percorso. In particolare è il CAS il centro da cui si dipanano tutti i servizi per l'assistito che, ad esempio, non deve più fare la fila al CUP, ma viene orientato e responsabilizzato nell'opera collaborativa che può compiere.

La delicatezza, la disponibilità e l'empatia dell'infermiere, sono in grado di tranquillizzare la persona.

L'infermiere del CAS prende in carico il paziente oncologico e lo accompagna nelle diverse fasi del suo PDTA.

L'obiettivo della **Fase Diagnostica** è quello di garantire l'esecuzione degli accertamenti con il minor disagio per la persona in termini di numero di accessi, di procedure e di tempi di attesa. In seguito ad una raccolta dati, documentazione e referti clinici avviene l'attivazione del GIC. Nella **Fase Terapeutica** l'infermiere del CAS si rapporta direttamente con i colleghi delle Unità Operative che hanno in carico il paziente durante l'effettuazione degli specifici trattamenti.

Uno dei compiti svolti al Centro Accoglienza e Servizi, al termine di ogni ciclo terapeutico, è quello di assicurare il “mantenimento in carico” programmando le visite di “**Follow-Up**” e tenendo traccia dell'intero percorso.

Fondamentale è la collaborazione con l'equipe infermieristica del Servizio di **Cure Palliative** (Assistenza Domiciliare Integrata-ADI, HOSPICE).

Qualora si decida che un paziente debba essere preso in carico da uno dei suddetti servizi, l'infermiere compila la Scheda di Dimissione Infermieristica, strutturata appositamente per il paziente oncologico. Egli:

- ✓ Agevola la comunicazione e il passaggio di informazioni fra i vari membri del team delle cure palliative;
- ✓ Garantisce la continuità assistenziale nel passaggio dalle cure dal GIC a quelle dell'UOCP e da questo ai servizi territoriali e al MMG.¹⁴

¹⁴ Rete Oncologica Piemonte- Valle D'Aosta . Scheda Di Valutazione.

CAPITOLO 4

STRUMENTO DI RICERCA

Per la stesura della mia tesi di Laurea in Infermieristica, ho deciso di realizzare una ricerca in ambito oncologico. In particolare ho voluto analizzare il fenomeno dell'accoglienza presso i Centri Accoglienza e Servizi del Piemonte Nord- Orientale.

Lo scopo della mia ricerca è quello di mettere in evidenza il grado di soddisfazione delle persone che accedono al CAS al momento della prima presa in carico, relativamente ai principali bisogni che caratterizzano l'inizio del processo di cura.

Dopo un'attenta analisi della letteratura scientifica ho deciso di concentrarmi ed analizzare, attraverso una ricerca quantitativa e la somministrazione di un questionario, la realtà dei Centri Accoglienza e Servizi del Piemonte nord orientale, in particolare nelle sedi di: Biella, Borgomanero, Borgosesia, Novara, Verbania, Vercelli.

4.1 DESCRIZIONE QUESTIONARIO

Non avendo reperito in bibliografia uno strumento già validato utile allo scopo, è stato predisposto un questionario semi-strutturato, di tipo anonimo prendendo spunto dal questionario che i professionisti sanitari del Centro Accoglienza e Servizi della sede di Borgomanero somministrano agli utenti che vi accedono per la prima visita CAS.

Il metodo scelto è quello di una raccolta dati riferiti, mediante l'utilizzo di un questionario composto da 13 domande a scelta multipla e con singola possibilità di risposta.

Di queste 13 domande, due sono a risposta aperta, al fine di permettere all'utente di potere esprimere la propria opinione.

Le domande andranno ad analizzare diversi aspetti, in particolare: con la prima domanda si andrà ad indagare la conoscenza generale del servizio CAS, con la seconda, terza, quarta, sesta ed undicesima domanda si indagherà l'aspetto ambientale inteso come luogo fisico in cui avviene il colloquio con l'infermiere; con la quinta, settima, ottava, decima e dodicesima domanda andranno ad indagare il ruolo dell'infermiere del CAS, nello specifico l'accoglienza ricevuta. Con la nona e tredicesima domanda, entrambe a risposta aperta, si è chiesto al paziente di esprimere un'opinione in merito al servizio CAS.

Per la scelta delle risposte è stato utilizzato il metodo Likert a 4 gradienti, essi sono:

1 PER NIENTE

2 POCO

3 ABBASTANZA

4 MOLTO

Il mio obiettivo, nella scelta della scala sopra citata, è quello di far emergere il giudizio, negativo o positivo, in modo ragionevolmente preciso nei confronti dell'oggetto della ricerca, nonché sull'esperienza vissuta dal paziente oncologico durante la presa in carico infermieristica al Centro Accoglienza e Servizi. A tal proposito ho deciso di omettere la voce intermedia per il fine della ricerca.

Per la stesura delle domande ho cercato di utilizzare un linguaggio semplice, consono e comprensibile a tutti gli utenti.

Prima della somministrazione dei questionari ho contattato, tramite l'invio di una e-mail, i Direttori Sanitari delle ASL del Piemonte nord-orientale per chiedere loro le rispettive autorizzazioni ed eventuali direttive per la somministrazione dei questionari.

Dopo avere ricevuto risposte affermative, ho inviato tramite posta ordinaria i 20 questionari, accompagnati da una presentazione dello scopo della ricerca, ai coordinatori dei Centri Accoglienza e Servizi del Piemonte nord-orientale nelle rispettive sedi di:

- Biella
- Borgomanero
- Borgosesia
- Novara
- Verbania
- Vercelli

La popolazione, oggetto di studio, comprende pazienti di tutte le età, genere ed etnie ad esclusione delle persone che, per problemi cognitivi o per la non conoscenza della lingua, non siano in grado di esprimere la propria soddisfazione. Il periodo di somministrazione è avvenuto dal 5 giugno 2017 al 5 agosto 2017.

Lo spoglio dei questionari è avvenuto rispettando l'anonimato dei pazienti e delle sedi di provenienza.

4.2 METODOLOGIA

- La ricerca della letteratura è stata effettuata attraverso Pub-med e attraverso riviste infermieristiche italiane.
- La ricerca è stata condotta nei CAS del Piemonte nord orientale, in particolare nelle rispettive sedi: BIELLA, BORGOMANERO, BORGOSIESIA, NOVARA, VERBANIA e VERCELLI.
- Il campione di studio sono i pazienti oncologici a cui è stato somministrato il questionario al fine di verificare il grado di soddisfacimento del bisogno di accoglienza del paziente oncologico, al momento della prima presa in carico infermieristica presso il Centro Accoglienza e Servizi.

4.3 RISULTATI

Come già specificato in precedenza ho inviato 20 questionari ai Centri Accoglienza e Servizi del Piemonte nord-orientale inclusi nella ricerca, per un totale di 120 questionari. In seguito alla riconsegna degli stessi, avvenuta entro la data da me stabilita, mi sono stati restituiti 118 questionari, un numero inferiore rispetto a quelli da me inviati.

Dopo un'attenta analisi di ogni singolo questionario si evince che il campione analizzato è costituito da: 69 donne, 34 uomini e 15 persone non hanno specificato il sesso; di età compresa tra i 22 e gli 84 anni.

Riporto in seguito le tabelle contenenti il valore numerico dei pazienti che hanno risposto alle domande, le opzioni scelte ed i grafici con valori espressi in percentuale numerica.

Sotto ogni grafico seguono le motivazioni per le quali ho scelto di formulare le seguenti domande.

Tabella 1

SESSO		
MASCHIO	34	28.81%
FEMMINA	69	58.47%
NON SPECIFICATO	15	12.71%

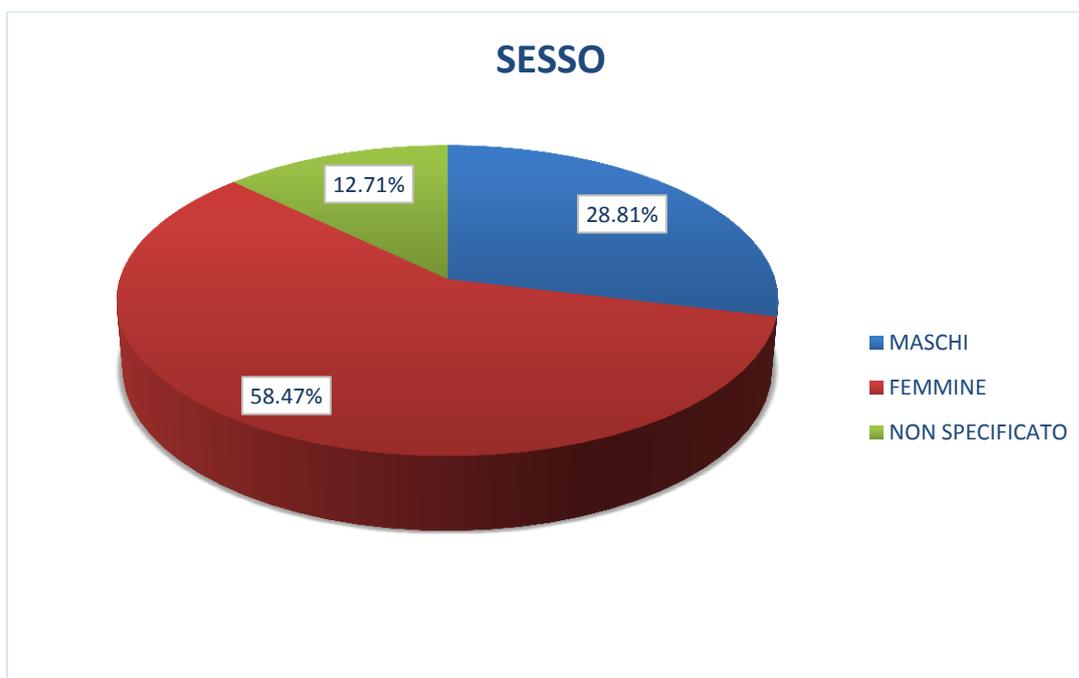


Tabella 2

ETA'		
20-29 ANNI	3	2.54%
30-39 ANNI	0	0%
40-49 ANNI	16	13.56%
50-59 ANNI	23	19.49%
60-69 ANNI	26	22.03%
70-79 ANNI	26	22.03%
80-89 ANNI	10	8.47%
NON SPECIFICATO	14	11.86%

