



MODELLI ORGANIZZATIVI E PERCORSI DI RETE PER INFERMIERI COINVOLTI NELLA PRESA IN CARICO INIZIALE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO

**La valutazione infermieristica
all'inizio del percorso di cura:
presentazione del modello
valutativo**

Gianna Regis



Presa in carico iniziale

**E' il momento in cui si
gettano**

**le basi del rapporto di fiducia
tra gli Operatori Sanitari,
la persona assistita
e la sua famiglia.**

Presa in carico iniziale

Prevede le fasi di:

- **Accoglienza**
- **Conoscenza della persona e della sua famiglia**
- **Analisi delle necessità e successiva pianificazione degli interventi necessari.**

Presa in carico iniziale

- Riconoscere tutti i bisogni del Paziente (fisici, psicologici, sociali e riabilitativi)
- Offrire un percorso clinico assistenziale efficiente e rispettoso delle linee guida

**Bisogni
fisici**

**Bisogni
psicologici**

**Bisogni
sociali**

**Bisogni
riabilitativi**

“Valutare”

significa :

determinare il valore

stimare

prendere in considerazione

...domande...

**Perché è importante
la valutazione iniziale
dei bisogni della
Persona con malattia
oncologica ?**

...domande...

**Come, quando e
da chi va fatta tale
valutazione ?**

...domande...

**Quali strumenti
la Rete Oncologica
mette a disposizione
per la valutazione?**

Le schede

- **Valutazione del patrimonio venoso**
- **Valutazione del dolore**
- **G8 : valutazione geriatrica**
- **Valutazione infermieristica per l'invio allo Psicologo e/o all'Assistente Sociale**
- **Progetto Protezione Famiglia: Scheda di individuazione delle fragilità**

... la cassetta degli attrezzi

...



Le schede di valutazione infermieristica

La cura del Paziente oncologico deve necessariamente prevedere l'intervento di diverse figure professionali le cui competenze concorrono ad assicurare un'assistenza globale, continua e coerente.

Un'accurata valutazione precoce garantisce una personalizzazione del PDTA, delle possibili opzioni terapeutiche e del loro rapporto rischio/beneficio.

... è importante che ... l'abito
sia cucito su misura ...



Accertamento

Accertamento = raccolta sistematica di dati oggettivi e soggettivi .

Consente di raccogliere informazioni per individuare i problemi delle persone e le relative motivazioni che vi sono alla base

- raccolta dati
- analisi dati



Accertamento

**Ha lo scopo di identificare
reali o potenziali
problemi di salute dell'utente,
che l'infermiere dovrà
essere in grado di affrontare.**

Accertamento

- **L'accertamento serve inoltre a indagare il grado di autonomia dell'individuo nel soddisfacimento del bisogno, al fine di poter esprimere un giudizio infermieristico clinico e pianificare così azioni che siano di sostegno, guida, compensazione o sostituzione.**
- **La raccolta dei dati avviene durante ogni interazione tra infermiere e paziente e tramite la consultazione delle altre fonti disponibili.**

Accertamento

- **I dati dell'accertamento devono essere raccolti e ordinati in modo da prevenire l'omissione di informazioni utili per la formulazione della fase successiva del processo di nursing e cioè la diagnosi.**
- **Per organizzare i dati si possono usare dei modelli di riferimento (es. Modelli funzionali di Gordon)**

Le schede di valutazione infermieristica

- Gli strumenti di valutazione non sostituiscono il giudizio clinico e le preferenze del paziente.
- Il loro utilizzo può sviluppare un modello interpretativo e giustificativo in grado di descrivere e predire l'assistenza infermieristica al paziente candidato a trattamento chemioterapico.

