

 <p>rete oncologica</p>	<p>Modulo 007_RES - LOCANDINA Revisione n° 7 Data di emissione: 15 luglio 2022 Approvato ed ammesso in originale</p>	 <p>ASPIRA AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA Città della Salute e della Scienza di Torino</p>
--	--	---

S.S. FORMAZIONE PERMANENTE E AGGIORNAMENTO

**Evento Formativo Residenziale**

**Presentazione del Nuovo Progetto  
Protezione Famiglie Fragili**

**DATE**

**Ediz.1: 1 dicembre 2022**

**ORARIO**

Dalle ore 9.15 alle ore 16.00

**SEDE**

Aula Magna Dogliotti

AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

**ECM REGIONE PIEMONTE**

COD. 41742- Crediti calcolati: 6

# Il ruolo del CAS il medico e l'infermiere: il riconoscimento delle fragilità



**Clementi Samanta**

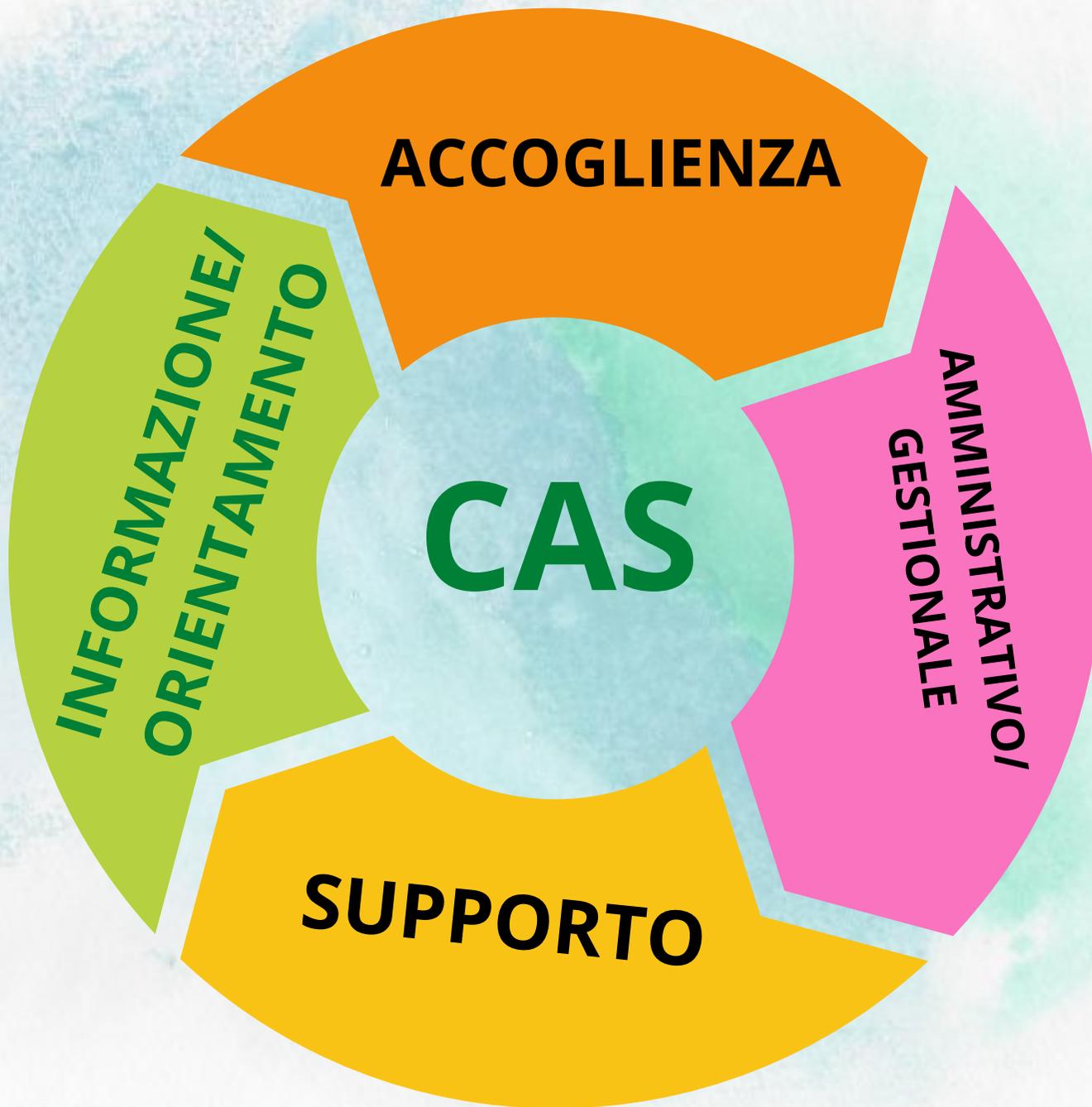
**Come  
nascono i  
CAS**

**DGR n° 26 - 10193 del 1/8/2003**

**Centro Accoglienza e Servizi (CAS)  
Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC)**

---





# **IL PERSONALE AL CAS**

**MEDICO**

**AMMINISTRATIVO**

**INFERMIERE**

# **VALUTAZIONE INFERMIERISTICA**

**Un' accurata valutazione precoce garantisce una personalizzazione del PSDTA, 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**

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



# OBIETTIVI DELLA VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

**BISOGNI  
PSICOLOGICI**

**BISOGNI  
FISICI**

**BISOGNI  
SOCIALI**





# **PROGETTO PROTEZIONE FAMIGLIE FRAGILI**

**Passaggio dalla cura della persona al  
prendersi cura dell'intero nucleo  
familiare fragile**

**"Allargare lo sguardo dal paziente a tutta  
la sua famiglia"**



# PROGETTO PROTEZIONE FAMIGLIE FRAGILI

**Costruire un servizio di accoglienza e di  
risposta ai bisogni**

**Sociali**

**Psicologici**

**Assistenziali**



Cognome e nome \_\_\_\_\_

*Compilata per la segnalazione al Progetto Protezione Famiglie Fragili (PPFF)*

