



LA VALUTAZIONE INFERMIERISTICA ALL'INIZIO DEL PERCORSO DI CURA: PRESENTAZIONE DEL MODELLO VALUTATIVO

CPSI CLEMENTI SAMANTA

CANCRO

Alcune malattie hanno la capacità di sconvolgere la vita in maniera globale in quanto generano problemi fisici, psicologici e sociali. La persona si troverà ad affrontare problemi derivanti dalle indagini necessarie alla definizione di una diagnosi, problemi relativi all'aggressività e all'alto grado di tossicità delle terapie e anche problemi non clinici, riconducibili alla malattia stessa.





Un buon supporto clinico assistenziale può fornire ai pazienti oncologici le risorse pratiche ed emotive di cui hanno bisogno. Occorre quindi adottare, sin da subito, un approccio globale e interdisciplinare incentrato sulla persona, nonché un'assistenza personalizzata atta a sostenere e accompagnare i pazienti e le loro famiglie.



Se io **non ascolto** il paziente non sono in grado di intercettare i suoi **bisogni** e non posso aiutarlo a risolvere i suoi problemi



Cittadini



Gruppi di studio per patologia



Assistenti Sociali



Volontariato



Infermieri



Rete pediatrica



MMG



Formazione



Ricerca/Data manager



Amministrativi



Psiconcologi



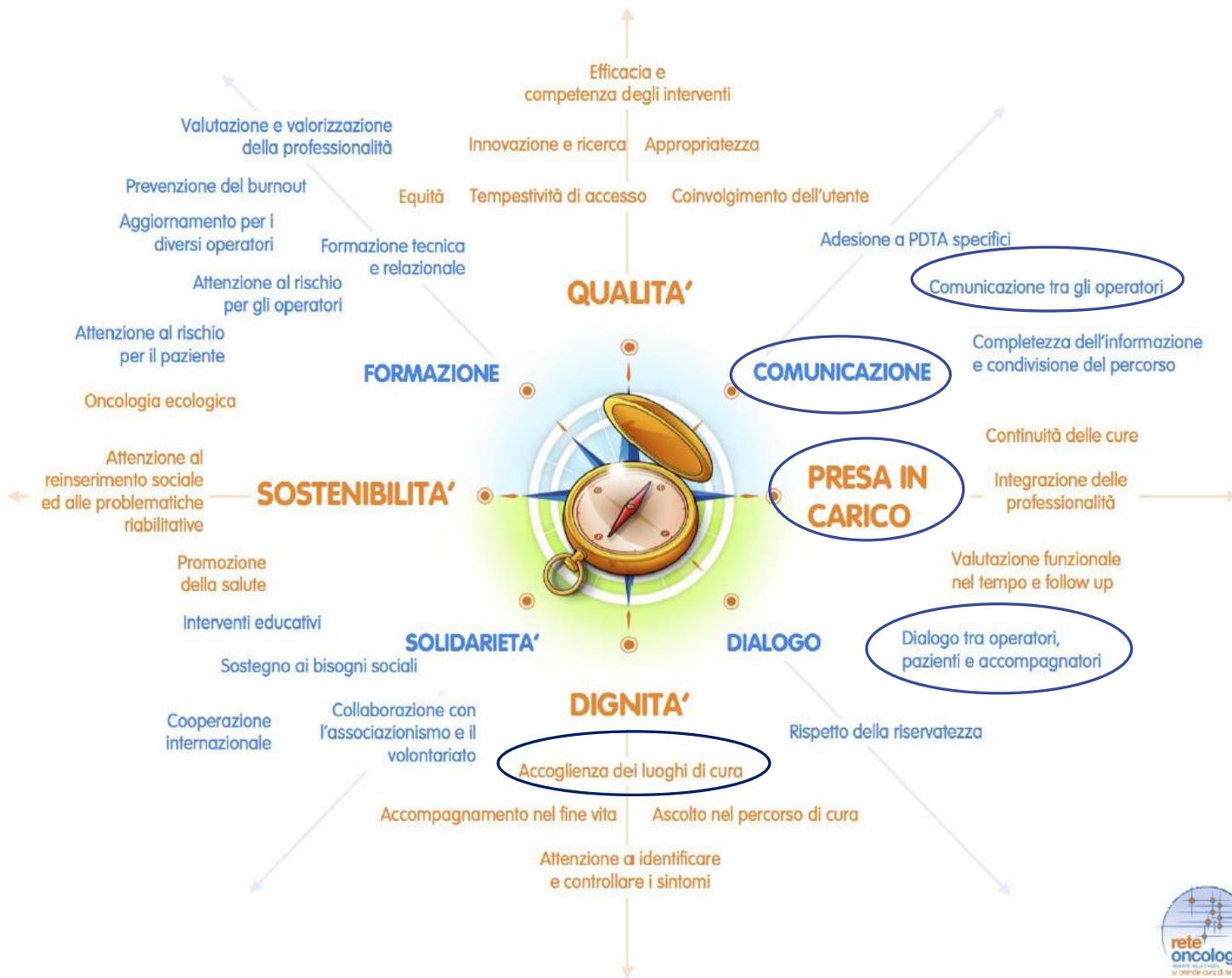
La Bussola dei Valori

La Rete Oncologica del Piemonte della Valle D'Aosta è un modello organizzativo per la cura e l'assistenza dei malati oncologici. Nell'ottica di ottimizzare e migliorare le risposte ai bisogni di salute di chi soffre di tumore, senza disomogeneità di cura e trattamento, la rete si avvale di professionisti che costituiscono i diversi Gruppi di Lavoro (GdL) tra cui quello degli infermieri.



Il Gruppo di Lavoro Infermieristico della Rete Oncologica nel 2016 mantenendo come riferimento i valori della bussola ha prodotto le Linee di indirizzo per la valutazione infermieristica del paziente oncologico





VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

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

CAMPO DI APPLICAZIONE

Nel rispetto delle raccomandazioni della Rete Oncologica la valutazione della persona dovrà essere effettuata dall'infermiere al CAS durante la fase di presa in carico, o comunque, dove avviene l'inizio del **percorso di cura**

FASI PERCORSO DI CURA



ACCETTAZIONE

