



Scheda di
Valutazione
Infermieristica
presso il C.A.S.
*Un punto di vista
psicologico*

Dott. Marco Gonella

S.S. Psicologia Aziendale A.S.L. Città
di Torino

Premessa

Proporrò **un punto di vista psicologico** evidenziando:

- Alcune funzioni di aiuto psicologico, che la valutazione infermieristica svolge a vantaggio del paziente e dei suoi familiari.
- Alcune funzioni di integrazione dell'informazione, che la valutazione infermieristica svolge a supporto del lavoro dei professionisti dell'équipe multidisciplinare oncologica.



...inatteso, inutile, insensato...
come un amo tira un pesce

«In quella sua prima sera nella corsia, Pavel Nikolaevič nel giro di poche ore fu preso dall'orrore.

Il duro groppo del tumore, inatteso, inutile, insensato, che non giovava a nessuno lo aveva tirato sin lì, come un amo tira un pesce, e lo aveva gettato su quel letto di ferro, stretto, misero, dalla rete cigolante e lo smilzo materassino.

Era bastato cambiarsi nel sottoscala, congedarsi dai suoi, e salire nella corsia, perché tutta la sua vita precedente si chiudesse di schianto, e se ne aprisse qui un'altra, così disgustosa, da incutergli un orrore più forte di quello che gli procurava il tumore stesso».

(Aleksandr Solženicyn, *Reparto C*)

Introduzione (1)

Unmet needs

- La cura del tumore può definirsi efficace e di qualità quando, oltre all'erogazione delle terapie anti-cancro, si orienta al riconoscimento e alla soddisfazione dei bisogni di salute del paziente e dei suoi caregiver, nelle diverse fasi di malattia (Gysels et al., 2004; Harrison et al., 2009).
- I bisogni di informazione, di relazione, quelli psicologici relazionali e materiali (trasporti, assistenza domestica, fornitura di parrucche e protesi), se insoddisfatti, possono avere un effetto dannoso sul benessere dei pazienti (Newell et al., 1999; Harrison et al, 2009) correlano positivamente con ansia e depressione (Ferrari et al., 2019).
- Il riconoscimento precoce dei sintomi di sofferenza migliora la qualità della vita ed è associato a una maggiore aderenza ai trattamenti con conseguente miglioramento della sopravvivenza (Harrison et al, 2009).
- La valutazione dei bisogni insoddisfatti può fornire l'impulso a ridisegnare i servizi e migliorare le risorse per le persone con **cancro** (Harrison et al, 2009).

Introduzione (2)

Comunicazione di bad news

- Una scorretta comunicazione di cattive notizie genera un'insoddisfacente gestione della fase avanzata di malattia, con aumento dei ricoveri non necessari (Seale et al. 1997; Aabom et al. 2005), maggiore mortalità ospedaliera, mancato o ritardato avvio delle cure palliative, cattivo controllo dei sintomi, minore pianificazione delle cure di fine vita, riduzione delle scelte del paziente (Hak 2000; Aabom et al. 2005), maggiore stress, frustrazione e incertezza, senso di abbandono tra i pazienti (Gaston, Mitchell 2005; Di Giacomo et al. 2012) e accresciuto stress tra gli operatori (Brown et al. 2009).
- Quando la comunicazione di bad news viene effettuata con tatto, gradualità e rispondenza alle linee guida, riduce l'ansia (Gaston et al., 2005) e lo stress emotivo (Chochinov et al. 2000; Daugherty, et al., 2008), aumenta la soddisfazione per le cure (Gaston, Mitchell 2005), sviluppa una maggiore fiducia nel trattamento e migliora le strategie di coping (Butow et al., 2002).