Per l'inserimento del paziente nel **Progetto Protezione Famiglie Fragili** la valutazione deve essere compilata con le seguenti informazioni:

**Valutazione effettuata in:**

- Accoglienza CAS                       Valutazione GIC                       Accoglienza DH  
 Accoglienza Reparto                       Passaggio alle Cure Palliative

**Aspettativa di vita:**  breve                       media                       lungo termine

**Consenso del paziente ad entrare in contatto con la famiglia?**                       Si                       No

**Indici di Fragilità** (indicarne uno o più)

- Famiglia con bambini                       Famiglia con ragazzi o giovani adulti  
 Famiglia con altri malati o altri disabili                       Famiglia con soggetti colpiti da disagio psichico  
 Famiglia con soggetti dediti all'alcolismo                       Famiglia con soggetti dediti a tossico dipendenza  
 Famiglia con disagio economico                       Famiglia ristretta (età del familiare .....)  
 Nessun familiare                       Famiglia con difficoltà linguistiche  
 Famiglia con esperienze traumatiche (lutti, gravi malattie.....)

Paziente    o     Familiare  
già seguito da:

- Servizio per le tossicodipendenze  
 Centro Salute Mentale  
 Neuropsichiatria infantile  
 Servizi sociosanitari  
 Psicologo

Nominativo e Telefono Referente .....

Note libere: \_\_\_\_\_

**Cognome e nome** \_\_\_\_\_

*Compilata per la segnalazione al Progetto Protezione Famiglie Fragili (PPFF)*

Per l'inserimento del paziente nel **Progetto Protezione Famiglie Fragili** la valutazione deve essere compilata con le seguenti informazioni:

**Valutazione effettuata in:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accoglienza CAS     | <input type="checkbox"/> Valutazione GIC                | <input type="checkbox"/> Accoglienza DH |
| <input type="checkbox"/> Accoglienza Reparto | <input type="checkbox"/> Passaggio alle Cure Palliative |   |