Ufficio in cui si ricevono richieste di determinate prestazioni e in particolare si svolgono le pratiche per ammettere i malati in ospedale. Il termine, trasferitosi dal luogo alla funzione, viene ad indicare anche l'insieme delle attività che sono attuate per consentire o regolarizzare l'ammissione del paziente in ospedale.



PRESA IN CARICO

Assicura la continuità assistenziale, in particolare quando la persona passa da un'unità operativa all'altra, una modalità per garantire al cittadino un insieme coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso.



COUNSELING INFERMIERISTICO



Il counseling infermieristico è una particolare forma di relazione d'aiuto che l'infermiere utilizza unendo capacità comunicative e conoscenze tecniche specifiche, allo scopo di fornire un'assistenza completa ed efficace al paziente. Le finalità del counseling infermieristico sono principalmente quelle di sostenere, guidare ed educare affinché vengano incrementate, nella persona, l'autonomia di pensiero e d'azione e siano rese consapevoli le scelte effettuate e le necessità espresse.



OBIETTIVI DELLA VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

BISOGNI
FISICI

BISOGNI
PSICOLO
GICI

BISOGNI
RIABILITAT
IVI

BISOGNI
SOCIALI



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 dei dati



ACCERTAMENTO

Ha lo scopo di identificare problemi di salute reali o potenziali

Va a indagare il grado di autonomia dell'individuo nel soddisfacimento dei bisogni al fine di poter pianificare azioni che siano sostegno, guida, compensazione o sostituzione



RACCOLTA DATI

E' necessario che la raccolta dati sia finalizzata a :

Garantire che si ottengano dati utili ad individuare i problemi reali o potenziali della persona

Evitare di raccogliere dati inutili



Per organizzare i dati si possono usare modelli di riferimento per esempio i modelli funzionali di Gordon

Modelli funzionali di M. Gordon

- Modello di percezione-gestione della salute
- Modello nutrizionale-metabolico
- Modello di eliminazione
- Modello di attività-esercizio fisico
- Modello di riposo-sonno
- Modello cognitivo-percettivo
- Modello di percezione di sé-concetto di sé
- Modello di ruolo-relazione
- Modello di sessualità-riproduzione
- Modello di adattamento-tolleranza allo stress
- Modello di valori-convinzioni