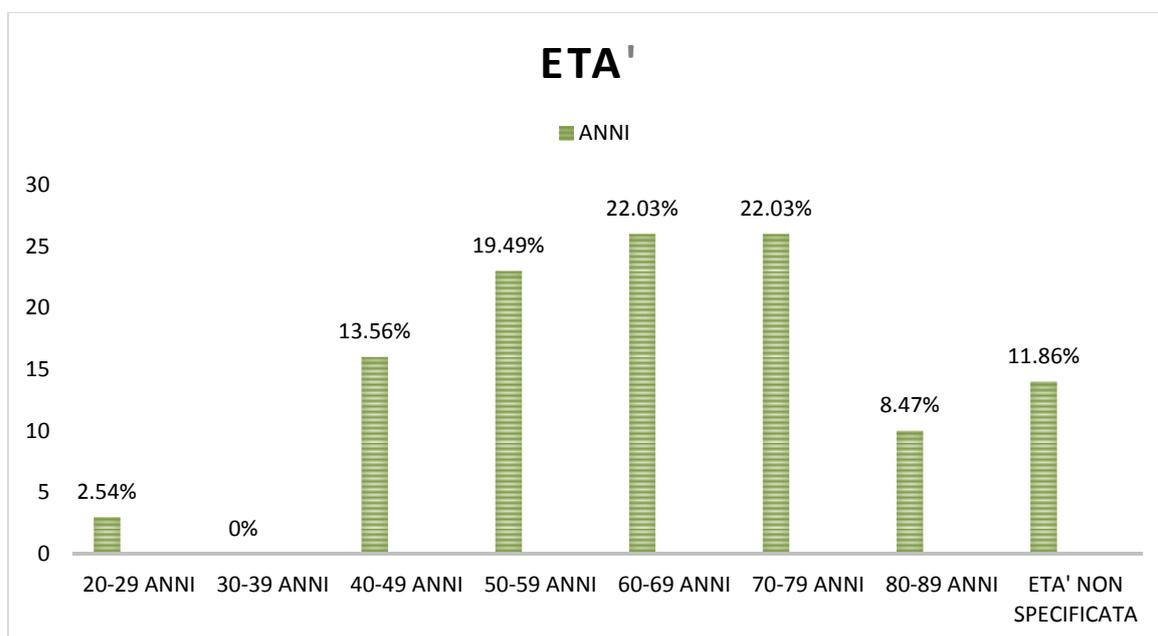
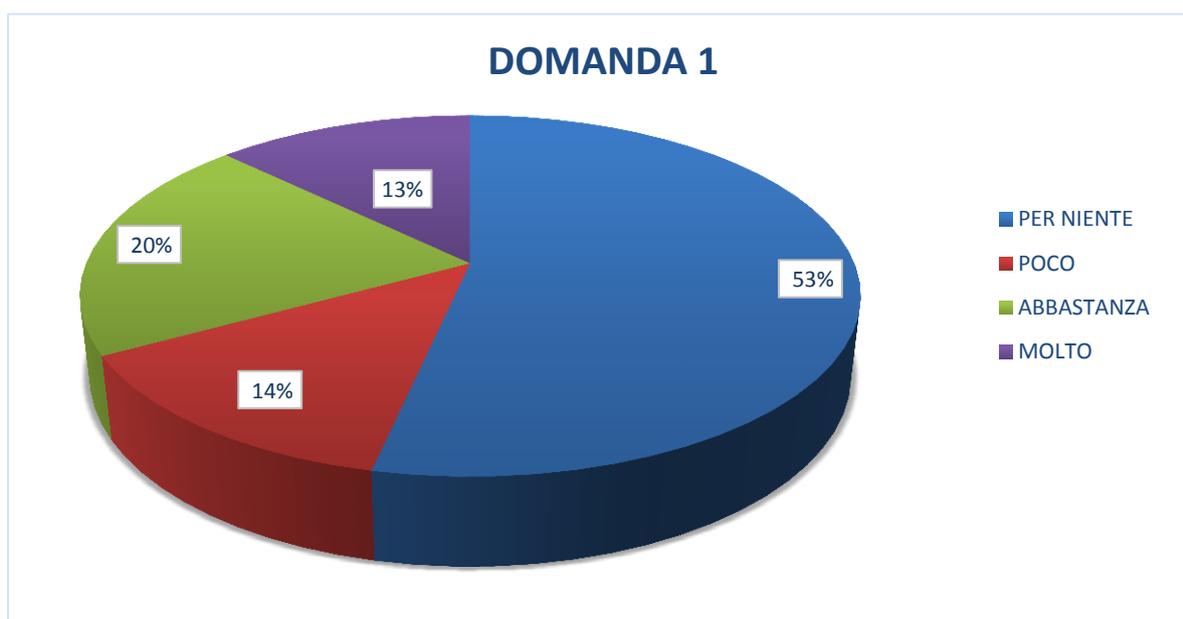


Tabella 3

Prima di accedervi Ero a conoscenza dei servizi offerti dal Centro Accoglienza Servizi (CAS).

OPZIONI:	RISPOSTA PAZIENTE:	
PER NIENTE	63	53%
POCO	16	14%
ABBASTANZA	24	20%
MOLTO	15	13%



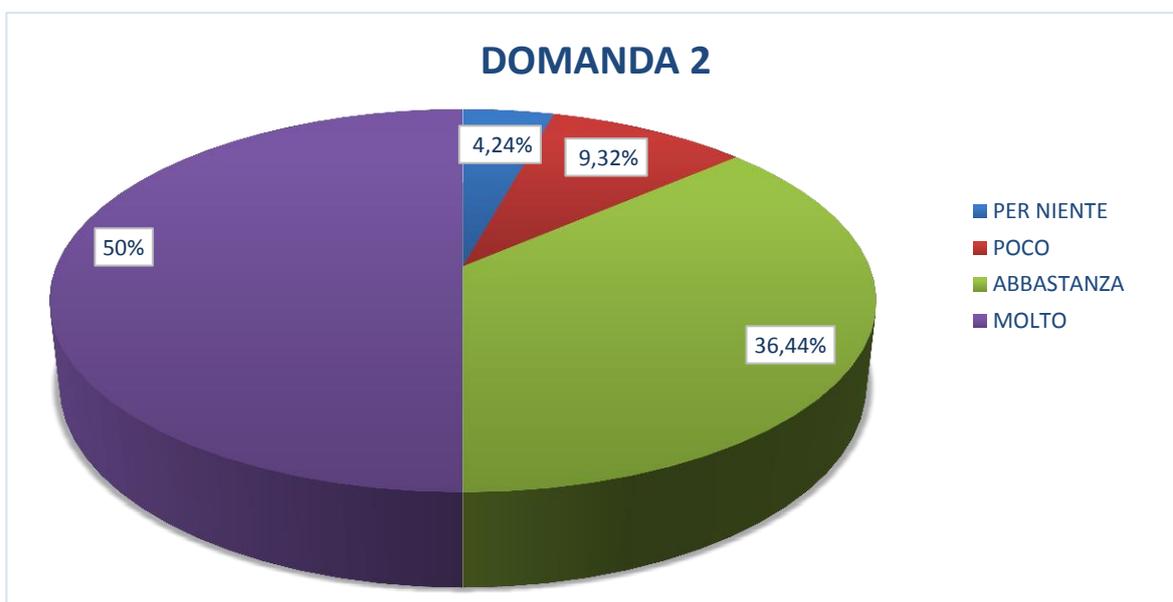
Il motivo per il quale ho deciso di porre questa domanda è stato quello di comprendere se tutte le persone che sono state inviate al Centro Accoglienza e Servizi erano a conoscenza dell'esistenza di tale servizio.

La Rete Oncologica del Piemonte e della Valle D'Aosta si è impegnata a promuovere la conoscenza del Centro Accoglienza e Servizi sensibilizzando i Medici di Medicina Generale affinché, sin dal primo sospetto di malattia neoplastica, inviassero i pazienti al CAS. Infatti, sul sito internet della rete oncologica, c'è uno spazio dedicato a tale servizio. Il sito internet delle Rete Oncologica è suddiviso in due aree, una dedicata agli operatori, l'altra ai cittadini. Nell'area cittadini è possibile visionare informazioni riguardo la suddivisione dei CAS per Azienda, alla sede del CAS, all'orario di apertura, al recapito telefonico, all'indirizzo email, al referente medico, al referente infermieristico, al referente amministrativo, allo psico-oncologo e all'assistente sociale di riferimento.

Malgrado ciò il 53% della popolazione, oggetto di studio, ha dichiarato di non esserne a conoscenza. È un dato che mette in evidenza la necessità di provvedere ad una maggiore informazione.

Tabella 4

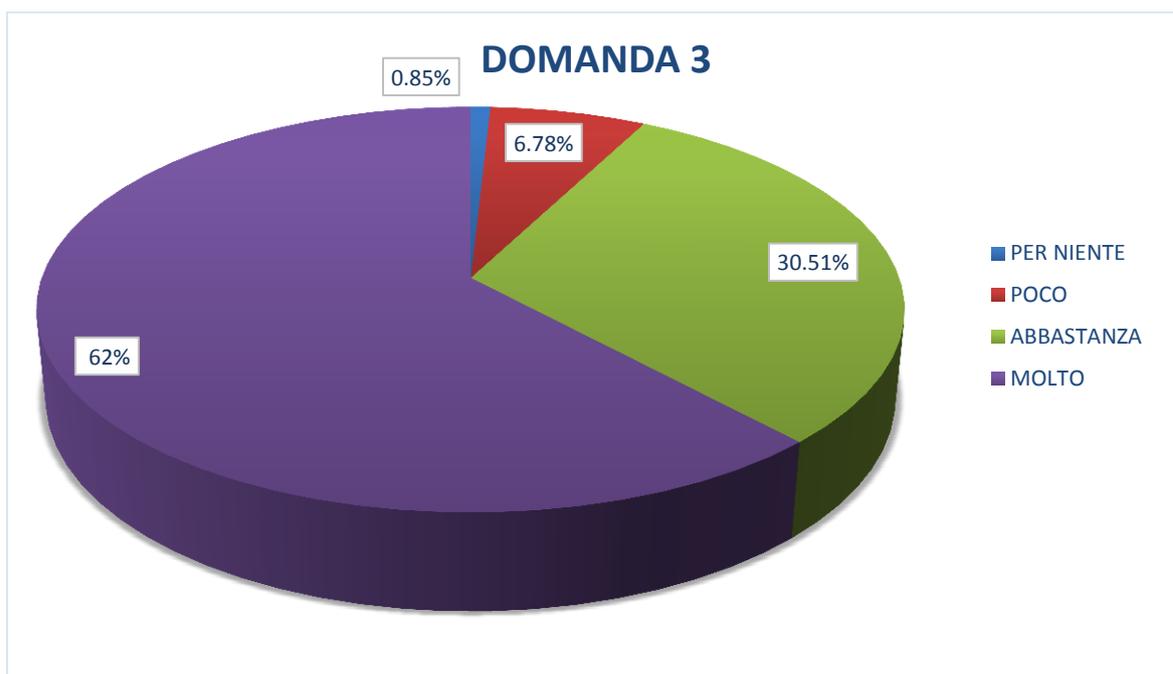
Il CAS è ben indicato.		
OPZIONI:	RISPOSTA PAZIENTE:	
PER NIENTE	5	4.24%
POCO	11	9.32%
ABBASTANZA	43	36.44%
MOLTO	59	50%



Il 50% della popolazione in esame reputa che il CAS di appartenenza sia molto indicato. Il 36.44% reputa che il CAS sia abbastanza indicato. Solo il 9.32% ed il 4.24% afferma che i CAS di appartenenza siano poco o per nulla ben indicati.