La valutazione del patrimonio venoso



La valutazione del patrimonio venoso

- L'uso di un algoritmo per la pianificazione dell'accesso vascolare riduce le complicanze, il tempo impiegato per l'assistenza e le giornate di degenza (Barton, 2008; Galloway, 2002)
- L'individuazione di un accesso venoso adeguato è una delle attenzioni principali nella cura del paziente e l'Infermiere è il professionista maggiormente coinvolto, per stimare i fattori che precedono la selezione del dispositivo vascolare, come la durata e il tipo di terapia, le condizioni delle vene periferiche del paziente (Winslow, 1995)



La valutazione del patrimonio venoso

- Alcuni dati dalla letteratura Nursing Best Practice Guideline “Assessment and device selection for vascular access” dell’RNAO, raccomandano:

“ tutti i Pazienti che necessitano di un accesso vascolare, indipendentemente dalla durata della terapia, richiedono l'uso di un approccio strutturato per facilitare una valutazione globale del Paziente e lo sviluppo di un piano assistenziale prima dell'inizio della terapia “



La valutazione del patrimonio venoso

Per determinare il dispositivo vascolare più appropriato, l'infermiere deve considerare i seguenti fattori:

- a) Terapia prescritta
- b) Durata della terapia
- c) Valutazione delle condizioni fisiche del paziente
- d) Storia clinica del paziente
- e) Risorse disponibili per la gestione
- f) Disponibilità del dispositivo
- g) Preferenze del paziente



La valutazione del patrimonio venoso

- Farmaco irritante = se stravasato può causare calore e infiammazione nel sito di infusione o lungo la vena; non provoca distruzione tissutale .
- Farmaco vescicante e necrotizzante = se stravasato, può determinare un danno cellulare, distruzione tissutale con dolore severo o prolungato



La valutazione del patrimonio venoso

- La scheda fornisce un'indicazione al tipo di accesso:
- periferico,
- periferico a medio termine,
- centrale.



La valutazione del patrimonio venoso

- La scheda **NON** va compilata ai Pazienti candidati a trattamento chemioterapico con farmaci vescicanti / necrotizzanti: il trattamento con questa tipologia di farmaci orienta prioritariamente al posizionamento di un **accesso venoso centrale**

Le terapie NON appropriate per i cateteri venosi periferici includono:

- terapia con farmaci vescicanti / necrotizzanti,
- NPT,
- infusioni con $\text{ph} < 5$ e > 9 ,
- infusioni con osmolarità > 600 mOsm/L.

(Categoria IV Guideline INS, 2011)



La valutazione del patrimonio venoso

- La scheda comprende :

❖ Fattori correlati al Paziente

- età,
- alterazioni sensoriali e motorie,
- diabete,
- comorbilità rilevanti,...



La valutazione del patrimonio venoso

❖ Fattori correlati alle condizioni del circolo venoso periferico

- vene poco visibili e/o poco palpabili,
- vene tortuose/mobili,
- vene di piccolo calibro,
- segni di precedenti venipunture ,
- disponibilità di entrambe gli arti superiori o solo uno,...



La valutazione del patrimonio venoso

❖ Fattori correlati al trattamento chemioterapico

- numero di linea di trattamento,
- durata prevista del trattamento,
- schedula di somministrazione (ogni 7 gg, ogni 21 gg,..)
- Tipo di farmaci (irritante, emoderivati, tramite pompa, a bolo,..)



La valutazione del patrimonio venoso

- Ad ogni item viene attribuito un valore (0 o 1) e la somma di questi valori darà luogo al punteggio finale :
- **0 – 4** : indicato AVP con monitoraggio delle complicanze
- **5 – 10** : non indicato AVP. Indicato Midline o PICC con la valutazione della durata del trattamento e delle preferenze del Paziente.
- **> 10** : non indicato AVP. Indicato AVC. La scelta del tipo di device per l'ACV deve avvenire sulla base preferenze del Paziente e del tipo di trattamento.



SCHEDA INFERMIERISTICA VALUTAZIONE DEL DOLORE



SCHEDA INFERMIERISTICA VALUTAZIONE DEL DOLORE

- Che cos'è il dolore ?
- “ Il dolore è un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a un danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno”

Definizione della IASP (*International Association for the Study of Pain* - 1986)
e dell'Organizzazione mondiale della sanità.