Cognome e nome _____

VALUTAZIONE BIO-PSICO-SOCIALE

AREA BIOLOGICA – Indicatori	Si/No/NV	Impatto sulla vita (da compilare solo dai professionisti di riferimento)
A. E' presente o prevedibile un grave/invalidante deficit o mutamento corporeo?		0. Nessuna disfunzione
B. E' presente o prevedibile una rapida progressione di malattia?		
C. Vi sono casi di tumore in famiglia?		2. Disfunzione con effetti nella quotidianità
D. E' presente un indice di Karvnofsky < a 70?		3. Effetti permanenti e invalidanti
E. Sono presenti sintomi rilevanti ?		
AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA – Indicatori	Si/No/NV	Impatto sulla vita
A. Il paziente ha mai sofferto di depressione o altri disturbi psichici o cognitivi?		0. Nessuna vulnerabilità
B. E' o è stato seguito dai Servizi di Salute Mentale o NPI ? (anche A)		
C. Assume o ha assunto farmaci per ansia o depressione?		1. Lieve rischio: bisogno monitoraggio, prevenzione
D. E' presente un evidente stato di ansia /depressione/negazione eccessivi rispetto alla situazione?		
F. Usa o ha usato sostanze o alcol in modo dipendente? (anche A)		2. Rilevante rischio: bisogno intervento
G. Vi è un'esplicita richiesta di aiuto da parte del paziente o dei familiari?		
I. La famiglia ha/ha avuto esperienze traumatiche o lutti importanti?		3. Grave rischio: intervento immediato/ intensivo
AREA SOCIALE – Indicatori	Si/No/NV	Impatto sulla vita
A. Il caregiver è assente o in difficoltà? (A ,anche P)		0. Rischio sociale assente
B. E' presente uno stato di gravidanza/ puerperio? (A, anche P)		
C. Sono presenti figli minori in famiglia? (A anche P)		1. Lieve rischio: bisogno monitoraggio, prevenzione
D. Sono presenti disabili psichici/ fisici in famiglia? (A anche P)		2. Rilevante rischio: bisogno intervento
E. E' persona in carico al servizio sociale territoriale? (A)		
F. Ha una situazione abitativa critica?* (A)		3. Grave rischio: bisogno intervento immediato/ intensivo
G. Ha una situazione economica critica ?** (A)		
H. E' Cittadino Straniero irregolare? (A)		