Tabella 5

Il CAS è facilmente raggiungibile.		
OPZIONI:	RISPOSTA PAZIENTE:	
PER NIENTE	1	0.85%
POCO	8	6.78%
ABBASTANZA	36	30.51%
MOLTO	73	62%



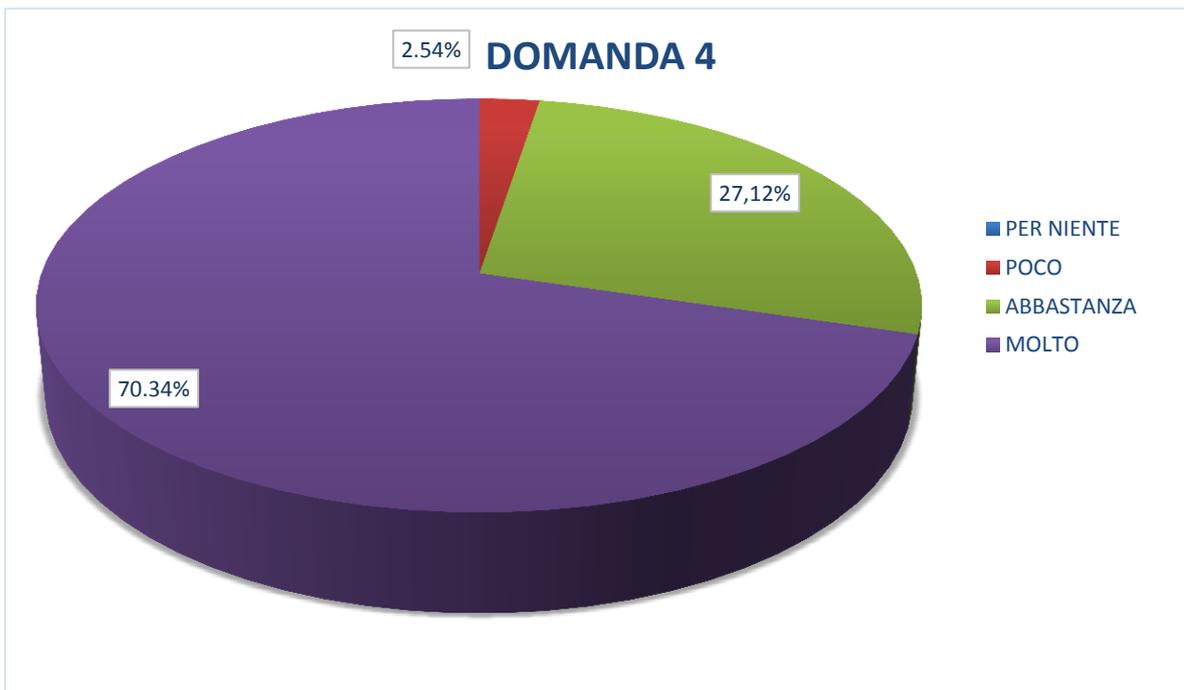
Come si evince dal grafico il 62% della popolazione analizzata ritiene che il CAS di appartenenza sia facilmente raggiungibile; il 30.51% ritiene che lo sia abbastanza.

Con la seconda e terza domanda si evince che le Aziende Ospedaliere abbiano compreso l'importanza di rendere tale servizio facilmente individuabile e raggiungibile in quanto, una corretta indicazione sull'ubicazione dell'ufficio CAS, facilitandone l'arrivo ed incidendo positivamente sul percorso iniziale diagnostico-terapeutico del cittadino.

Tabella 6

Al mio arrivo al CAS, il locale in cui sono stato accolto era confortevole.

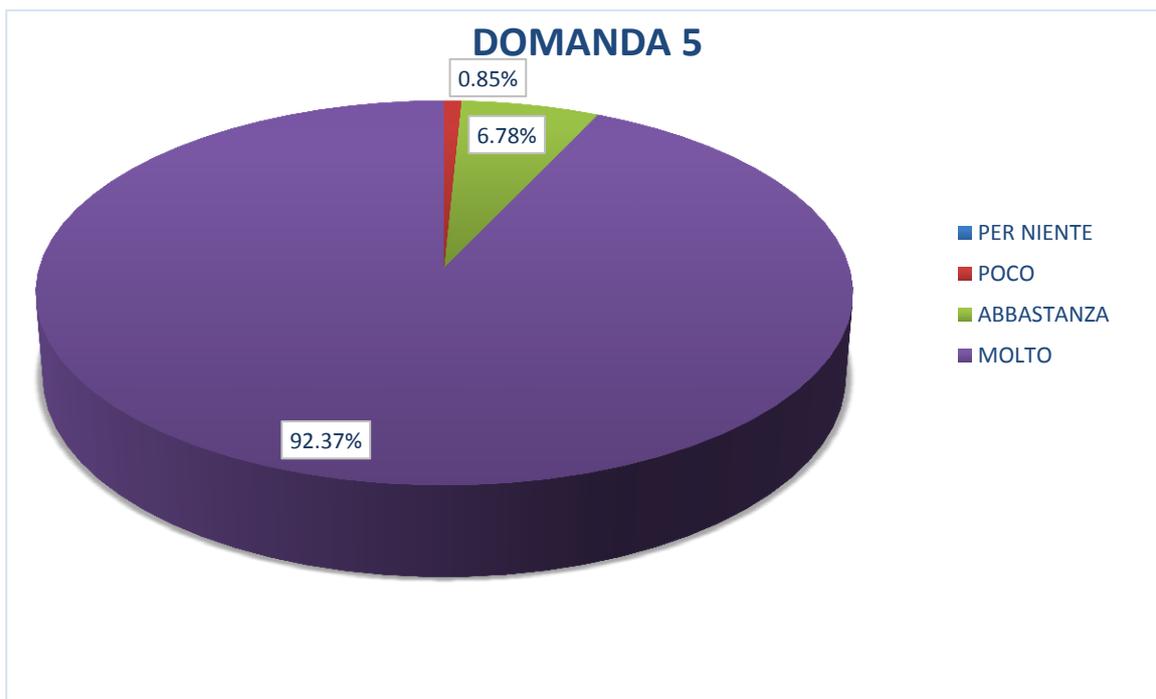
OPZIONI:	RISPOSTA PAZIENTE:	
PER NIENTE	0	0%
POCO	3	2.54%
ABBASTANZA	32	27.12%
MOLTO	83	70.34%



Il 70.34% della popolazione in esame ha trovato i locali dedicati alla prima visita infermieristica molto confortevoli. Il costrutto di luogo sottolinea l'importanza degli aspetti intenzionali dell'attività individuale, cioè gli aspetti di azione attiva, guidata da scopi, organizzata e mediata da processi di tipo affettivo-motivazionale. Risulta dunque fondamentale valorizzare l'ambiente in cui avviene in colloquio tra infermiere e paziente in quanto un ambiente accogliente, luminoso e spazioso facilita il colloquio rendendolo meno stressante e formale.

Tabella 7

Il personale infermieristico si è mostrato disponibile all'ascolto.		
OPZIONI:	RISPOSTA PAZIENTE:	
PER NIENTE	0	0%
POCO	1	0.85%
ABBASTANZA	8	6.78%
MOLTO	109	92.37%

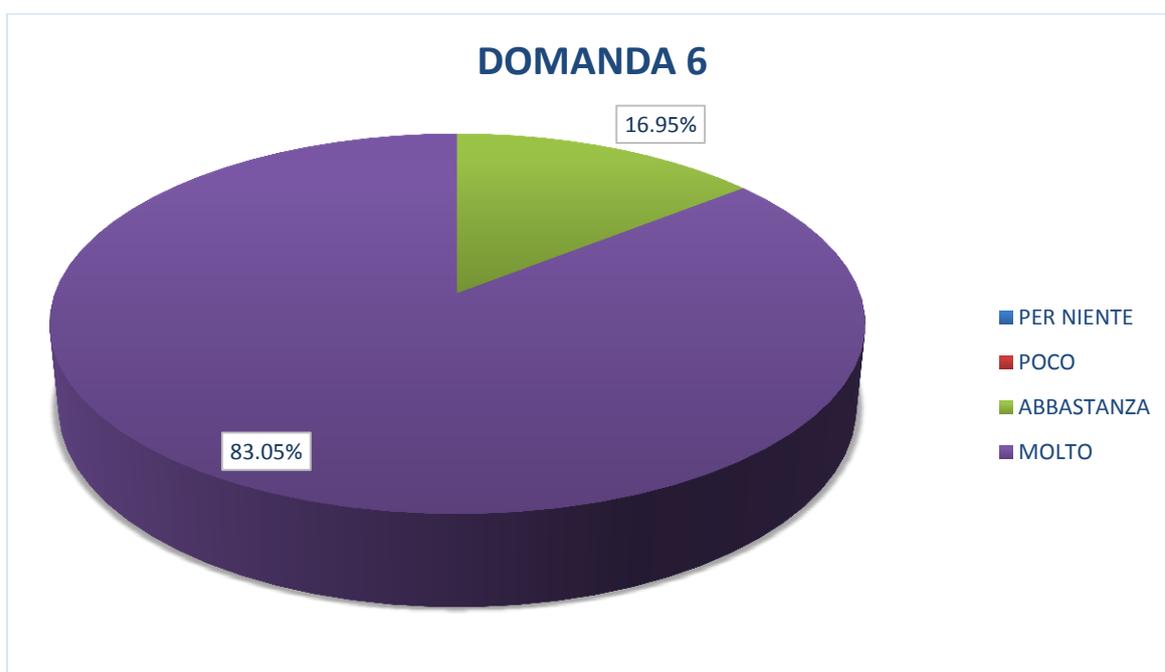


Come mostrato dal grafico ,ben il 92.37% della popolazione ha dichiarato che l'infermiere con il quale ha avuto il colloquio durante la prima visita CAS si sia prostrato disponibile all'ascolto. Infatti, tra i compiti dell'infermiere c'è quello di ascoltare e comprendere i bisogni della persona, avendo pazienza e tempo necessario da dedicare.

Tabella 8

Il contesto in cui è avvenuto il colloquio con l'infermiere ha facilitato l'espressione dei Miei bisogni e/o dei Miei dubbi.