A.S.L. TO2
Azienda Sanitaria Locale
Torino Nord



REGIONE
PIEMONTE

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE PIEMONTE
PRESIDIO OSPEDALIERO
TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO
S.C. di Oncologia Medica (Direttore dr. Guido Vietti Ramus)
P.zza del Donatore di Sangue, 3 - 10154 TORINO
Tel. 011.2402311 - Fax 011.2402863

COGNOME _____ NOME _____

DATA NASCITA _____ kg _____ h _____ TELEFONO _____

1° VISITA CAS _____ DATA RICHIESTA _____ DIAGNOSI _____

1° VISITA GIC _____ INTERVENTO CHIRURGICO _____

BIOPSIA _____ ECOGRAFIA _____ PET _____

BRONCOSCOPIA ISTOLOGICO _____ GASTROSCOPIA ISTOLOGICO _____ ECOENDO _____

COLONSCOPIA ISTOLOGICO _____ TAC _____ EBUS _____

RMN _____

VALUTAZIONE PATRIMONIO VENOSO: AVP AVC

VALUTAZIONE DOLORE:

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

G8

TERAPIA ANTICOAGULANTE SI NO

PROGRAMMA:

VALUTAZIONE BISOGNI:

Capacità di cura di sé:

0= Indipendente

1= ausili

2= aiuto di altre persone

3= aiuto di altre persone più ausili

4= dipendente/disabile

	0	1	2	3	4	Note
Mangiare/bere						
Pulizie personali						
Vestirsi/cura dell'aspetto						
Eliminazione						
Mobilità nel letto						
Trasferimenti						
Deambulazione						
Salire le scale						
Fare la spesa						
Cucinare						
Cura della casa						

RESPIRO

Sat O₂ _____ % aria ambiente occhialini
 eupnoico dispnoico

NUTRIZIONE

Dieta: _____

Appetito: normale aumentato diminuito disgeusia nausea vomito

Difficoltà di deglutizione (disfagia) no solidi liquidi

Variazione di peso negli ultimi sei mesi: no si aumento perdita Kg _____

Alimentazione artificiale:

TPN NE PEG SNG digiunostomia gastrostomia

ELIMINAZIONE:

Incontinenza fecale: no si stomia

stipsi uso di clisteri/lassativi no si altro _____

Abitudini urinarie oligoanuria poliuria

Incontinenza urinaria: no si diurna notturna occasionale

Ausili:

catetere a permanenza _____

catetere a intermittenza _____

urostomia mutanda/pannolone per incontinenza

MODELLO SONNO - RIPOSO

_____ ore/notte

Riposo pomeridiano: si no

Problemi: no risveglio precoce insonnia altro _____

LE SCHEDE DI VALUTAZIONE

- Valutazione bio-psico-sociale
- Progetto protezione famiglia
- G8 valutazione geriatrica
- Valutazione del dolore
- Valutazione del patrimonio venoso



VALUTAZIONE BIO-PSICO-SOCIALE

La valutazione ha l'obiettivo di conoscere il paziente, individuare eventuali bisogni al fine di coinvolgere immediatamente un medico, oppure lo psiconcologo o l'assistente sociale, per una risoluzione precoce delle problematiche emerse.

La scheda può essere ricompilata ogni qual volta ci siano delle variazioni del percorso di cura



BIO



PSICO



SOCIAL

AREA BIOLOGICA - Indicatori	SI	NV
A. E' presente o prevedibile un grave/invalidante deficit o mutamento corporeo?		
B. Sono presenti sintomi rilevanti ? (vedi in allegato lettera B)		
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?		

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 - Indicatori	SI	NV
A. E' presente o prevedibile un grave/invalidante deficit o mutamento corporeo?		
B. Sono presenti sintomi rilevanti ? (vedi in allegato lettera B)		
C. E' presente o prevedibile una rapida progressione di malattia?		
D. Sono presenti importanti difficoltà nutrizionali e/o significativa alterazione di peso?		

più di un SI in Area Psicologica
 oppure
 un SI' in Area Psicologica + uno o più SI in altre Aree
 oppure
 un solo SI' in Area Psicologica (valutato molto rilevante)

SI in Area Sociale

SI in Area Biologica

Segnalazione
Servizio di Psiconcologia

Segnalazione
Servizio Sociale

Segnalazione allo Specialista

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?		