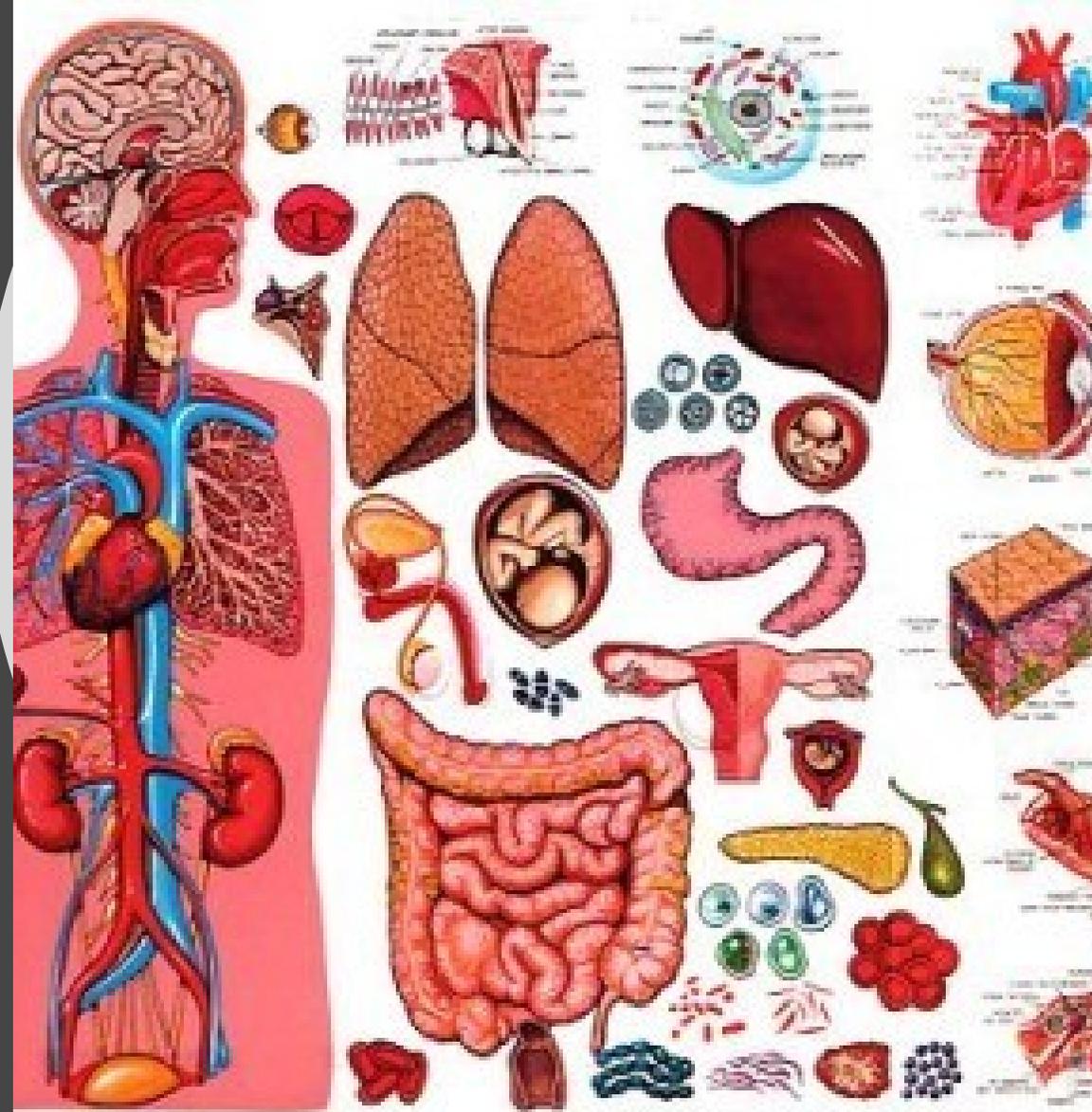
In presenza di un sì alla domanda E. dell'"Area biologica" si suggerisce per i sintomi segnalati di riassumere brevemente qui sotto i problemi evidenziati e la successiva compilazione delle rispettiva area nella Scheda allegata in appendice, consigliata dalla Rete Oncologica, o in altra cartella infermieristica adottata a livello aziendale _____

Può contribuire al riconoscimento e alla soddisfazione dei bisogni insoddisfatti del paziente oncologico e dei suoi familiari?

Può costituire una base da cui partire per costruire processi di comunicazione, graduali e ed efficaci al fine di facilitare la presa di consapevolezza dei pazienti e dei loro caregiver?

AREA BIOLOGICA

- La **consapevolezza** della propria condizione di malattia permette al paziente un **maggior controllo**, una **progettazione sul proprio futuro** (anche economica), una **definizione delle priorità** (Johnston et al., 2000; Butow et al. 2002; Kirk et al. 2004; Gaston et al., 2005). Consente inoltre di intraprendere azioni precauzionali a tutela della propria e altrui sicurezza in previsione dei propri deficit (Karnieli Miller et al. 2007).



AREA BIOLOGICA – Indicatori	Si/No/NV	<i>Impatto sulla vita (da compilare solo dai professionisti di riferimento)</i>
A. E' presente o prevedibile un grave/invalidante deficit o mutamento corporeo?		<i>0. Nessuna disfunzione</i>
B. E' presente o prevedibile una rapida progressione di malattia?		
C. Vi sono casi di tumore in famiglia?		<i>2. Disfunzione con effetti nella quotidianità</i>
D. E' presente un indice di Karvnofsky < a 70?		<i>3. Effetti permanenti e invalidanti</i>
E. Sono presenti sintomi rilevanti ?		