SCHEMA INFERMIERISTICA VALUTAZIONE DEL DOLORE

- Da cosa dipende il dolore oncologico ?
- Il dolore oncologico può dipendere dalla malattia o anche dai suoi trattamenti.
- La massa tumorale può provocare dolore in vari modi, ostruendo visceri come l'intestino, comprimendo o infiltrando il tessuto nervoso stesso oppure ossa, articolazioni o altri tessuti innervati. Inoltre la sensazione dolorosa può essere evocata dalla distensione della capsula che riveste alcuni organi (è il caso del fegato) o dalla pressione su cavità chiuse come il sistema nervoso centrale, a causa dell'aumento di volume occupato dal tumore che cresce.



SCHEDA INFERMIERISTICA

VALUTAZIONE DEL DOLORE

- Talvolta sono gli stessi trattamenti usati per combattere la malattia a provocare dolore acuto o cronico, di minore o maggiore intensità.
- Il dolore post operatorio dopo un intervento chirurgico in genere si può controllare e passa in pochi giorni, ma talvolta può provocare lesioni nervose che si manifestano con sensazioni dolorose e possono permanere anche a distanza di mesi dalla fine delle cure, senza che ciò significhi un ritorno della malattia.
- Lo stesso fenomeno può essere provocato dalla radioterapia, che può anche arrossare, irritare e bruciare la pelle oppure provocare cicatrici dolorose.
- Alcuni farmaci usati in chemioterapia possono provocare bruciore nella sede di iniezione, intorpidimenti e formicolii alle mani e ai piedi; altri possono favorire la formazione di afte in bocca così fastidiose da ostacolare l'alimentazione e la deglutizione.
- Di questi possibili effetti collaterali si tiene conto valutando i pro e i contro di ogni trattamento.



SCHEDA INFERMIERISTICA

VALUTAZIONE DEL DOLORE

Come e perché si misura il dolore prima e durante la terapia ?

- Non esiste un esame strumentale che consenta di misurare il dolore che è un'esperienza del tutto soggettiva. Tuttavia è molto importante conoscere bene le caratteristiche del sintomo, attraverso una serie di domande rivolte al Paziente, per cercare di capire quali ne potrebbero essere le cause, ed eventualmente, se possibile, rimuoverle.
- Occorre anche una valutazione quantitativa, cioè stabilire l'intensità del dolore avvertito dal Paziente, per capire se la cura funziona e quando eventualmente occorre cambiarla. Per questo si usano in genere delle scale di diverso tipo, che possono essere verbali (da "nessun dolore" a "insopportabile"), numeriche (da 0 a 10) o analogiche visive, attraverso disegni, utili soprattutto con i bambini.



SCHEDA INFERMIERISTICA VALUTAZIONE DEL 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 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) ■ CRONICO (superiore ad 1 mese)
- ■ LENTO ■ RAPIDO
- ■ DOLORE INCIDENTE (BREAKTHROUGH CANCER PAIN BTcP) numero episodi /24 h ■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4
- **6) INSORGENZA:** ■ PULSANTE ■ TRAFITTIVO ■ ALTRO.....
- **7) ATTUALE TERAPIA ANTIDOLORIFICA:**
- ANALGESICI ANTIPIRETICI ANTINFIAMMATORI OPIOIDI PER IL DOLORE MODERATO
- OPIOIDI PER IL DOLORE SEVERO
-
- **8) VIA DI SOMMINISTRAZIONE:** ORALE SOTTOCUTE SUBLINGUALE ENDOVENOSA RETTALE TRANSDERMICA
-
- **DATA RILEVAZIONE DOLORE:**..... **ORA :** **FIRMA:**.....

