



Modulo 007_RES
LOCANDINA



Evento residenziale
TITOLO

**L'INFERMIERE REFERENTE GIC
UROLOGICO:
QUALI COMPETENZE PER
GARANTIRE LA CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE**



DATE
15 - 22 settembre 2016

ORARIO
Dalle 9.30 alle 16.30

SEDE DEL CORSO
Torino, Via Rosmini 4/A
Terzo piano

Corso accreditato su
Sistema ECM Regione Piemonte
COD. 24041 Crediti Calcolati:18

**DALL' ACCOGLIENZA (CAS)
ALLA PRESA IN CARICO (GIC):
APPLICARE IL MODELLO
DELLA PRESA IN CARICO
LINEE DI INDIRIZZO
DEL GRUPPO INFERMIERISTICO DI RETE**



Torino, 15 Settembre 2016

Rita Reggiani

**CPSI CAS
AO Ordine Mauriziano di Torino**

DALL' ACCOGLIENZA

**Centro Accoglienza Servizi
(CAS)**



Centro Accoglienza e Servizi



Centro di riferimento in termini di
Assistenza – Orientamento – Supporto
con funzione di **coordinamento**
fra tutte le strutture e gli specialisti
coinvolti nel **percorso** del paziente
responsabile
della **presa in carico** del paziente oncologico

Centro Accoglienza e Servizi

CAS



Centro Accoglienza e Servizi

CAS

INFERMIERE

accoglienza

presa in carico

Dipartimento Interaziendale Interregionale Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta	Linee di Indirizzo per la valutazione infermieristica del paziente oncologico al Centro Accoglienza e Servizi
Gruppo Infermieristico Rete Oncologica	N. rrvisione 00 Data emissione 15 luglio 2016



Linee di indirizzo per la valutazione infermieristica del paziente oncologico al Centro Accoglienza e Servizi



informazioni utili per gestire problema assistenziale di interesse



obiettivi specifici



supporto attività



traduzione locale e implementazione nella pratica di raccomandazioni/LG

Dipartimento Interaziendale Interregionale Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta	Linee di Indirizzo per la valutazione infermieristica del paziente oncologico al Centro Accoglienza e Servizi
Gruppo Infermieristico Rete Oncologica	N. revisione 00 Data emissione 15 luglio 2016



Linee di indirizzo per la valutazione infermieristica del paziente oncologico al Centro Accoglienza e Servizi

INDICE

1. Premessa	3
2. Obiettivo	3
3. Presentazione	4
4. Metodo	4
5. Campo di applicazione	4
6. Strumento	4
7. Ambiti di valutazione	5
7.1 Valutazione bio-psico-sociale	6
7.2 Valutazione della fragilità familiare	8
7.3 Valutazione del paziente anziano	10
7.4 Valutazione del dolore	11
7.5 Valutazione per la scelta dell'accesso venoso	12
8. Monitoraggio, verifica applicazione, revisione	14
9. Conclusioni	14
10. Ricerca bibliografia	15
11. Allegati	17

Scheda di valutazione *bio-psico-sociale*



VALUTAZIONE INFERMIERISTICA: SCHEDA BIO/PSICO/SOCIALE

AREA BIOLOGICA - Indicatori	SI	NV
A. E' presente o prevedibile un grave/invalidante deficit o mutamento corporeo?		
B. Sono presenti sintomi rilevanti ? (vedi allegato)		
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 Karnofsky < a 70 ?		
F. Vi sono altri 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 eccessivo 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 caregiver 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

Segnalazione allo psicologo/psiconcologo: 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.

Segnalazione al servizio sociale o al medico: se no "sì" in Area Psicologica, altre criticità.

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 nuovi eventi

Progetto Protezione Famiglia



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 _____

Aspettative di vita
 Breve
 Media
 Lunga

Caratteristiche della famiglia anagrafica

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

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

Note libere

Nome del compilatore: servizio di riferimento

Scheda di valutazione Geriatrica



G8 Strumento di Screening per la valutazione geriatrica			
	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 >3kg 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
D	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
E	Body Mass Index ? (peso in kg/altezza in m ²)	0: BMI <19 1: BMI 19 - 21 2: BMI 21 - 23 3: BMI >23
F	Assume stabilmente più di 3 tipologie di farmaci al giorno?	0: si 1: no
G	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
H	Età	0: >85 1: 80-85 2: <80
Punteggio totale (0-17)		

Scheda di valutazione *Dolore*

SCHEDE INFERMIERISTICA VALUTAZIONE DOLORE

UNITA' OPERATIVA:

COGNOME NOME:

DATA NASCITA :