- Consente di sensibilizzare l'équipe multidisciplinare alla **necessità di preparare**, con il tatto e la gradualità necessari, il paziente e i suoi familiari a potenziali esiti negativi della malattia oncologica.
- Grazie all'aver "messo su carta", fin dall'inizio del percorso oncologico, ciò che andrà a peggiorare, permette anche agli operatori sanitari di prepararsi essi stessi al peggioramento, **limitando l'amplificarsi dell'effetto sorpresa** per i destinatari delle loro cure.



~~...inatteso~~, inutile, insensato...
come un amo tira un pesce

«In quella sua prima sera nella corsia, Pavel Nikolaevič nel giro di poche ore fu preso dall'orrore.

Il duro groppo del tumore, inatteso, inutile, insensato, che non giovava a nessuno lo aveva tirato sin lì, come un amo tira un pesce, e lo aveva gettato su quel letto di ferro, stretto, misero, dalla rete cigolante e lo smilzo materassino.

Era bastato cambiarsi nel sottoscala, congedarsi dai suoi, e salire nella corsia, perché tutta la sua vita precedente si chiudesse di schianto, e se ne aprisse qui un'altra, così disgustosa, da incutergli un orrore più forte di quello che gli procurava il tumore stesso».

(Aleksandr Solženicyn, *Reparto C*)

AREA BIOLOGICA – Indicatori	Si/No/NV	<i>Impatto sulla vita (da compilare solo dai professionisti di riferimento)</i>
A. E' presente o prevedibile un grave/invalidante deficit o mutamento corporeo?		<i>0. Nessuna disfunzione</i>
B. E' presente o prevedibile una rapida progressione di malattia?		
C. Vi sono casi di tumore in famiglia?		<i>2. Disfunzione con effetti nella quotidianità</i>
D. E' presente un indice di Karvnofsky < a 70?		<i>3. Effetti permanenti e invalidanti</i>
E. Sono presenti sintomi rilevanti ?		



- È un'opportunità di **conoscere le capacità funzionali perdute** e di consentire l'inizio di una narrazione su «*chi si è stati*», ma è anche un'occasione di **fornire una fotografia delle capacità funzionali residue**, oggettivata dallo sguardo del professionista sanitario, che consente l'inizio di una narrazione su «*chi si è ancora*».
- È una possibilità di osservare come paziente e caregiver reagiscono alla vista di questa fotografia e di **formulare una prima ipotesi sul livello di consapevolezza** e di accordo degli interlocutori rispetto all'impatto del cancro sull'autonomia.
- Tedeschi e Calhoun hanno suggerito che la frantumazione delle ipotesi di base nella vita e la consapevolezza delle proprie vulnerabilità potrebbe innescare un **processo di auto-maturazione etichettato come crescita post-traumatica** (PTG) (Casellas-Grau et al., 2017).



~~...inatteso, inutile~~, insensato...
come un amo tira un pesce

«In quella sua prima sera nella corsia, Pavel Nikolaevič nel giro di poche ore fu preso dall'orrore.