G8 : valutazione geriatrica



G8 : valutazione geriatrica

- Destinatari: pazienti con diagnosi di neoplasia con età ≥ 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-Geriatrica per valutazione se GIC o MMG/CP)

G8 : valutazione geriatrica

	Domande	Risposte	Punteggio
	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
	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
	Movimento	0: letto o poltrona 1: in grado di alzarsi dal letto/sedia ma senza uscire 2: esce
	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
	Body Mass Index (peso in kg/altezza in m2)	0 : BMI < a 19 1 : BMI da 19 a 21 2 : BMI da 21 a 23 3: BMI > 23
	Assume stabilmente più di 3 tipologie di farmaci al giorno?	0: si 1: no
	In confronto alle altre persone della stessa età come considera il paziente il suo stato di salute?	0: si 1: no
	Età	0: non buono 0,5: ignoto 1 : buono 2: ottimo
	Punteggio totale (0-17)	0: >85 1: 80-85 2: < 80

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA PER L'INVIO DEL PAZIENTE ALLO PSICOLOGO E/O ASSISTENTE SOCIALE



Roberto Mampalà www.HelloCrazy.com



...come è nata la Scheda per l'invio allo Psicologo e/o all'Assistente Sociale...

- PDTA di Psiconcologia
- Sperimentazione della prima scheda presso alcuni CAS: al CAS di Ivrea viene sperimentata da febbraio 2012 a ottobre 2012. Rilevate parecchie criticità, che vengono discusse durante l'Audit degli Infermieri di Rete a Verbania.
- Nasce un gruppo di lavoro per rivedere e semplificare la scheda.



...la storia continua...

- Si sperimenta un'altra scheda di invio, chiamata “scheda pre-screening”: si rilevano numerose criticità, che vengono discusse nel gruppo di lavoro a novembre.
- A gennaio 2013 il gruppo di lavoro revisiona le schede sperimentate e produce la scheda attuale, decisamente semplificata rispetto alla prima versione...
- Viene presentata e discussa durante l'Audit Infermieri di Rete di aprile 2013.



**VALUTAZIONE INFERMIERISTICA
PER L'INVIO DEL PAZIENTE
ALLO PSICOLOGO E/O ASSISTENTE SOCIALE**

La scheda è suddivisa in 3 gruppi di domande :

- **Indicatori AREA BIOLOGICA**
- **Indicatori AREA
PSICOLOGICA/PSICHIATRICA**
- **Indicatori AREA SOCIALE**

AREA BIOLOGICA

- A. E' presente o prevedibile un grave/invalidante deficit o mutamento corporeo ?

Ad esempio... esiti di mastectomia



Oppure ...una colostomia



AREA BIOLOGICA

- B. Sono presenti sintomi rilevanti ?



NEL CORSO DELL'ULTIMO MESE QUALI DISTURBI HA AVUTO?

ISTRUZIONI: La preghiamo di rispondere a tutte le domande del questionario facendo una crocetta nella casella \otimes che meglio descrive la sua situazione. Le informazioni riportate verranno tenute strettamente riservate.

Data di compilazione

Cognome e Nome

	UN PO'	MOLTO	MOLTISSIMO
DOLORE			
MAL DI TESTA			
PROBLEMI NEL DORMIRE/INSONNIA			
SONNOLENZA			
VERTIGINI			
TREMORI			
CONFUSIONE			
SENSAZIONE DI DEBOLEZZA/STANCHEZZA			
MANCANZA DI APPETITO			
BOCCA ASCIUTTA			
DIFFICOLTA' AD INGHIOTTIRE			
NAUSEA			
VOMITO			
DOLORE DI STOMACO			
DIFFICOLTA' A DIGERIRE			
DIARREA			
STITICHEZZA			
SINGHIOZZO			
TOSSE			
DIFFICOLTA' A RESPIRARE			
SUDORAZIONE			
PRURITO			
ALTRO (specificare.....)			
ALTRO (specificare.....)			

SI E' SENTITO TRISTE O DEPRESSO			
SI E' SENTITO ANSIOSO O SPAVENTATO			
SI E' SENTITO NERVOSO, IRREQUIETO O IRRITABILE			
SI E' SENTITO INSICURO			

AREA BIOLOGICA

C . E' presente o prevedibile una rapida progressione di malattia ?



AREA BIOLOGICA

D. Sono presenti importanti difficoltà nutrizionali e/o significativa alterazione di peso ?



AREA BIOLOGICA

- E. E' presente un indice di Karnofsky < a 70 ?