OPZIONI:	RISPOSTA PAZIENTE:	
PER NIENTE	0	0%
POCO	0	0%
ABBASTANZA	20	16.95%
MOLTO	98	83.05%

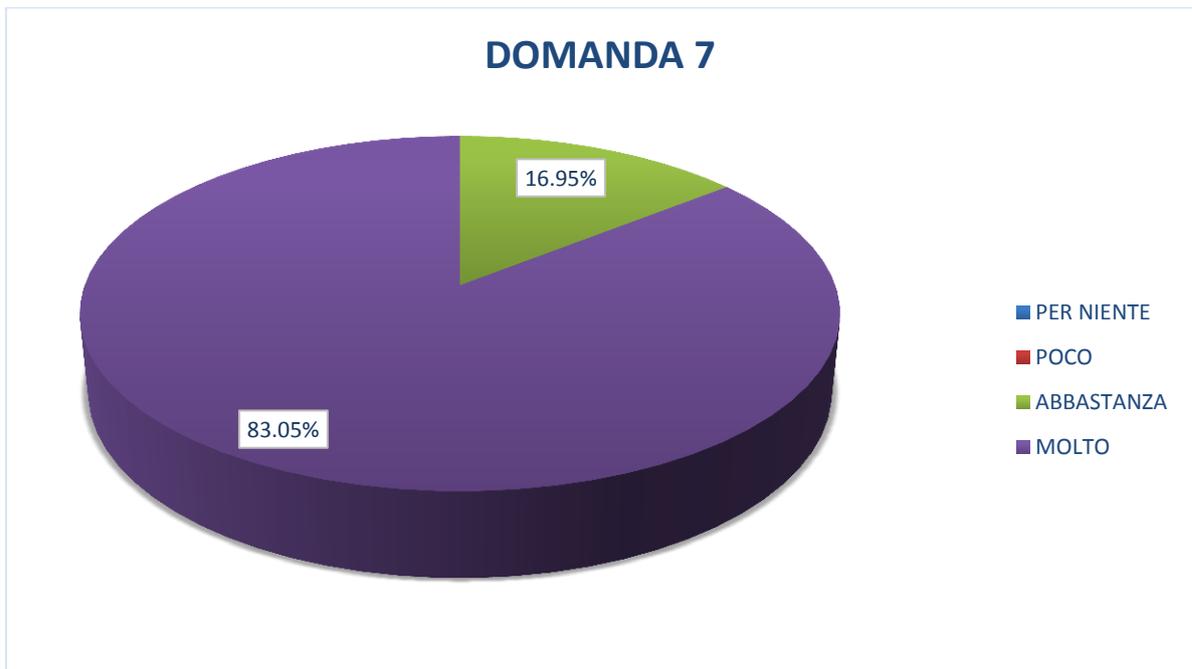


L'83.05% della popolazione in esame ha ritenuto confortevole ed appropriato il contesto nel quale è avvenuto il colloquio con l'infermiere. La relazione infermiere-paziente è una relazione d'aiuto realizzata attraverso una comunicazione empatica tra due persone, infermiere e paziente. Attraverso la comprensione, l'ascolto attivo, il rispetto della privacy il paziente viene incentivato a relazionarsi esternando così i propri dubbi e/o pensieri.

Tabella 9

Le esigenze che Ho espresso al momento della presa in carico presso il CAS, sono state soddisfatte dal personale infermieristico.

OPZIONI:	RISPOSTA PAZIENTE:	
PER NIENTE	0	0%
POCO	0	0%
ABBASTANZA	20	16.95%
MOLTO	98	83.05%

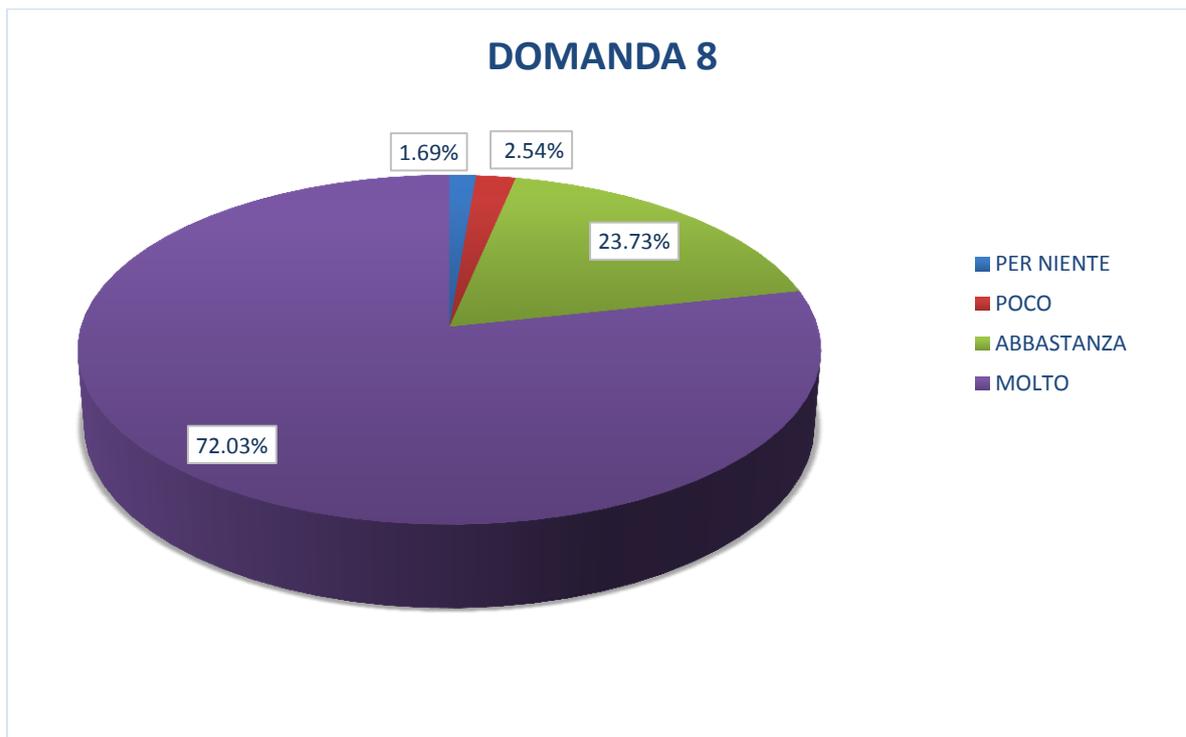


Secondo l'83.05% della popolazione, l'infermiere è stato in grado di cogliere, interpretare e soprattutto colmare le esigenze richieste dall'utente durante il colloquio.

Infatti, come già detto, il ruolo dell'infermiere è dunque quello di individuare e valutare correttamente le risorse, i bisogni, i problemi psicofisici e sociali del malato, programmare e garantire l'assistenza necessaria all'individuo al fine di preservare la dignità ed il benessere della persona. L'infermiere accoglie il paziente al suo primo accesso al CAS, lo accompagna durante la fase diagnostica lungo l'intero percorso clinico-assistenziale.

Tabella 10

Mi sono state fornite informazioni chiare rispetto al Mio percorso di cura.		
OPZIONI:	RISPOSTA PAZIENTE:	
PER NIENTE	2	1.69%
POCO	3	2.54%
ABBASTANZA	28	24.73%
MOLTO	85	72.03%

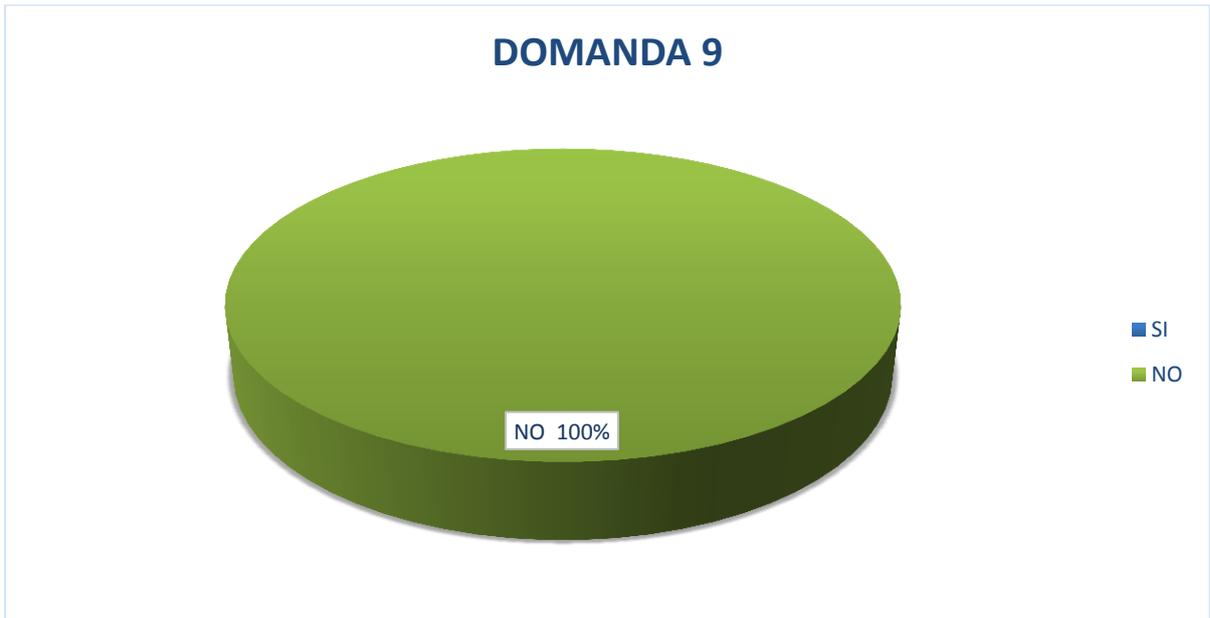


Il 72.03% della popolazione ha asserito che le informazioni fornite durante il colloquio, rispetto al percorso di cura, sono state molto chiare.

L'utilizzo di un linguaggio appropriato alla persona che chiede informazione e/o chiarimenti sul percorso di cura è uno dei compiti dell'infermiere e, con esso, quello di comprendere ed accertarsi che le informazioni date siano state adatte e proporzionate al bisogno richiesto al fine di garantire una giusta assistenza.