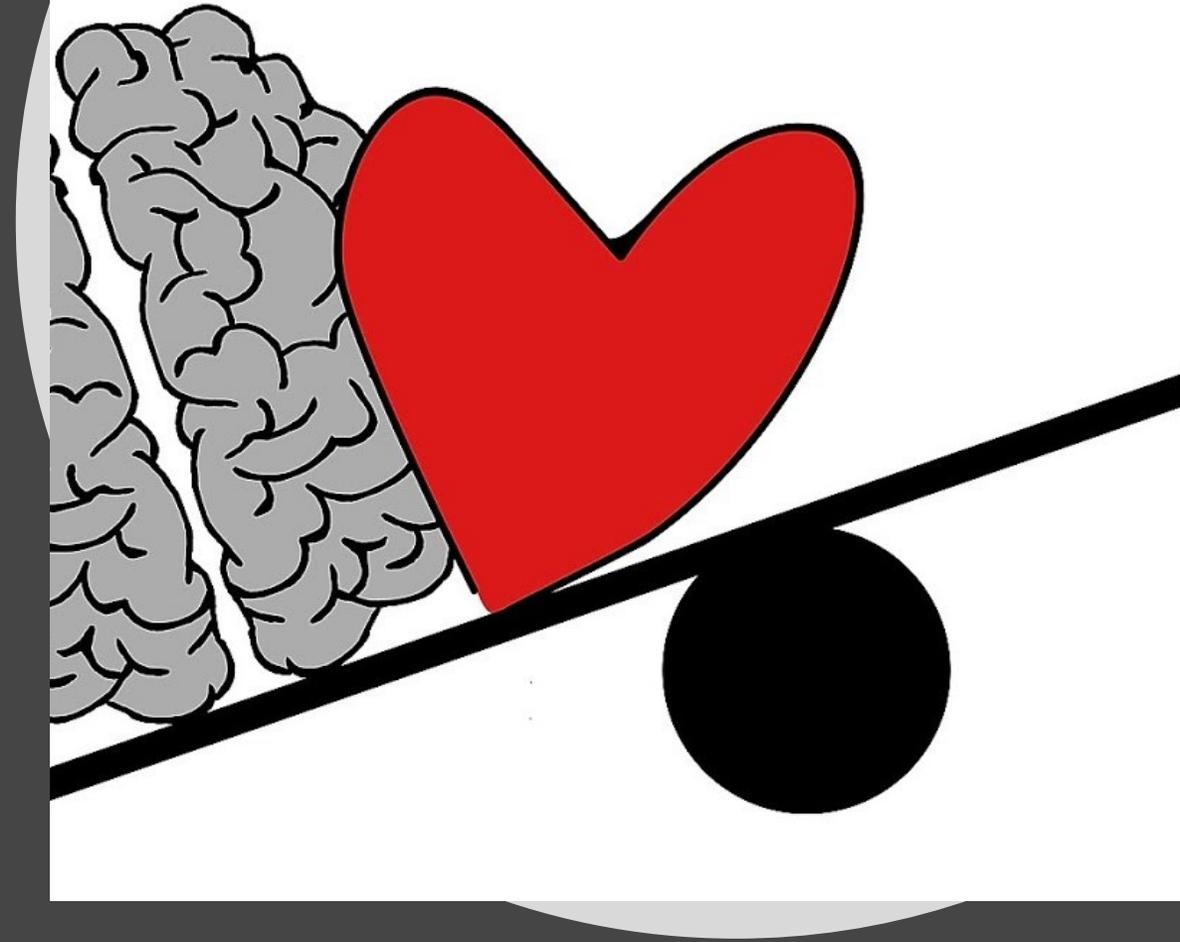
Il duro groppo del tumore, inatteso, inutile, insensato, che non giovava a nessuno lo aveva tirato sin lì, come un amo tira un pesce, e lo aveva gettato su quel letto di ferro, stretto, misero, dalla rete cigolante e lo smilzo materassino.

Era bastato cambiarsi nel sottoscala, congedarsi dai suoi, e salire nella corsia, perché tutta la sua vita precedente si chiudesse di schianto, e se ne aprisse qui un'altra, così disgustosa, da incutergli un orrore più forte di quello che gli procurava il tumore stesso».

(Aleksandr Solženicyn, *Reparto C*)

AREA PSICOLOGICA

- Sia prima che dopo la diagnosi oncologica aumentano i rischi di depressione, ansia, disturbo dell'adattamento e abuso di sostanze (Lu et al., 2016).
- Meno del 10% dei pazienti richiede spontaneamente un supporto psicologico e, quando c'è un ritardo nella richiesta di aiuto laddove ce ne sarebbe bisogno, può peggiorare la condizione di malattia, diminuire la compliance al trattamento e aumentare la mortalità (Anuk et al., 2019).
- L'ansia e la depressione in oncologia sono diagnosticate in modo insufficiente. Lo screening dovrebbe far parte di una valutazione infermieristica precoce per identificare coloro che possono beneficiare di interventi psicologici adeguati (Milligan et al., 2018).



AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA – Indicatori	Sì/No/NV	<i>Impatto sulla vita</i>
A. Il paziente ha mai sofferto di depressione o altri disturbi psichici o cognitivi?		<i>0. Nessuna vulnerabilità</i>
B. E' o è stato seguito dai Servizi di Salute Mentale o NPI ? (anche A)		
C. Assume o ha assunto farmaci per ansia o depressione?		<i>1. Lieve rischio: bisogno monitoraggio, prevenzione</i>
D. E' presente un evidente stato di ansia /depressione/negazione eccessivi rispetto alla situazione?		
F. Usa o ha usato sostanze o alcol in modo dipendente? (anche A)		<i>2. Rilevante rischio: bisogno intervento</i>
G. Vi è un'esplicita richiesta di aiuto da parte del paziente o dei familiari?		
I. La famiglia ha/ha avuto esperienze traumatiche o lutti importanti?		<i>3. Grave rischio: intervento immediato/ intensivo</i>

- È un **primo screening** della situazione psicologica del paziente e dei suoi familiari, oltre ad un'opportunità di mostrare l'attenzione dell'equipe curante sulle reazioni psicologiche all'evento malattia e ad un'occasione di **sensibilizzazione circa la possibilità di chiedere e ricevere aiuto**.
- Può **sfatare alcune credenze** secondo le quali gli operatori sanitari sono esclusivamente interessati a informazioni di carattere medico-biologico ed è pertanto meglio non caricarli delle proprie difficoltà emotive. Tali credenze, oltre ad ostacolare l'espressione delle emozioni, impediscono o ritardano l'esplicita richiesta d'aiuto psicologico (Butow et al. 2002).

AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA – Indicatori	Sì/No/NV	<i>Impatto sulla vita</i>
A. Il paziente ha mai sofferto di depressione o altri disturbi psichici o cognitivi?		<i>0. Nessuna vulnerabilità</i>
B. E' o è stato seguito dai Servizi di Salute Mentale o NPI ? (anche A)		
C. Assume o ha assunto farmaci per ansia o depressione?		<i>1. Lieve rischio: bisogno monitoraggio, prevenzione</i>
D. E' presente un evidente stato di ansia /depressione/negazione eccessivi rispetto alla situazione?		
F. Usa o ha usato sostanze o alcol in modo dipendente? (anche A)		<i>2. Rilevante rischio: bisogno intervento</i>
G. Vi è un'esplicita richiesta di aiuto da parte del paziente o dei familiari?		
I. La famiglia ha/ha avuto esperienze traumatiche o lutti importanti?		<i>3. Grave rischio: intervento immediato/ intensivo</i>

- Pazienti e/o familiari che abbiano vissuto esperienze traumatiche o lutti importanti iniziano l'esperienza della malattia oncologica con un sistema cervello-mente-corpo ulteriormente provato e indebolito. Una persona che ha vissuto un'esperienza di lutto complicato o prolungato può reagire attraverso una modifica della sensibilità e percezione corporea, con inquietudine motoria o passività, con un aumento del sonno oppure insonnia, attraverso disturbi cardiaci come tachicardia, ipertensione, senso di oppressione al petto, cancro, disturbi a livello dell'apparato digerente, deficit immunologici, peggioramento di patologie somatiche e ridotta qualità di vita, uso di alcol o droghe, ideazione o comportamenti suicidari. (Holland et al., 2016; Kissane, 2012).
- Poter **conoscere ed eventualmente spiegare ciò che può procurare un trauma o un lutto complicato** apre alla possibilità di **proporre al paziente e ai suoi familiari di ricevere aiuto psicologico**.

AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA – Indicatori	Sì/No/NV	<i>Impatto sulla vita</i>
A. Il paziente ha mai sofferto di depressione o altri disturbi psichici o cognitivi?		<i>0. Nessuna vulnerabilità</i>
B. E' o è stato seguito dai Servizi di Salute Mentale o NPI ? (anche A)		
C. Assume o ha assunto farmaci per ansia o depressione?		<i>1. Lieve rischio: bisogno monitoraggio, prevenzione</i>
D. E' presente un evidente stato di ansia /depressione/negazione eccessivi rispetto alla situazione?		
F. Usa o ha usato sostanze o alcol in modo dipendente? (anche A)		<i>2. Rilevante rischio: bisogno intervento</i>
G. Vi è un'esplicita richiesta di aiuto da parte del paziente o dei familiari?		
I. La famiglia ha/ha avuto esperienze traumatiche o lutti importanti?		<i>3. Grave rischio: intervento immediato/ intensivo</i>



- Scholten et al (2001 in Van Scheppingen et al., 2011) hanno mostrato come i pazienti con nuova diagnosi di cancro sembrerebbero più propensi a cercare supporto psico-sociale rispetto a quelli con malattia avanzata.
- Kadan- Lottick et al (2005 in Van Scheppingen et al., 2011) hanno evidenziato come **la discussione delle proprie preoccupazioni con gli operatori sanitari facilita la spontanea richiesta di aiuto** psicologico.
- Un percorso psicologico in oncologia può costituire per pazienti e familiari una **possibilità di trasformazione ed evoluzione del proprio modo di leggere e dare senso a quanto accade dentro e fuori di sé.**



~~...inatteso, inutile, insensato...~~

come un amo tira un pesce

«In quella sua prima sera nella corsia, Pavel Nikolaevič nel giro di poche ore fu preso dall'orrore.

Il duro groppo del tumore, inatteso, inutile, insensato, che non giovava a nessuno lo aveva tirato sin lì, come un amo tira un pesce, e lo aveva gettato su quel letto di ferro, stretto, misero, dalla rete cigolante e lo smilzo materassino.

Era bastato cambiarsi nel sottoscala, congedarsi dai suoi, e salire nella corsia, perché tutta la sua vita precedente si chiudesse di schianto, e se ne aprisse qui un'altra, così disgustosa, da incutergli un orrore più forte di quello che gli procurava il tumore stesso».

(Aleksandr Solženicyn, *Reparto C*)

AREA SOCIALE

- L'effetto dell'isolamento sociale sulla salute è paragonabile a quello causato dall'ipertensione, dalla mancanza di esercizio fisico, dall'obesità o dal fumo [...]
- La solitudine non solo modifica il comportamento, ma manifesta la sua presenza quando si misurano i livelli degli ormoni dello stress, la funzione immunitaria e quella cardiovascolare.
- Nel corso del tempo, questi cambiamenti fisiologici si combinano in modi che forse stanno spingendo milioni di persone verso una morte prematura» (Cacioppo J.T., 2013, p.13).



AREA SOCIALE – Indicatori	Sì/No/NV	Impatto sulla vita
A. Il caregiver è assente o in difficoltà? (A ,anche P)		0. Rischio sociale assente
B. E' presente uno stato di gravidanza/ puerperio? (A, anche P)		
C. Sono presenti figli minori in famiglia? (A anche P)		1. Lieve rischio: bisogno monitoraggio, prevenzione
D. Sono presenti disabili psichici/ fisici in famiglia? (A anche P)		2. Rilevante rischio:
E. E' persona in carico al servizio sociale territoriale? (A)		bisogno intervento
F. Ha una situazione abitativa critica?* (A)		3. Grave rischio: bisogno
G. Ha una situazione economica critica ?** (A)		intervento immediato/
H. E' Cittadino Straniero irregolare? (A)		intensivo

- La Solitudine diventa un problema preoccupante solo quando permane abbastanza a lungo da creare un ciclo durevole e auto rinforzante di pensieri, sensazioni e comportamenti negativi.
- Il Dolore fisico protegge l'individuo dei pericoli fisici. Il dolore sociale, noto anche come solitudine, si è evoluto per una ragione simile: perché proteggeva l'individuo dal pericolo di rimanere isolato» (Cacioppo J.T., 2013, p.15).
- Beaver et al., (2016) sottolineano come le persone siano **più propense a cercare aiuto psicologico proprio quando vi sono rete sociale ridotta, isolamento geografico o conflitti relazionali interni alla famiglia.**



~~...inatteso, inutile, insensato...~~
~~come un amo tira un pesce~~

«In quella sua prima sera nella corsia, Pavel Nikolaevič nel giro di poche ore fu preso dall'orrore.