Karnofsky

Tabella

- **100 %** Nessun disturbo, nessun segno di malattia.
- **90 %** Possibili le normali attività, Sintomatologia molto sfumata.
- **80 %** Normali attività possibili con difficoltà. Sintomi evidenti
- **70 %** Cura di se stessi. Normali attività e lavoro non possibili.
- **60 %** Necessario qualche aiuto, indipendente nei bisogni personali.
- **50 %** Aiuto spesso necessario, richiede frequenti cure mediche.
- **40 %** Disabile. Necessario un aiuto qualificato.
- **30 %** Severamente disabile. Ospedalizzazione necessaria ma senza rischio di morte.
- **20 %** Estremamente malato. Richieste misure intensive di supporto alla vita.
- **10 %** Moribondo. Processi di malattia fatali rapidamente progressivi.
- **0** Morte

AREA BIOLOGICA

- F. Vi sono casi di tumore in famiglia ?



AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA

- A. Ha mai sofferto di depressione o altri disturbi psichici o difficoltà cognitive ?



AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA

- B. E' o è stato seguito dai Servizi di Salute Mentale o NPI ?



AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA

- C. Assume o ha assunto farmaci per ansia o depressione ?



AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA

- D. E' presente un evidente stato di ansia/ depressione/ negazione eccessivi rispetto alla situazione ?



AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA

- E. Usa o ha usato sostanze o alcol in modo dipendente ?



AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA

- F. Vi è un'esplicita richiesta di aiuto da parte del Paziente o dei familiari ?



AREA SOCIALE

- A. Il caregiver è assente o in difficoltà ?



AREA SOCIALE

- B. E' presente uno stato di gravidanza / puerperio?



AREA SOCIALE

- C. Ci sono figli minori in famiglia ?



AREA SOCIALE

- D. Sono presenti disabili psichici/fisici in famiglia ?



AREA SOCIALE

- E. E' in carico al Servizio Sociale Territoriale ?



AREA SOCIALE

- F. Ha una situazione abitativa critica ?



AREA SOCIALE

- G. Ha una situazione economica critica ?



AREA SOCIALE

- H. E' Cittadino
Straniero irregolare ?



AREA SOCIALE

- I. La famiglia ha / ha avuto esperienze traumatiche o lutti importanti ?



Come rispondo ?

- A ogni domanda , ci sono due possibilità di risposta :
- **Sì**
- **NV** = Non Valutabile

Quando segnalare allo Psicologo ?

Quando compaiono più di 1 “Sì” in Area
Psicologica

oppure

1 “Sì” in area Psicologica + 1 (o più) “Sì” in
altre aree.

Se non compaiono “Sì” in area Psicologica,
ma in altre aree, l’Infermiere segnalerà
eventuali criticità al Servizio Sociale o al
Medico.

...e se non ci sono “Sì”...

- 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.

Progetto Protezione Famiglia: Scheda di individuazione delle fragilità



Progetto Protezione Famiglia: Scheda di individuazione delle fragilità

- **Il progetto nasce nel gennaio 2002** per dare risposta alle famiglie più fragili, a rischio di disagio e destabilizzazione elevato per la presenza al loro interno di un malato oncologico grave. Si propone di costruire una rete di supporti in ambito sanitario, assistenziale, psicologico e sociale per evitare da un lato una difficile compliance del paziente al percorso di cura, dall'altro per sostenere la vulnerabilità dei familiari nelle fasi assistenziali e per i casi a cattiva prognosi, nei momenti difficili dell'accompagnamento alla morte e all'elaborazione del lutto.



Progetto Protezione Famiglia: Scheda di individuazione delle fragilità

- In questi anni si è altresì ampliato il concetto di fragilità familiare passando da un servizio offerto a famiglie in cui si ammalava di tumore un genitore ed erano presenti figli minorenni, a famiglie con soggetti colpiti da disagio psichico, da alcoolismo e/o tossicodipendenza, da disabilità, con esperienze traumatiche (lutti recenti, altri malati) e famiglie ristrette di coniugi anziani soli.