... 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 riperduta al successivo step del percorso di cura





PROGETTO PROTEZIONE FAMIGLIA

Permette di identificare eventuali fragilità nella famiglia del malato al fine di proporre l'attivazione del progetto protezione famiglia.

È considerata fragilità la presenza di bambini/ adolescenti, familiari affetti da patologie psichiatriche o organiche gravi ho disabilità o dipendenze, la presenza di nuclei ristretti e isolati o di recenti situazioni traumatiche



PROGETTO PROTEZIONE FAMIGLIA

Progetto nasce nel gennaio 2002 per dare sostegno alle famiglie più fragili, per la presenza al loro interno di un malato oncologico. Si propone di costruire una rete di supporti in ambito sanitario, assistenziale, psicologico e sociale

PROGETTO PROTEZIONE FAMIGLIA



Ha saputo aprire canali privilegiati di collaborazione con associazioni di volontariato, ha costruito nuove figure professionali quali l'assistente tutelare materna ed educatori. Si è avviata, inoltre, una consulenza giuridica con un avvocato esperto in diritto di famiglia. Si è cercato di utilizzare al meglio le risorse regionali coinvolgendo un gran numero di operatori diversi dell'area sanitaria sociale ed educativo



Progetto "Protezione Famiglia"

Scheda di individuazione delle fragilità

Nome: _____ Cognome: _____ Sesso _____ Età _____

Città _____ Nazionalità _____

Tel _____ :

Provenienza _____

Diagnosi all'ingresso _____

Aspettative di vita:

- Breve
- Media
- Lunga

Paziente in fase di:

- accoglienza CAS
- accoglienza D.H
- accoglienza UOCP

Caratteristiche della famiglia anagrafica:

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

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 - Data :



G8 VALUTAZIONE GERIATRICA

I destinatari della valutazione sono le persone anziane con età $>$ o uguale a 75 anni.

È importante per stabilire se sia necessario un approfondimento geriatrico per la definizione del percorso migliore per quella persona. Dove non è presente un servizio di oncogeriatrici o una collaborazione con il geriatra, la valutazione è fondamentale per fornire dati importanti all'oncologo.

Permette di definire se il paziente potrà essere seguito dal GIC, oppure se dovrà essere inviato al MMG per essere seguito dal servizio di cure palliative.

G8 VALUTAZIONE GERIATRICA

La scheda prevede 8 domande con una serie di possibili risposte; ogni risposta corrisponde un punteggio; al termine, la somma dei singoli punteggi darà un risultato (min 0 max 17) indicante la presenza o meno di fragilità (>14 = NO fragilità, < 14 Si fragilità)



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)	

Data

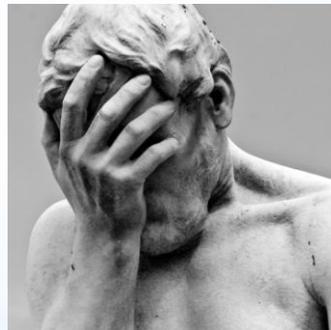
Amb/Rep Specialità

Firma

VALUTAZIONE DEL DOLORE

Il dolore è un'esperienza soggettiva tuttavia è importante conoscere bene le caratteristiche del sintomo, attraverso una serie di domande rivolte al paziente, per cercare di capire quali potrebbero essere le cause, ed eventualmente, se possibile rimuoverle.

Occorre anche una valutazione quantitativa, Cioè stabilire l'intensità del dolore avvertito, Per capire se la cura funziona E quando eventualmente occorre cambiarla.



SCHEDA INFERMIERISTICA VALUTAZIONE DOLORE



UNITA' OPERATIVA:

COGNOME NOME:

DATA NASCITA :

PATOLOGIA :

Medico Referente :

1) **SEDE DOLORE:**

IRRADIAZIONE:

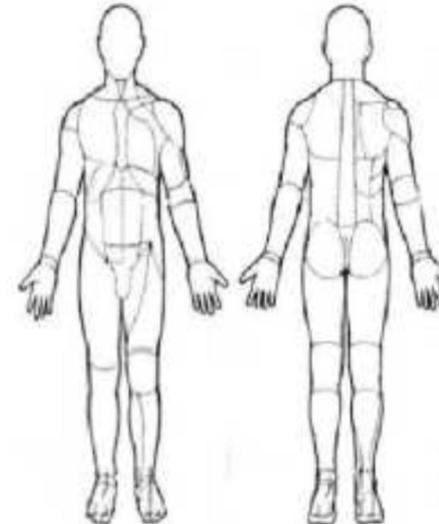
2) **SOSPETTA CAUSA:**

- compressioni 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 <input type="checkbox"/> ACUTO (inferiore ad 1 mese) <input type="checkbox"/> CRONICO (superiore ad 1 mese)	Dolore episodico <input type="checkbox"/> LENTO <input type="checkbox"/> RAPIDO <input type="checkbox"/> DOLORE INCIDENTE (REACTIVE/QUICK CANCER PAIN ITOP) <small>tempo episodi (24 h)</small> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 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:

VALUTAZIONE DEL PATRIMONIO VENOSO



Permette di individuare il dispositivo vascolare più appropriato al fine di ridurre al minimo il rischio di complicanze.

La valutazione deve essere effettuata quando sussiste l'indicazione a effettuare una chemioterapia endovenosa

La valutazione **non è necessaria** nel caso in cui la terapia preveda la somministrazione di farmaci **vescicanti/ necrotizzanti**

VALUTAZIONE DEL PATRIMONIO VENOSO

Farmaco irritante: se stravasato può causare calore e infiammazione nel sito di infusione e lungo la vena; non provoca dolore.

Farmaco venotossico: se stravasato causa un danno cutaneo e un dolore locale male con dolore severo o prolungato.



SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL PATRIMONIO VENOSO

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 PATOLOGIE CIRCOLO VENOSO PERIFERICO, NEUROPATIE PERIFERICHE, TRATTAMENTO DIALITICO CON FAV, IMMUNODEPRESSIONE, STAFILOCOCCO AUREUS METICILLINO RESISTENTE, DISTURBI COAGULATIVI, OBESITÀ, AGITAZIONE PSICO-MOTORIA, AFFEZIONI CUTANEE	ASSENTI	0
	PRESENTI (ANCHE SOLO UNA COMORBIDITÀ)	1

ATTORI 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	ENTRAMBI GLI ARTI SUPERIORI DISPONIBILI	0
	UN SOLO ARTO SUPERIORE DISONIBILE (PER LINFEDEMA, FRATTURE, ETC.)	1

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

FATTORI CORRELATI AL PAZIENTE		
1. KPS	70 -100%	
	< 70%	
2. EtÀ	≤ < 70 ANNI	
	> 70 ANNI	

- 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*

ATTORI CORRELATI ALLE CONDIZIONI DEL CIRCOLO VENOSO PERIFERICO

1. FISILOGIA DEL SISTEMA VENE POCO VISIBILI E/O POCO PALPABILI

ATTENZIONE:

LA SCHEDA FORNISCE INDICAZIONE SUL TIPO DI ACCESSO:

- **PERIFERICO**
- **PERIFERICO A MEDIO TERMINE**
- **CENTRALE**

PER LA SCELTA FINALE DEL PRESIDIO OCCORRE CONSIDERARE:

- **LE PREFERENZE DEL PAZIENTE**
- **LE CONDIZIONI SOCIO-FAMILIARI**
- **L'INTENTO DEL TRATTAMENTO**
- **LE ABILITÀ DEL PAZIENTE/CAREGIVER**
- **LE ABILITÀ DEL PAZIENTE/CAREGIVER**

LA PRESA IN CARICO GLOBALE E MULTIPROFESSIONALE



- Approccio di cura globale, sostenendo capacità di scelta
- Interventi di sostegno mirati a migliorare la collaborazione fra famiglia, paziente ed équipe di cura
- Interventi educativi verso il paziente e la sua famiglia
- Lavoro di équipe, ma anche di rete
- Formazione continua