Il duro groppo del tumore, inatteso, inutile, insensato, che non giovava a nessuno lo aveva tirato sin lì, come un amo tira un pesce, e lo aveva gettato su quel letto di ferro, stretto, misero, dalla rete cigolante e lo smilzo materassino.

Era bastato cambiarsi nel sottoscala, congedarsi dai suoi, e salire nella corsia, perché tutta la sua vita precedente si chiudesse di schianto, e se ne aprisse qui un'altra, così disgustosa, da incutergli un orrore più forte di quello che gli procurava il tumore stesso».

(Aleksandr Solženicyn, *Reparto C*)

Per concludere...



1. L'infermiere ha la possibilità di osservare uno spaccato particolare della vita della persona assistita. Oltre a garantirne la sopravvivenza insieme allo staff medico, può riconoscere i suoi bisogni di carattere psicologico e sociale e, con essi, le sue risorse soggettive: può "aiutarla a capire chi è" in un momento di crisi in cui potrebbe non sentirsi più se stessa.

2. Per l'assistito esprimere un bisogno può significare avere un'occasione di ricevere uno sguardo particolare su di sé: uno sguardo nuovo, rispetto a quello delle altre persone che appartengono alla propria rete familiare e sociale; si tratta di uno sguardo raro, specie quando tale rete è assente o fragile.



«Le domande
non sono mai
indiscrete: a
volte le risposte
lo sono» *(Oscar Wilde)*

*Grazie
per l'attenzione*

Bibliografia

Butow P.N., Dowsett S., Hagerty R., Tattersall MH. (2002). Communicating prognosis to patients with metastatic disease: what do they really want to know. *Support Care Cancer* 10: 161-168.

Chochinov H.M., Tataryn D.J., Wilson KC., Ennis,M., Lander S. (2000). Prognostic awareness and the terminally ill. *Psychosomatics* 41(6): 500-504.

Daugherty C.K., Hlubocky, F. J. (2008). What Are Terminally Ill Cancer Patients Told About Their Expected Deaths? A Study of Cancer Physicians' Self-Reports of Prognosis Disclosure. *Journal of Clinical Oncology*, 26(36): 5988–5993.

Ferrari, M., Ripamonti, C. I., Hulbert-Williams, N. J., & Miccinesi, G. (2019). Relationships among unmet needs, depression, and anxiety in non-advanced cancer patients. *Tumori Journal*, 105(2), 144-150.

Gaston C.M., Mitchell G. (2005). Information giving and decision-making in patients with advanced cancer: a systematic review. *Social Science & Medicine*, 61: 2252-2264.

Gysels M, Higginson IJ, Rajasekaran M, Davies E, Harding R (2004) Improving supportive and palliative care for adults with cancer: Research Evidence. National Institute of Clinical Excellence & Kings College London, London.

Harrison, J. D., Young, J. M., Price, M. A., Butow, P. N., & Solomon, M. J. (2009). What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 17(8), 1117-1128.

Johnston G., Abraham C. (2000). Managing awareness: negotiating and coping with a terminal prognosis. *International Journal of Palliative Nursing* 6: 485-494.

Karnieli-Miller O., Werner P., Aharon-Peretz J., Eidelman S. (2007). Dilemmas in the (un)veiling of the diagnosis of Alzheimer's disease: Walking an ethical and professional tight rope. *Patient Education and Counseling* 67: 307–314.

Kirk P., Kirk I., Kristjanson L.J. (2004). What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. *BMJ* 328: 1343.

Newell S, Sanson-Fisher RW, Girgis A, Ackland S (1999) The physical and psychosocial experience of patients attending an outpatient medical oncology department: A cross sectional study. *Eur J Cancer Care (Engl)* 8:73–82