Progetto Protezione Famiglia: Scheda di individuazione delle fragilità

- Le profonde trasformazioni che ha subito la struttura della famiglia nelle società moderne ha reso particolarmente difficile non solo il rapporto assistenziale ma anche quello emotivo con il malato. E' presente infatti **solitudine**, **difficoltà** di gestire la comunicazione, di vivere in modo equilibrato il rapporto con la malattia in presenza di bambini ed adolescenti, di gestire la **perdita** e il **lutto** nell'anonimato delle città.



Progetto Protezione Famiglia: Scheda di individuazione delle fragilità

- Il progetto è riuscito in questi anni ad ampliare la cooperazione tra i diversi operatori superando la parcellizzazione tipica in ambito assistenziale sia sanitario che sociale favorendo la costruzione di un **lavoro di rete** e **percorsi** attenti alla cura dei vari aspetti di bisogno del malato e della famiglia. In particolare rispetto alle famiglie con minori il progetto ha costruito un patrimonio di linee guida, indicazioni e riferimenti teorici creando una cultura orientata a proteggere i bambini che affrontano la perdita di un genitore.



Progetto Protezione Famiglia: Scheda di individuazione delle fragilità

- Ha saputo aprire canali privilegiati di collaborazione e sinergia proficua con associazioni di volontariato; ha costruito nuove figure professionali quale l'assistente tutelare materna e gli educatori chiamati a intervenire in modo specifico sui minori dando un supporto pratico a domicilio nei momenti di criticità. Si è avviata inoltre una consulenza giuridica con un avvocato esperto di diritto di famiglia. Si è cercato di utilizzare al meglio le risorse istituzionali coinvolgendo un gran numero di operatori diversi dell'area sanitaria, sociale ed educativa.



Progetto "Protezione Famiglia"

Scheda di individuazione delle fragilità

- Sigla nome Paziente-----
- Sesso _____ Data di nascita ___/___/_____ Età _____
- Indirizzo _____ Città _____
- Nazionalità _____ ASL _____
- Tel _____
- Provenienza _____
- Diagnosi all'ingresso _____

Aspettativa di vita : Breve Media Lunga

Paziente in fase di: accoglienza CAS accoglienza D.H accoglienza UOCP

Caratteristiche della famiglia anagrafica :

Coniugato/a Divorziato/a Con figli Separato/a Senza figli Vedovo/a Single

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 :

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

Note libere _____

Nome del compilatore:

Servizio di riferimento

L'INTEGRAZIONE E GLI INTERVENTI IN RETE TRA OPERATORI DI DIVERSE PROFESSIONALITA'

La cura del Paziente oncologico prevede l'intervento di diverse figure professionali le cui diverse competenze devono potersi integrare per assicurare al paziente un'assistenza globale, continua e coerente

Integrazione MULTIPROFESSIONALE non occasionale ed estemporanea ma continua e ben pianificata



...l'importanza del lavoro di squadra...



Il gruppo

Il gruppo è il **CONTENITORE** che mette in relazione

- È la rete del trapezista, che **salva**
- È la rete anti-grandine, che **protegge**
- È la rete del colino, che **filtra...**

Il gruppo NON è

- La rete da tennis, che **separa**
- La ragnatela, che **intrappola...**



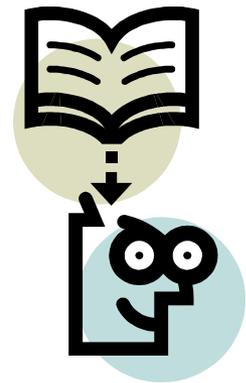
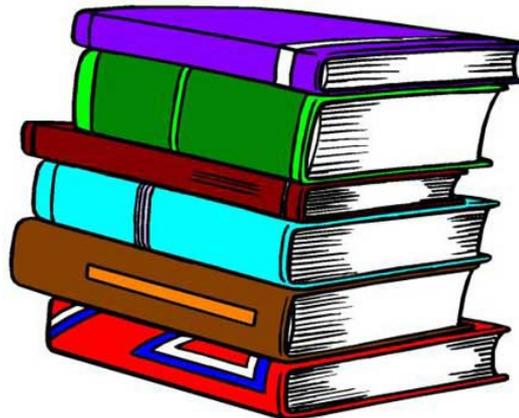
L'importanza dell'ASCOLTO

- ...se io non ascolto il Paziente, non sono in grado di “intercettare “ i suoi **BISOGNI**, e non posso aiutarlo a risolvere i suoi **PROBLEMI**...