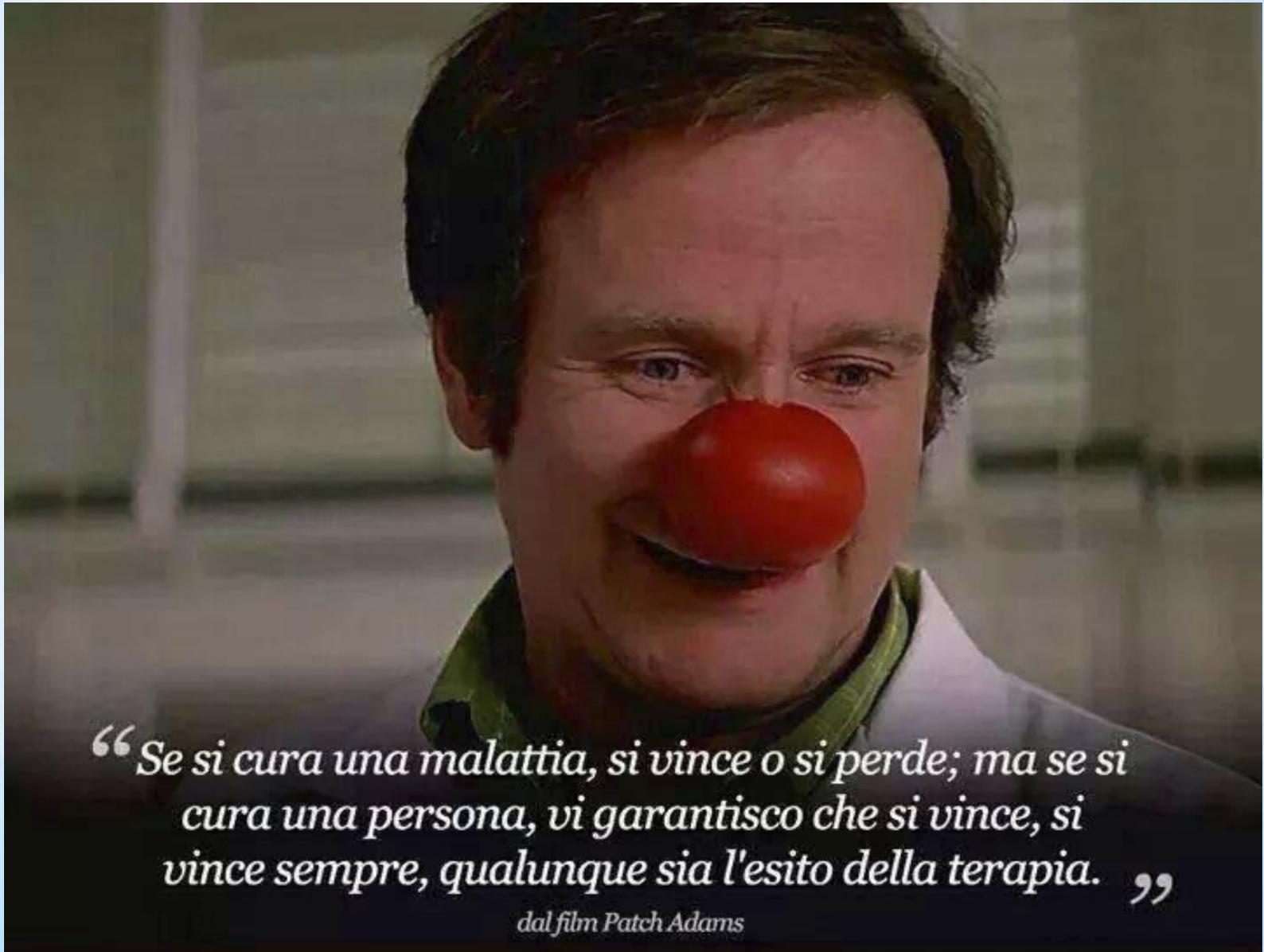
LA PRESA IN CARICO GLOBALE E MULTIPROFESSIONALE

Aiutare il paziente a conservare il proprio posto nel mondo, **realizzando al meglio se stesso**, nella propria storia e nel proprio contesto relazionale, **anche in presenza della malattia**

Sostenere chi si occupa di lui a reggere il peso del contatto con la sofferenza e con la morte (familiari ed operatori)

- L'équipe **multidisciplinare integrata** con al suo interno uno psicologo può sostenere le **risorse** necessarie per far fronte alle emozioni dolorose legate alla malattia e alla morte.
- Integrazione come meccanismo fondamentale per la salute e il benessere psicologico

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



“Se si cura una malattia, si vince o si perde; ma se si cura una persona, vi garantisco che si vince, si vince sempre, qualunque sia l'esito della terapia.”

dal film Patch Adams