**Aspettativa di vita:**  breve       media       lungo termine

**Consenso del paziente ad entrare in contatto con la famiglia?**       Si       No

### **Indici di Fragilità (indicarne uno o più)**

- Famiglia con bambini
- Famiglia con ragazzi o giovani adulti
- Famiglia con altri malati o altri disabili
- Famiglia con soggetti colpiti da disagio psichico
- Famiglia con soggetti dediti all'alcolismo
- Famiglia con soggetti dediti a tossico dipendenza
- Famiglia con disagio economico
- Famiglia ristretta (età del familiare .....)
- Nessun familiare
- Famiglia con difficoltà linguistiche
- Famiglia con esperienze traumatiche (lutti, gravi malattie.....)

Paziente    o     Familiare

già seguito da:

Servizio per le tossicodipendenze

Centro Salute Mentale

Neuropsichiatria infantile

Servizi sociosanitari

Psicologo

Nominativo e Telefono Referente .....

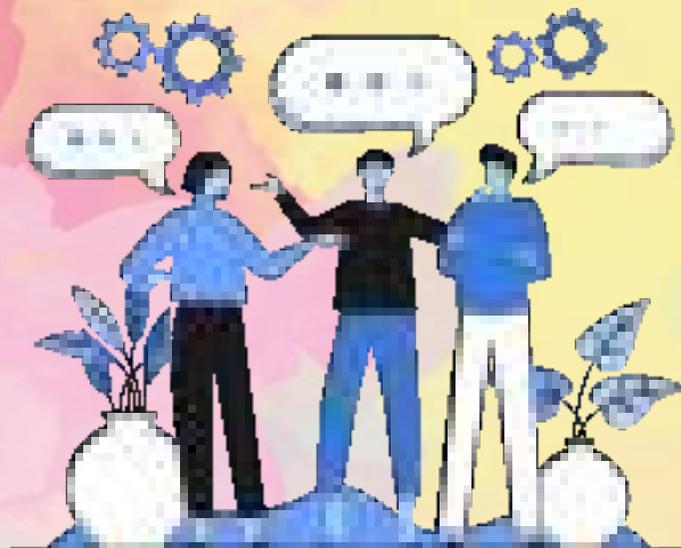
Note libere: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# RILEVANDO FORMULANDO INTEGRANDO INTERVENENDO



**Questionario**

Compilare per la segnalazione al Progetto Protezione Famiglie Fragili (PPFF)

Se l'istituzione di competenza del Progetto Protezione Famiglie Fragili è differente da quella indicata, specificare la seguente istituzione:

**Indirizzo istituzione:**

Hospicio 001     Hospicio 002     Hospicio 003  
 Hospicio 004     Hospicio 005     Hospicio 006

**Agente di riferimento:**  Area     Sede     Esperto

**Forma di attivazione del servizio (selezionare la casella):**  1     2     3

**Modalità di attivazione del servizio (selezionare la casella):**

Servizio in loco     Servizio domiciliare personalizzato  
 Servizio in altri spazi istituzionali     Servizio domiciliare in spazi pubblici  
 Servizio nei nuclei familiari     Servizio domiciliare in spazi pubblici  
 Servizio nei luoghi di lavoro     Servizio in spazi pubblici  
 Servizio in altri spazi     Servizio in altri spazi

Servizio in un unico punto di riferimento  
 Servizio in un unico punto di riferimento

**Altre note:**  Per favore  
Se si tratta di:  
 Servizio per i servizi pubblici  
 Centro Servizi Integrati  
 Servizio di emergenza  
 Servizio di emergenza  
 Servizio di emergenza

Indirizzo: \_\_\_\_\_



# **INVIANTI**

**FORMALI** (operatori sanitari: medici, infermieri; assistenti sociali, psicologhe...)

**INFORMALI** (amministrativi, volontari...)



# ATTIVAZIONE



- **Fiducia tra operatori e rispettivi ruoli**
  - **Segnalazione tempestiva**
  - **Presenza in carica effettiva**
- **Conoscere il lavoro dei componenti dell'equipe**
  - **Collaborazione**



**GRAZIE PER  
L'ATTENZIONE!**