Tabella 11

Vi sono stati elementi di contesto che hanno condizionato l'espressione dei miei bisogni?		
OPZIONI:	RISPOSTA PAZIENTE:	
SI	0	0%
NO	118	100%

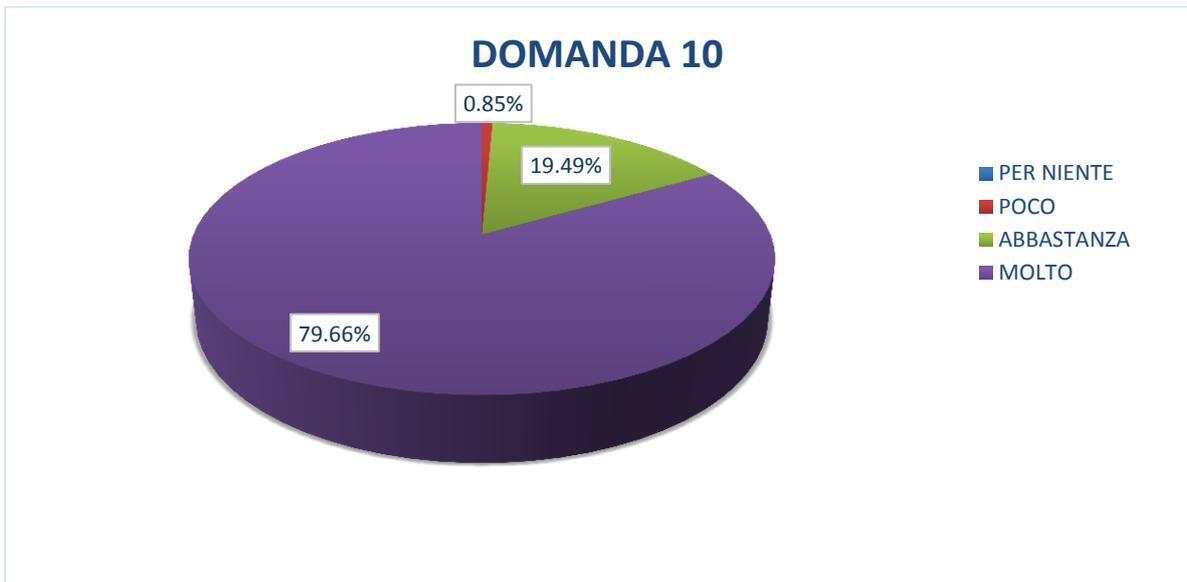


Il 100% della popolazione in studio ha segnato la risposta no asserendo, di conseguenza, di non aver riscontrato elementi di contesto che hanno influenzato l'espressione dei bisogni durante il colloquio con l'infermiere.

Malgrado ciò penso che il risultato ottenuto, per quanto gratificante, sia stato condizionato dalla stesura della domanda. Forse avrei dovuto specificare gli "elementi di contesto" che avrebbero potuto influenzare il colloquio, come ad esempio il suono del telefono, oppure l'ingresso in stanza di un'altra persona etc.

Tabella 12

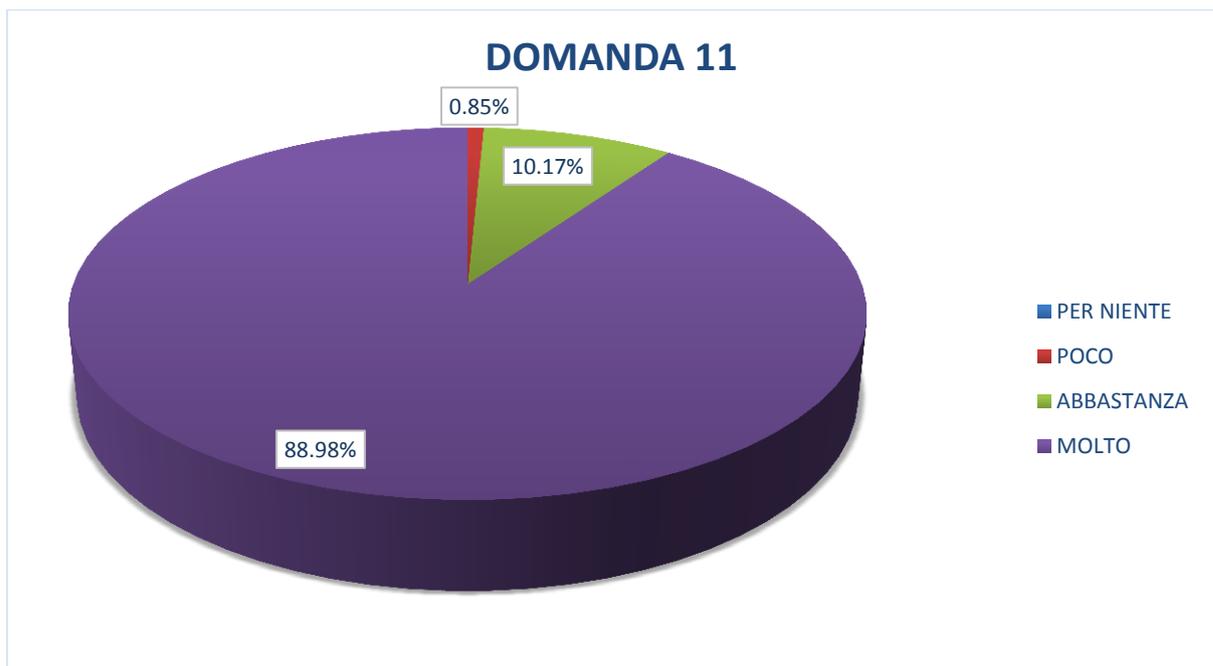
Il tempo a Me dedicato dal personale infermieristico è stato adeguato alle Mie necessità.		
OPZIONI:	RISPOSTA PAZIENTE:	
PER NIENTE	0	0%
POCO	1	0.85%
ABBASTANZA	23	19.49%
MOLTO	94	79.66%



Per il 79.66% della popolazione il tempo dedicato dall'infermiere è stato adeguato alle necessità di ogni singolo paziente.

Tabella 13

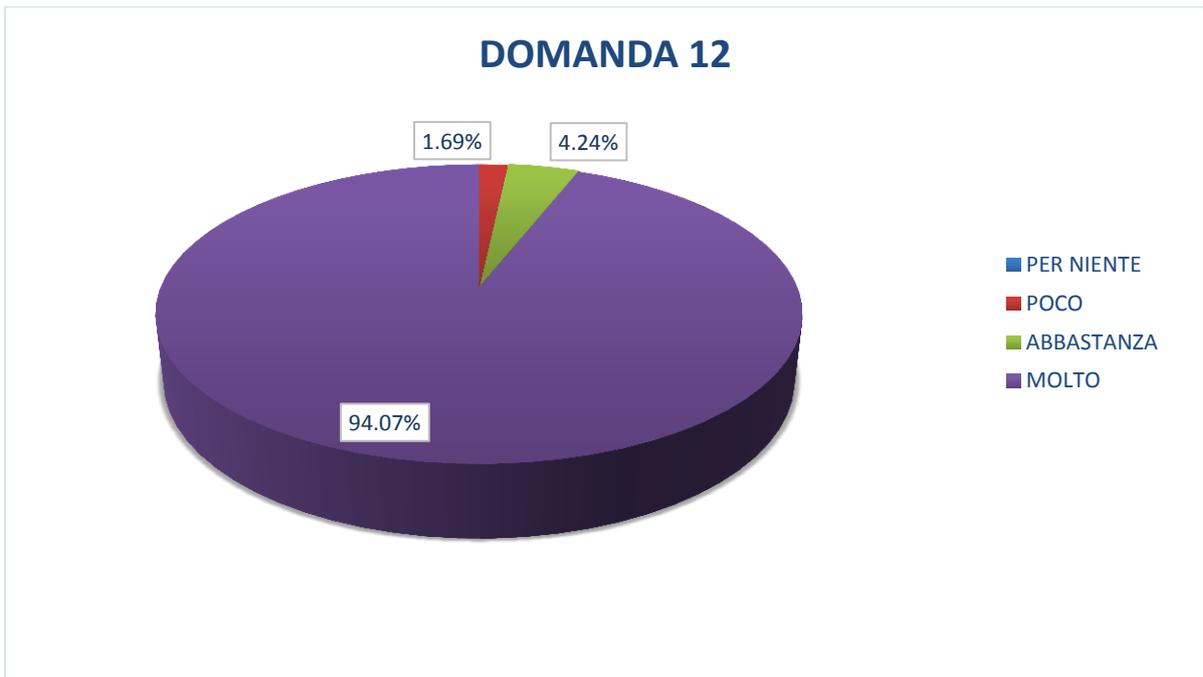
E' stata tutelata la Mia privacy.		
OPZIONI:	RISPOSTA PAZIENTE:	
PER NIENTE	0	0%
POCO	1	0.85%
ABBASTANZA	12	10.17%
MOLTO	105	88.98%



Per l'88.98% della popolazione analizzata è stata tutelata e rispettata la privacy durante il colloquio svolto con l'infermiere. Dal seguente risultato si evince come l'infermiere, in un momento così delicato nella vita del paziente, sia stato in grado di rispettarne l'intimità.

Tabella 14

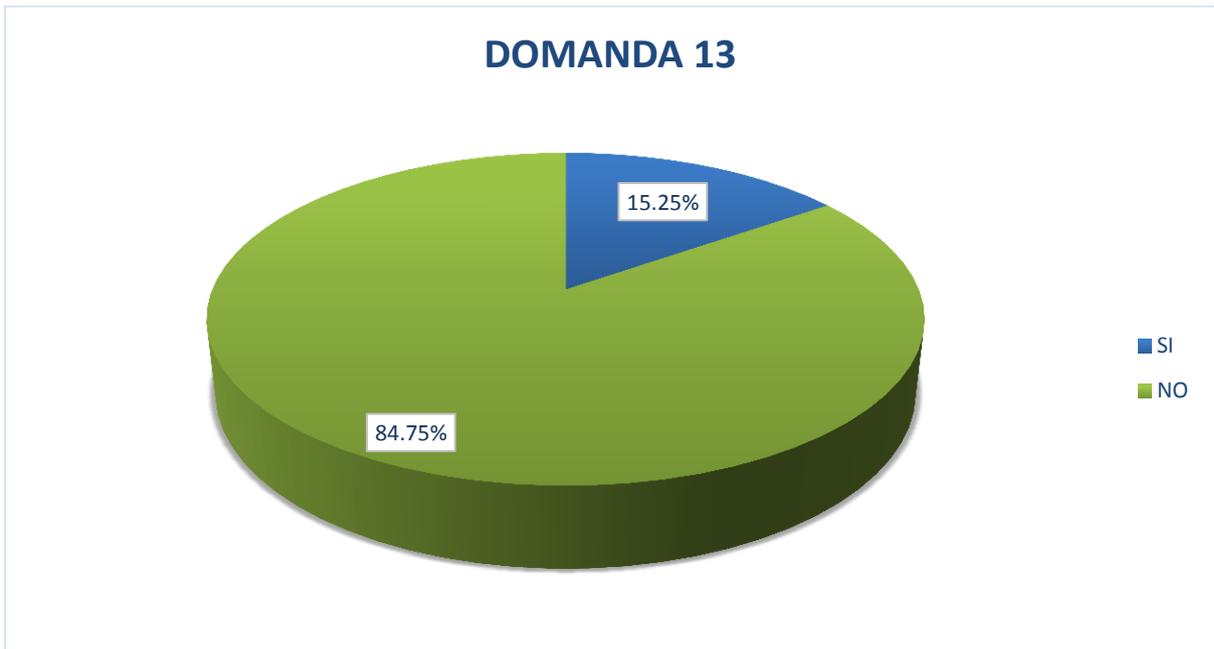
In generale l'accoglienza ricevuta Mi ha soddisfatto.		
OPZIONI:	RISPOSTA PAZIENTE:	
PER NIENTE	0	0%
POCO	2	1.69%
ABBASTANZA	5	4.24%
MOLTO	111	94.07%



In seguito all'analisi di ogni singolo questionario, il 94.07% della popolazione in esame ha asserito che l'accoglienza ricevuta dal personale infermieristico durante la prima visita CAS è stata soddisfacente. In merito a tale risultato si evince come i professionisti sanitari che lavorano presso i CAS presi in esame, siano adeguatamente formati per svolgere questo ruolo così importante e delicato.