PATOLOGIA :

Medico Referente :

1) **SEDE DOLORE:**

IRRADIAZIONE:

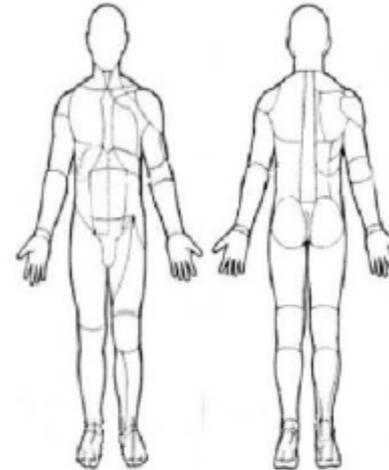
2) **SOSPETTA CAUSA:**

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

3) **POSSIBILE QUALITÀ:**

- dolore nocicettivo
- dolore neuropatico
- dolore viscerale

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



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

5) **TEMPORALITÀ:**

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

6) **INSORGENZA:** ■ PULSANTE ■ TRAFITTIVO ■ ALTRO.....

7) **ATTUALE TERAPIA ANTIDOLORIFICA:**

ANALGESICI ANTIPIRETICI ANTINFAMMATORI	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:

Scheda di valutazione Patrimonio Venoso



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	ASSENTI	0
<small>PATOLOGIE CIRCOLO VENOSO PERIFERICO, NEUROPATIE PERIFERICHE, TRATTAMENTO DIALITICO CON FAN, EMANIOEPRESIONE, STAFILOCOCCO AUREUS, METICILLINO RESISTENTE, DISTURBI COAGULATIVI, ORBITA, AZIENDAZIONE PSICO-MOTORIA, APNEA, DISTURBI CUTANEI</small>	PRESENTI (ANCHE SOLO UNA COMORBIDITÀ)	1

B) FATTORI CORRELATI ALLE CONDIZIONI DEL CIRCOLO VENOSO PERIFERICO

1. FISIOLOGIA 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 (ECCEMOSE/EMATOMI)	1
	<input type="checkbox"/> SEGNI DI FLEBITE/INFILTRAZIONI /STRAVASI	1
	<input type="checkbox"/> VENE DURE E SCLEROTICHE	1
3. CONDIZIONI ARTI SUPERIORI	ENTRambi gli arti superiori disponibili	0
	UN SOLO ARTO SUPERIORE DIZIONIBILE (PER LINFEDIMA, PIATTURE, ETC.)	1

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	NEUTROFILO (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 EMODERIVATI	1
	INFUSIONE TRAMITE POMPA	1

Note - Osservazioni ulteriori

Valutazione infermieristica



Proposta

- *supporto*
- *intervento assistenziale*

Centro Accoglienza e Servizi

CAS



MMG

INFERMIERE

SPECIALISTA

PALLIATIVISTA

ANATOMO
PATOLOGO

DIETOLOGO

PAZIENTE

RADIOLOGO

TERAPIA
ANTALGICA

MEDICO
NUCLEARE

ONCOLOGO

RADIOTERAPISTA

Caratteristiche infermiere di GIC

- Formazione e competenza specifica
- Capacità di confronto
- Capacità di ascolto
- Determinazione
- Capacità comunicative
- Capacità organizzative
- Conoscenza dei servizi offerti dalla struttura
- Conoscenza dei vari consulenti presenti nell'organico del GIC

Funzioni infermiere di GIC

- Punto di riferimento per paziente
- Collabora con tutti i colleghi (CAS e altri servizi) per la *presa in carico* e la *continuità assistenziale*
- Valuta (ri-valuta) globalmente il paziente
- Si attiva, o coinvolge i professionisti competenti, per rispondere ai bisogni
 - Fisici: nutrizione, dolore ...
 - Psicologici: paura, ansia, ...
(psiconcoloco)
 - Sociali: famiglia, casa, lavoro, ... (ass sociale)

“PRENDERSI CURA GLOBALMENTE...”

- ✓ Riconoscere tutti i bisogni del paziente
- ✓ Offrire percorso clinico assistenziale efficiente e rispettoso delle linee guida
- ✓ Minimizzare tempi d’attesa
- ✓ Favorire aderenza al follow up
- ✓ Evitare ricorso a ricoveri inappropriati
- ✓ Verificare qualità prestazioni erogate

TAKE HOME MESSAGE

**COSCIENZA
FUNZIONE
OPERATORI**

**OTTIMIZZARE
RISORSE**

**AGIRE E
PROMUOVERE
MODELLO
RETE**

**INFORMAZIONE/
FORMAZIONE**