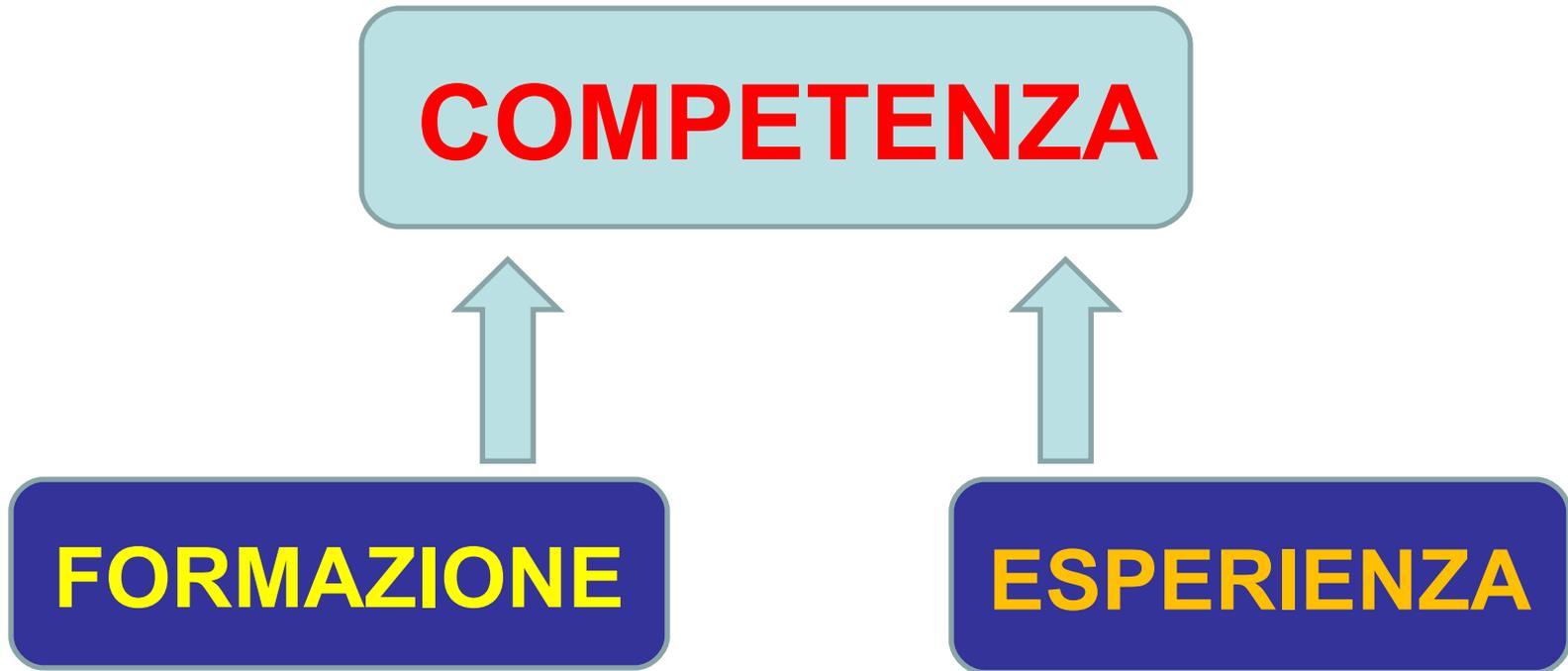
I Professionisti

- La preparazione scientifica e l'esperienza sono fondamentali per tutti i Professionisti che si occupano di Persone con patologia oncologica.



L'Infermiere

Per poter effettuare una buona valutazione dei bisogni, l'Infermiere deve mettere in atto la propria



Grazie a tutti per l'attenzione !

**Il segreto non è prendersi cura
delle farfalle, ma ...
prendersi cura del giardino ,
affinché le farfalle
vengano da te.**

Mario Quintana