Tabella 15

Crede che il servizio offerto dal CAS possa essere perfezionato in qualche ambito?		
OPZIONI:	RISPOSTA PAZIENTE:	
SI	18	15.25%
NO	100	84.75%



Solo il 15.25% della popolazione in studio ha segnato la risposta si. Di questi il 10.17% ha ritenuto opportuno lasciare un proprio consiglio inerente al miglioramento del servizio CAS, il restante 5.08% non ha espresso una propria opinione in merito al servizio.

SVANTAGGI EVIDENZIATI

Dopo un'attenta analisi delle risposte alla domanda numero 13, sono state riscontrate dai pazienti delle criticità in merito al servizio CAS. Ho ritenuto opportuno lasciare voce ai protagonisti principali di questa ricerca, i pazienti, ragion per cui ho deciso di citare ogni singolo consiglio/critica da essi rilasciati:

“Rispettare i tempi”. “Più rispetto degli appuntamenti”. “Più segnaletica, arredo locali permanenza dei pz, più privacy”. “Bisogna sempre migliorare, spazi sala attesa”. “Spazi poco chiari ed indicazioni poco evidenti”. “È troppo poco che ho usufruito del servizio, non saprei”. “Essendo la prima visita non posso giudicare”. “Leggermente più veloci nei tempi”. “Credo semplicemente che si possa sempre migliorare”. “In evoluzione con i tempi e le casistiche o le nuove terapie”. “Con disagio ci siamo trasferiti da una stanza all'altra”.

Dalle risposte sopracitate le criticità maggiormente riscontrate fanno riferimento ad una migliore indicazione riguardo l'ubicazione del servizio, maggior rispetto dei tempi, degli appuntamenti e della privacy. In merito a ciò si evince una discrepanza tra le risposte segnate nel questionario dai pazienti ed i consigli rilasciati dagli stessi. Forse le domande da me formulate nel questionario sarebbero dovute essere più specifiche e contenere degli esempi cosicché le persone potessero confrontarli con il proprio colloquio. Volevo altresì ricordare che solo il 10.17% dei pazienti hanno espresso la propria opinione scritta.

In merito al “rispetto dei tempi” volevo sottolineare il fatto che non è ancora stata prevista, in nessun Centro Accoglienza e Servizi, una modalità di prenotazione della prima visita CAS.

5. CONCLUSIONE

Grazie al contributo di molte persone tra cui Professionisti Sanitari, Dirigenti Sanitari e soprattutto i pazienti, è stato possibile portare al termine questo lungo percorso prefissato.

Essendo il CAS un servizio relativamente giovane non sono riuscita a reperire, tramite l'utilizzo di pubmed, articoli pertinenti a tale servizio.

Per la stesura della tesi ho consultato il sito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e delle riviste infermieristiche.

Al termine della ricerca si evince sempre più che la patologia oncologica richiede un approccio multidisciplinare in quanto incide su ogni ambito della vita della persona che riceve l'infausta diagnosi e che si avvia verso il trattamento della malattia.

L'infermiere è chiamato a prendersi cura, a farsi carico totalmente del paziente per cui occorre sempre sapere chi abbiamo davanti, rilevarne i bisogni, i disagi, le preoccupazioni, le ansie: tutto ciò che può aiutarci a garantire una assistenza globale ed una migliore qualità di vita.

Con questo studio si è cercato di mettere l'infermiere in condizione di svolgere al meglio il suo ruolo, di aumentarne la soddisfazione lavorativa, di migliorare la qualità assistenziale, di far sentire all'assistito che non è solo, che l'infermiere e tutta l'équipe lo accompagnano e camminano con lui in questo percorso che spaventa e che spesso è lungo e doloroso.

Durante la prima visita CAS, con la valutazione infermieristica, la persona entra in contatto con il professionista sanitario, viene conosciuta al di là della sola patologia, in una modalità olistica che tenga conto non solo della malattia ma anche degli aspetti psico-sociali che fanno sempre parte della persona stessa. L'infermiere che lavora al CAS è professionalmente qualificato per il contesto in cui esercita in quanto, la Rete Oncologica del Piemonte e della Valle D'Aosta, attiva ogni anno dei corsi di formazione e aggiornamento professionale per gli operatori sanitari che lavorano presso i Centri Accoglienza e Servizi.

I dati raccolti hanno permesso di misurare la conoscenza sul servizio CAS e la consapevolezza sia per quanto concerne il ruolo dell'infermiere del Centri Accoglienza e Servizi, sia per quanto riguarda una presa in carico efficace ed efficiente. È stato dimostrato come gli infermieri che prestano servizio presso i CAS del Piemonte nord orientale abbiano valorizzato con la loro professionalità, volontà ed impegno l'importanza che tale servizio assume nella vita di ogni paziente che ne entra in contatto, in quanto risulta essere il primo passaggio per l'inizio del percorso di cura.

6. RINGRAZIAMENTI

Eccomi giunta alla fine di questa tesi e di questo lungo percorso universitario durato 3 anni nei quali credo di essere maturata molto come persona. Sono tante le conoscenze che ho fatto durante questo percorso, le amicizie che ho coltivato, i rapporti che ho stretto. Vorrei dedicare queste ultime pagine per ringraziare tutte quelle persone che in me hanno sempre creduto.

Un ringraziamento particolare va alla mia Famiglia: a mio padre Marco, a mia madre Patrizia, alla mia gemella Veronica, sostenitrice primaria e costante della mia scelta nonché punto di forza, a mio fratello Alessandro, a mia cognata Tania, al mio piccolo nipotino Marco.

Grazie per aver sempre creduto in me, nella mia tenacia e nel mio coraggio.

Grazie per essermi sempre stati accanto durante questi anni.

Per avermi incoraggiato e sostenuto nei momenti di sconforto e per aver gioito con me in ogni piccolo passo conseguito. Grazie perché senza la vostra presenza ed il vostro Amore non sarei mai diventata quella che sono e non avrei potuto coronare oggi il mio (nostro) grande sogno, diventare un'Infermiera.

Al mio compagno di vita Luca, grazie per il tuo Amore, per il sostegno donato, per la stima che hai sempre riposto in me.

Grazie per aver scelto di continuare a stare al mio fianco durante questo lungo percorso.

Alla mia relatrice Chiara, ti ringrazio della fiducia accordatami. Grazie per avermi guidato e supportato nella stesura di questo lavoro, mi hai trasmesso la passione e l'entusiasmo necessari affinché la tesi prendesse forma giorno dopo giorno.

Alle tante conoscenze ed amicizie nate e coltivate durante questo percorso universitario.

Alla mia coinquilina Patrizia, grazie per l'affetto che mi hai regalato in questi tre anni.

Alle mie amiche nonché colleghe di avventura Giulia, Lidia, Marta e Moira le quali hanno reso la mia permanenza lontana da casa meno faticosa. È stato entusiasmante conoscervi e stringere in fretta una relazione sufficientemente salda da potersi considerare Amicizia. Rimarrete per sempre ANCORATE nel mio cuore.

Ai miei parenti ed amici di infanzia i quali mi sono stati sempre vicini con il cuore malgrado la distanza. Alle mie Amiche Carmen e Dorotea grazie di esserci sempre state in tutti questi anni.

Ed infine ringrazio me stessa per aver portato al termine questo sogno tanto ambito, per non essermi mai arresa, per aver estrapolato del bene dalla mia esperienza di vita grazie alla quale ho capito quale fosse la mia strada. Non è stato facile arrivare fin qui, tanti sono stati gli ostacoli che mi hanno portato spesso al pensiero di abbandonare questo percorso ma grazie alla mia famiglia e alla mia forza sono riuscita ad andare avanti.

Al termine di questa esperienza ho capito che un obiettivo è il punto di partenza per raggiungere degli scopi. Che gli ostacoli esistono per essere affrontati, superati, vinti.

Perché un [vincitore](#) è colui che riconosce i suoi [talenti](#) naturali, lavora sodo per svilupparli in [capacità](#) ed usa queste [capacità](#) per [raggiungere](#) i suoi [obiettivi](#).

Oggi ho vinto io: SONO UN'INFERMIERA!

Grazie a tutti di cuore

7. BIBLIOGRAFIA

¹ **Crocetti, G., Rebecca F. Gerbi., Tavella, S.: Psicologia dell'accudimento nelle relazioni di aiuto. Manuale per operatori sanitari e socio-assistenziali ,2012**

² **D.M. 739, 14 settembre 1994: Profilo professionale dell'infermiere art. 1 comma, 3**

³ **North, D.: *Improving Documentation of Initial Nursing Assessment*. Nursing Management. 1996**

⁴**(AIRTUM- AIOM. I Numeri Del Cancro In Italia ,2017)**

⁵**(Rete Oncologica Piemonte - Valle D'Aosta)**

⁶ **Rete Oncologica Piemonte - Valle D'Aosta: Centro Accoglienza e Servizi**

⁷ **Rete Oncologica Piemonte - Valle D'Aosta: Gruppo Interdisciplinare Cure**

⁸ **Rete Oncologica Piemonte-Valle D'Aosta: Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali**

⁹ ***ARESS - Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari- Piemonte***

¹⁰ **Carpanelli, I., Canepa, M., Bettini, P., Viale, M.: ONCOLOGIA E CURE PALLIATIVE 2002,**

¹¹ **Codice Deontologico, 2009 art. 1. capo 1**

¹² **Codice Deontologico, 2009 art. 20. Capo 4**

¹³ **Rete Oncologica Piemonte - Valle D'Aosta: Prima Visita CAS**

¹⁴**Rete Oncologica Piemonte- Valle D'Aosta: *Scheda Di Valutazione***

8. ALLEGATI

8.1 QUESTIONARIO TESI

PRESENTAZIONE QUESTIONARIO

Gentile Signore/a,

mi chiamo Roberta, sono una studentessa del terzo anno del corso di “Laurea in Infermieristica” Università del Piemonte Orientale (UPO), sede formativa di Verbania.

Per la mia tesi di Laurea ho deciso di svolgere una ricerca sul soddisfacimento dei Suoi bisogni di accoglienza presso il CAS.

I dati verranno raccolti mediante l'utilizzo del seguente questionario anonimo, a scelta multipla e con singola possibilità di risposta. Tali dati saranno utilizzati esclusivamente a scopo didattico, nel rispetto delle normative vigenti sulla privacy.

La ringrazio anticipatamente per la cortese e preziosa collaborazione e per il tempo dedicatomi.

ROBERTA

QUESTIONARIO:

La invito a rispondere esprimendo un giudizio, per ciascuna voce, secondo la scala indicata:

1= PER NIENTE 2= POCO 3= ABBASTANZA 4= MOLTO

Nel caso in cui Lei decidesse di selezionare la voce 1 la invito a specificarne i motivi.

Sesso: M F Età: _____

1) Prima di accedervi Ero a conoscenza dei servizi offerti dal Centro Accoglienza Servizi (CAS).

1	2	3	4
---	---	---	---

2) Il CAS è ben indicato.

1	2	3	4
---	---	---	---

3) Il CAS è facilmente raggiungibile.

1	2	3	4
---	---	---	---

4) Al Mio arrivo al CAS , il locale in cui Sono stato accolto era confortevole.

1	2	3	4
---	---	---	---

5) Il personale infermieristico si è mostrato disponibile all'ascolto.

1	2	3	4
---	---	---	---

6) Il contesto in cui è avvenuto il colloquio con l'infermiere ha facilitato l'espressione dei Miei bisogni e/o dei Miei dubbi.

1	2	3	4
---	---	---	---

7) Le esigenze che Ho espresso al momento della presa in carico presso il CAS, sono state soddisfatte dal personale infermieristico.

1	2	3	4
---	---	---	---

8) Mi sono state fornite informazioni chiare rispetto al Mio percorso di cura.

1	2	3	4
---	---	---	---

9) Vi sono stati elementi di contesto che hanno condizionato l'espressione dei Miei bisogni?

SI NO

9.1) Se si, quali?

10) Il tempo a Me dedicato dal personale infermieristico è stato adeguato alle Mie necessità.

1	2	3	4
---	---	---	---

11) E' stata tutelata la Mia privacy.

1	2	3	4
---	---	---	---

12) In generale l'accoglienza ricevuta Mi ha soddisfatto.

1	2	3	4
---	---	---	---

13) Crede che il servizio offerto dal CAS possa essere perfezionato in qualche ambito? SI NO

13.1) Se ha risposto si alla domanda precedente, avrebbe dei consigli in merito?

8.2 QUESTIONARIO SEDE DI BORGOMANERO

Questionario di Customer Satisfaction del Centro Accoglienza e Servizi- ASL NO

Codice paziente	<input type="text"/>
Data compilazione	<input type="text"/>
Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Età (anni)	<input type="text"/>
Nazionalità	<input type="text"/>
Comune di residenza	<input type="text"/>
Scolarità	<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> elementare <input type="checkbox"/> media inferiore <input type="checkbox"/> media superiore <input type="checkbox"/> laurea
Professione	<input type="checkbox"/> casalinga <input type="checkbox"/> pensionato <input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> in attesa di occupazione <input type="checkbox"/> occupato Se occupato specificare:
CAS DI RIFERIMENTO	<input type="text"/>
Stato civile	<input type="text"/>
Seguito presso altre Strutture del nostro Ospedale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Patologia di base	<input type="text"/>
Modalità di accesso al CAS	<input type="checkbox"/> esterno <input type="checkbox"/> interno
Presenza care giver	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

QUESTIONARIO CUSTOMER SATISFACTION DEL CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI (CAS)		1	2	3	4	5
		Non soddisfatto	Poco soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
Condizioni Ambiente	1	Spazio a disposizione				
	2	Pulizia e igiene				
	3	Gradevolezza e comodità arredi				
	4	Luminosità				
	5	Temperatura				
	6	Tutela della privacy				
	7	Confortevolezza dell'ambiente				
Accesso al Servizio	8	Visibilità segnaletica del servizio				
	9	Facilità di accesso				
	10	Orario di apertura				
	11	Facilità di contatto telefonico				
Accoglienza e personale	12	Attenzione del personale al momento del suo arrivo				
	13	Riservatezza dell'ambiente				
	14	Tempo dedicato				
	15	Cortesia				
	16	Disponibilità all'ascolto				
	17	Attenzione ai bisogni e alle problematiche riferite				
	18	Chiarezza e completezza delle informazioni				
Organizzazione ed efficienza	19	Rispetto della privacy				
	20	Tempi di attesa per prenotazione ed esecuzione esami				
	21	Comfort e continuità assistenziale nel percorso di malattia				
	22	Verifica telefonica degli appuntamenti				
	23	Attivazione servizi di trasporto				
24	Fornitura materiale informativo e farmaci x preparazione esami					
Completivamente quanto è soddisfatto del CAS?						

8.3 SCHEDE DI VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

Ricerca Rete Oncologica



Progetto “Protezione Famiglia”

Scheda di individuazione delle fragilità

Siglatura nome paziente-----

Sesso _____ Data di nascita ___/___/_____ Età _____

Indirizzo _____ Città _____

Nazionalità _____ ASL _____

Tel _____

Provenienza _____

Diagnosi all'ingresso _____

<p>Aspettative di vita</p> <p>Breve</p> <p>Media</p> <p>Lunga</p>	<p>paziente in fase di:</p> <p>accoglienza CAS</p> <p>accoglienza D.H</p> <p>accoglienza UOCP</p>
---	---

<p>Caratteristiche della famiglia anagrafica</p>	<p>Coniugato/a</p> <p>Divorziato/a</p> <p>Separato/a</p> <p>Vedovo/a</p> <p>Single</p>	<p>Con figli</p> <p>Senza figli</p>
--	--	-------------------------------------

Caratteristiche della famiglia di fatto
(conviventi o figure di riferimento per il paziente)

Il paziente rifiuta di dare informazioni sulla famiglia

Indicare uno o più indici di fragilità della famiglia

<p>Famiglia con bambini (0-14)</p> <p>Famiglia con ragazzi e/o giovani adulti(14-20)</p> <p>Famiglia con altri malati o con disabili</p> <p>Famiglia con soggetti colpiti da disagio psichico ,</p> <p>Famiglia con soggetti colpiti da alcolismo e/ tossico dipendenza</p>	<p>Famiglia con disagio economico per la presenza della malattia</p> <p>Famiglia ristretta (età del familiare _____)</p> <p>Famiglia con esperienze traumatiche (lutti , perdite ,gravi malattie)</p> <p>Altro _____</p>
---	--

Note libere

Nome del compilatore: servizio di riferimento

G8: STRUMENTO DI SCREENING PER LA VALUTAZIONE GERIATRICA.

Destinatari: pazienti con diagnosi di neoplasia con età \geq 75 aa (al momento dell'accoglienza)

Operatore alla compilazione: medico, infermiere o personale addestrato (al momento dell'accoglienza)

Note: Questo strumento di screening comprende 7 elementi di Mini Nutritional Assessment e l'età del paziente.

Punteggio: score >14 pz non a rischio (invio al GIC);

score ≤ 14 pz a rischio (consulenza Onco-Geriatria per valutazione se GIC o MMG/CP)

G8 Strumento di Screening			
	Domande	Possibili risposte	Punteggio
A	Negli ultimi 3 mesi, considerando le abitudini alimentari, è diminuita l'assunzione di cibo a causa di: perdita di appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione e/o deglutizione?	0: grave riduzione 1: moderata riduzione 2: normale assunzione
B	Perdita di peso durante gli ultimi 3 mesi?	0: riduzione >3 kg 1: sconosciuta 2: riduzione fra 1 e 3 kg 3: non perdita di peso
C	Movimento	0: letto o poltrona 1: in grado di alzarsi dal letto/sedia ma senza uscire 2: esce
E	Problemi Neuropsicologici (anamnestico) Se sospetto, rimandare compilazione a dopo invio allo specialista (Neurologo)	0: demenza o depressione severa 1: demenza o depressione moderata/lieve 2: non problemi psicologici
F	Body Mass Index (peso in kg/altezza in m^2)	0: BMI <19 1: BMI 19 - 21 2: BMI 21 - 23 3: BMI >23
H	Assume stabilmente più di 3 tipologie di farmaci al giorno?	0: sì 1: no
P	In confronto alle altre persone della stessa età come considera il paziente il suo stato di salute?	0: non buono 0,5: ignoto 1: buono 2: ottimo
	Età	0: >85 1: 80-85 2: <80
	Punteggio totale (0-17)	

Ref.: P. Soubeyran et al. Validation of a screening test for elderly patients in oncology. JCO. Vol 26, 15S, 2008

SCHEDA INFERMIERISTICA VALUTAZIONE DOLORE

UNITA' OPERATIVA:

COGNOME NOME:

DATA NASCITA :

PATOLOGIA :

Medico Referente :

1) **SEDE DOLORE:**

IRRADIAZIONE:

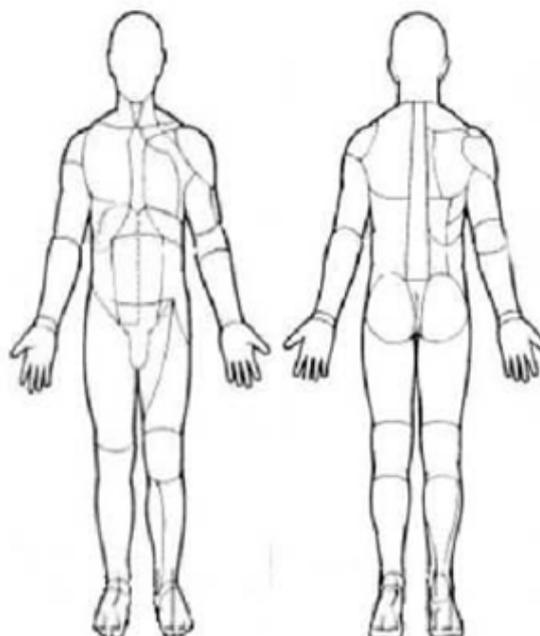
2) **SOSPETTA CAUSA:**

- compressione delle radici nervose
- interessamento del tessuto osseo
- ostruzioni vasali ■ necrosi ■ infezioni
- fratture patologiche ■ radioterapia ■ chemioterapia

3) **POSSIBILE QUALITA:**

- dolore nocicettivo
- dolore neuropatico
- dolore viscerale

4) **INTENSITA DOLORE:** scala NRS (NUMERAL RATING SCALE)



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5) **TEMPORALITÀ:**

Dolore continuo ■ ACUTO (inferiore ad 1 mese) ■ CRONICO (superiore ad 1 mese)	Dolore episodico ■ LENTO ■ RAPIDO ■ DOLORE INCIDENTE (BREAKTHROUGH CANCER PAIN BTCP) numero episodi /24 h ■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4
---	--

6) **INSORGENZA:** ■ P ULSANTE ■ TRAFITTIVO ■ ALTRO.....

7) **ATTUALE TERAPIA ANTIDOLORIFICA:**

ANALGESICI ANTIPIRETTICI ANTINFIAMMATORI	OPPIOIDI PER IL DOLORE MODERATO	OPPIOIDI PER IL DOLORE SEVERO
.....
.....

8) **VIA DI SOMMINISTRAZIONE:**

ORALE	SOTTOCUTE	SUBLINGUALE	ENDOVENOSA	RETTALE	TRANSDERMICA
-------	-----------	-------------	------------	---------	--------------	-------

DATA RILEVAZIONE DOLORE:

ORA :

FIRMA:

Istruzioni per la misurazione dell'intensità del dolore nel paziente adulto

Per ottenere una misurazione dell'intensità del dolore il più possibile e affidabile, è indispensabile utilizzare sempre lo stesso strumento e la stessa modalità di rilevazione. È importante per tanto seguire delle semplici regole:

- rilevazione dell'intensità del dolore almenoal giorno (definire con precisione quando)
- presentare a tutti i pazienti le istruzioni oralmente, eventualmente, se ritenuto utile, accompagnate dal supporto visivo (scala numerica su cartoncino)
- Istruzioni verbali: "mi indichi, per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al peggiore dolore possibile"
- Se il paziente divaga, rispondendo ad esempio con descrizioni verbali (es. Sì, ho un po di dolore, ma non tanto") richiamarlo con calma alle istruzioni: "Me lo indichi per cortesia con un numero da 0 a 10"
- Specificare sempre l'unità temporale di riferimento nella misurazione dell'intensità del dolore: es: "in questo momento", "nelle ultime 24 ore", ecc.
- Mai suggerire la risposta al paziente (es. il personale non deve mai dire: Ha detto che ha un po male, quindi sarò circa 2 o 3, vero?) e tanto meno fare la valutazione a suo posto presumendo di conoscere come si sente
- Se il paziente dice di non aver compreso le istruzioni, usare esempi semplici, come: "Immagini che questo sia un termometro per valutare il dolore; più il numero è alto e più il dolore è forte". Non usare l'esempio dei voti a scuola, perchè può confondere; a scuola rappresenta un evento positivo mentre nel nostro caso 10 corrisponde a un evento altamente negativo).
- Se il paziente contesta l'istruzione, dicendo per es. che lui non può sapere qual è il dolore peggiore in assoluto, ricordagli che si tratta di una valutazione soggettiva e personale; chiedere di fare riferimento a quello che lui immagina poter essere il peggior dolore possibile
- Non mostrare e riferire al paziente la valutazione del dolore data in precedenza, anche se lui stesso ne fa richiesta; rispondere che per noi è importante avere la sua valutazione del dolore in quel preciso momento
- Non fare commenti sulla risposta data dal paziente (dire solo "va bene" oppure "ho capito"). La valutazione del paziente non va mai contestata. Per es. non va mai

detto: "ma come! se prima mi ha detto che il dolore era 6, come fa a dirmi che adesso è 8, dopo aver assunto un analgesico? E' impossibile!!"

- Ricordare sempre che la valutazione del dolore fatta dal paziente può essere influenzata da molteplici fattori soggettivi e che lo strumento di misura che noi utilizziamo non è un vero "termometro". Quando le valutazioni del paziente risultano incongruenti può essere interessante cercare di capire perché questo avviene: sono presenti convinzioni o paure che possono condurlo a sovra- o sotto- stimare l'intensità del dolore?

- Attenzione a non fornire vantaggi secondari di tipo attenzionale - relazionale alle lamentele di dolore. Alcuni pazienti possono sentirsi gratificati dall'ottenere attenzioni particolari dallo staff di cura, accentuando a tal fine il comportamento manifesto di dolore. L'attenzione dell'operatore deve essere rivolta alla persona e al suo dolore / sofferenza, ma non necessariamente al comportamento da dolore.

- Annotare la risposta i grafica nel modo seguente (da definire in u.o.):.....

- Se l'intensità del dolore è pari o superiore a , riferire prontamente la risposta del paziente in modo che il dolore possa essere gestito secondo la raccomandazioni di trattamento previste.

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL PATRIMONIO VENOSO

Sig./Sig.ra _____ N. c. c. _____
 Data di nascita ___/___/____ Data di ricovero ___/___/____
 Diagnosi _____
 Intento Trattamento CHT Adiuvante/Neoadiuvante Palliativo
 Data valutazione ___/___/____ Firma/Sigla Infermiere _____

A) FATTORI CORRELATI AL PAZIENTE		
1. KPS	70 -100%	0
	< 70%	1
2. ETÀ	≤ 70 ANNI	0
	> 70 ANNI	1
3. ALTERAZIONI SENSORIE E MOTORIE	ASSENTI	0
	PRESENTI	2
4. DIABETE	ASSENTE	0
	PRESENTE	2
5. COMORBIDITÀ RILEVANTI <small>PATOLOGIE CIRCOLO VENOSO PERIFERICO, NEUROPAIE PERIFERICHE, TRATTAMENTO DIALITICO CON FAV, IMMUNODEPRESSIONE, STAFILOCOCCO AUREUS METICILINO RESISTENTE, DISTURBI COAGULATIVI, OBESITÀ, AGITAZIONE PSICO-MOTORIA, AFFEZIONI CUTANEE</small>	ASSENTI	0
	PRESENTI (ANCHE SOLO UNA COMORBIDITÀ)	1

A) Fattori correlati al paziente = tot _____ /7

B) FATTORI CORRELATI ALLE CONDIZIONI DEL CIRCOLO VENOSO PERIFERICO		
1. FISILOGIA DEL SISTEMA VENOSO PERIFERICO	<input type="checkbox"/> VENE POCO VISIBILI E/O POCO PALPABILI	1
	<input type="checkbox"/> VENE TORTUOSE/MOBILI	1
	<input type="checkbox"/> VENE DI PICCOLO CALIBRO	1
2. ALTERAZIONI DEL SISTEMA VENOSO PERIFERICO	<input type="checkbox"/> SEGNI DI PRECEDENTI DI VENIPUNTURE (ECCHIMOSI/EMATOMI)	1
	<input type="checkbox"/> SEGNI DI FLEBITE/INFILTRAZIONI /STRAVASI	1
	<input type="checkbox"/> VENE DURE E SCLEROTICHE	1
3. CONDIZIONI ARTI SUPERIORI	ENTRABI GLI ARTI SUPERIORI DISPONIBILI	0
	UN SOLO ARTO SUPERIORE DISONIBILE (PER INFEDEMA, FRATTURE, ETC)	1

B) Fattori correlati alle condizioni del circolo venoso periferico = tot _____ /7

MODULO VALUTAZIONE PATRIMONIO VENOSO - ONCOLOGIA

C) FATTORI CORRELATI AL TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO

1. NUMERO DI LINEA DI TRATTAMENTO	1° LINEA	0
	>= 2° LINEA	1
2. DURATA PREVISTA DEL TRATTAMENTO	< 6 MESI	0
	>= 6 MESI	1
3. SCHEDULA DI SOMMINISTRAZIONE	RICICLO D1 Q21/Q28 0	0
	RICICLO SETTIMANALE (Q7)/QUINDICINALE (Q14)/RICICLO D1, 8 Q21	1
4. TIPO DI FARMACI	NEUTRO/I O (PH 5 – 9; OSMOLARITÀ < 500 – 600 MOSM/L)	0
	IRRITANTE/I O PH < 5 O > 9	1
	IRRITANTE O OSMOLARITÀ > 600 MOSM/L	1
	INFUSIONE E MODERIVATI	1
	INFUSIONE TRAMITE POMPA	1
	> 4 SOMMINISTRAZIONI FARMACI A BOLO	1

C) Fattori correlati al trattamento = tot _____ / 8

Punteggio globale fattori A + B + C _____ /

Legenda Punteggio:

0-4 = indicato AVP con monitoraggio delle complicanze
 5-10 = non indicato AVP; indicato posizionamento Midline o PICC con valutazione della durata del trattamento e delle preferenze del paziente
 > 10 = non indicato AVP; indicato posizionamento di AVC. La scelta del tipo di device per l'AVC deve avvenire sulla base delle preferenze del paziente e del tipo di trattamento in corso

Note – Osservazioni ulteriori

valutazione infermieristica per l' invio allo psicologo e/o all'assistente sociale

COGNOME NOME _____ ETA' _____ SEZIONE _____

AREA BIOLOGICA - Indicatori	SI	NV
A. E' presente o prevedibile un grave/invalidante deficit o mutamento corporeo?		
B. Sono presenti sintomi rilevanti ?		
C. E' presente o prevedibile una rapida progressione di malattia?		
D. Sono presenti importanti difficoltà nutrizionali e/o significativa alterazione di peso?		
E. E' presente un indice di <u>Karnofsky</u> < a 70 ?		
F. Vi sono casi di tumore in famiglia?		
AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA - Indicatori		
A. Ha mai sofferto di depressione o altri disturbi psichici o difficoltà cognitive?		
B. E' o è stato seguito dai Servizi di Salute Mentale o NPI ?		
C. Assume o ha assunto farmaci per ansia o depressione?		
D. E' presente un evidente stato di ansia /depressione/negazione eccessivi rispetto alla situazione?		
E. Usa o ha usato sostanze o alcol in modo dipendente?		
F. Vi è un'esplicita richiesta di aiuto da parte del paziente o dei familiari?		
AREA SOCIALE – Indicatori di fragilità familiare		
A. Il <u>caregiver</u> è assente o in difficoltà?		
B. E' presente uno stato di gravidanza/ puerperio?		
C. Ci sono figli minori in famiglia?		
D. Sono presenti disabili psichici/ fisici in famiglia?		
E. E' in carico al servizio sociale territoriale?		
F. Ha una situazione abitativa critica ?		
G. Ha una situazione economica critica ?		
H. E' Cittadino Straniero irregolare?		
I. La famiglia ha/ha avuto esperienze traumatiche o lutti importanti?		

Note:

DATA

FIRMA INFERMIERE

L'infermiere segnalerà allo psicologo i casi in cui compaiano più di un SI in Area Psicologica oppure un SI in Area Psicologica + uno o più SI in altre Aree o anche un solo SI in Area Psicologica se valutato molto rilevante. Se non compaiono "sì" in Area Psicologica, l'infermiere segnalerà eventuali criticità al servizio sociale o al medico. In assenza di indicatori positivi il paziente verrà ritenuto "non complesso" dal punto di vista psicosociale e la valutazione verrà ripetuta al successivo step del percorso di cura o in occasione di eventi avversi anche psicosociali noti (v. PDTA complessivo), applicando la scheda comprensiva dell'Area assistenziale.