

7° Convegno
Infermieristico Rete Oncologica

Gli infermieri per la Rete,
la Rete per gli infermieri

**A PICCOLI
PASSI VERSO
NUOVI
ORIZZONTI.**

19 settembre 2022 | Città Studi | Biella

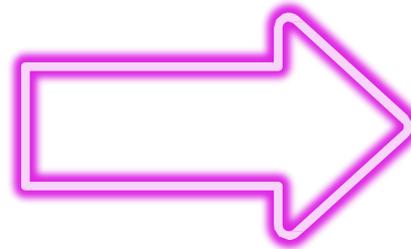
La presa in carico all'inizio del percorso di cura: aggiornamento della scheda di valutazione infermieristica al CAS

Samanta Clementi

29 settembre 2022
BIELLA



Linee di indirizzo per la valutazione del paziente al CAS



15 Luglio 2016

Gruppo infermieristico

Rete oncologica

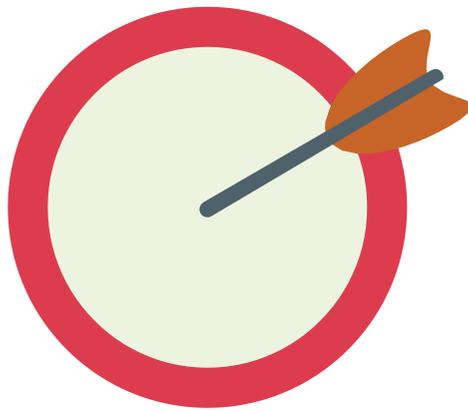




Why?

Per orientare, sostenere e disciplinare l'assistenza, a livello Regionale, secondo modalità condivise e omogenee.





**Fornire degli strumenti per arrivare ad una buona conoscenza del paziente all'inizio del percorso di cura.
Garantirne la presa in carico globale.
Individuare eventuali criticità.
Intervenire precocemente e assicurare un'assistenza individualizzata.**

METODO

Analisi dei documenti validati esistenti

Revisione della letteratura

Confronti multiprofessionali

- **quali aspetti indagare**
perché farlo

- **in quale momento del**
percorso di cura del paziente

- **quali strumenti**

-



AMBITI

Gli ambiti di valutazione che il Gruppo Infermieristico ha ritenuto importanti, in questo momento del percorso di cura, sono cinque:

- ⇒ **bio-psico-sociale**
- ⇒ **fragilità familiare**
- ⇒ **paziente anziano**
- ⇒ **dolore**
- ⇒ **accesso venoso**



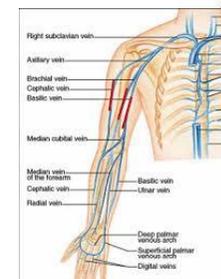
BIO



PSICO



SOCIAL



[Allegato 1]

SCHEDA INFERMIERISTICA - VALUTAZIONE BIO-PSICO-SOCIALE

AREA BIOLOGICA - Indicatori

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

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/havuto esperienze traumatiche o lutti importanti?

Note

Data _____ Firma Inf _____

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita

Residenza

Recapito telefonico

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)	0: demenza o depressione severa 1: demenza o depressione moderata/lieve 2: non problemi psicologici
E. Se sospetto, rimandare compilazione a dopo invio allo specialista (Neurologo)		
F. Body Mass Index? (peso in kg/altezza in m ²)	0: BMI <19 1: BMI 19 - 21 2: BMI 21 - 23 3: BMI >23
G. Assume stabilmente più di 3 tipologie di farmaci al giorno?	0: si 1: no
H. 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
I. Età	0: >85 1: 80-85 2: <80
Punteggio totale (0-17)	

Data Amb/Rep Specialità Firma

Allegato lettera B AREA BIOLOGICA

NEL CORSO DELL'ULTIMO MESE QUALI DISTURBI HA AVUTO?

	UN PO'	MOLTO	MOLTISSIMO
DOLORE			
MAL DI TESTA			
PROBLEMI NEL DORMIRE/INSONNIA			
SONNOLEZZA			
VERTIGINI			
TREMORI			
CONFUSIONE			
SENSAZIONE DI DEBOLEZZA/STANCHEZZA			
MANCANZA DI APPETITO			
BOCCA ASCIUTTA			
DIFFICOLTA' AD INGIOTTIRE			
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 INSIKURO

Data di compilazione _____ Cognome e Nome _____

Gruppo Infermieristico Rete Oncologica N. revisione 00 Data emissione 15 luglio 20

[Allegato 4]

SCHEDA INFERMIERISTICA VALUTAZIONE DOLORE

UNITA' OPERATIVA: _____

COGNOME NOME: _____ DATA/NAUTA: _____

1) **DOLORE**

2) **SOSPETTA CAUSA**

3) **POSSIBILE CAUSA**

4) **INTENSITA' DOLORE** (vedi NRS (NUMERICAL RATING SCALE))

5) **TEMPORALITA'**

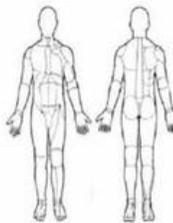
6) **INSORGENZA**

7) **ATTUALE TERAPIA ANTIDOLORIFICA**

8) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

9) **DATA DI VALUTAZIONE DOLORE**

FIRMA: _____



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: 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 :

[Allegato 5]

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL PATRIMONIO VENOSO

FATTORI CORRELATI AL PAZIENTE

1. KPS < 70% 70-90% > 90%

2. ETA < 70 ANNI > 70 ANNI

3. ALTERAZIONI SENSORIE E MOTORIE ASSENTI PRESENTI

4. DIABETE ASSENTE PRESENTE

5. COMORBIDITA' RILEVANTI ASSENTI PRESENTI (ANCHE SOLO UNA COMORBIDITA')

6. PATOLOGIE CIRCOLO VENOSO PERIFERICO, NEUROLOGIE PERIFERICHE, TRATTAMENTO DIALITICO CON FAN, INSUFFICIENZA CARDIACA, STAVILOCCO ARTERIALE, METICILINO RESISTENTI, DISTURBI COAGULATIVI, ORETTA, AGITAZIONI PSICO-MOTORIA, AGITAZIONI ULTRAVIOLLETTE

ATTORI CORRELATI ALLE CONDIZIONI DEL CIRCOLO VENOSO PERIFERICO

1. FISILOGIA DEL SISTEMA: VENE POCO VISIBILI E/O POCO PALPABILI VENE FORTI/DEBOLI VENE DI PICCOLO CALIBRO

2. ALTERAZIONI DEL SISTEMA VENOSO PERIFERICO: SEGNI DI PRECEDENTI VEINOPUNTURE (ECCHIMOSI/EMATOMI) SEGNI DI FLEBITI/INFILTRAZIONI STRANSI VENE DURE E SCLEROTICHE

3. CONDIZIONI ARTI SUPERIORI: ENTRAMBE GLI ARTI SUPERIORI DISPONIBILI UN SOLO ARTO SUPERIORE DISPONIBILE (PER LINFEDOMA, FRATTURE, ETC.)

1. NUMERO DI LINEA DI TRATTAMENTO 1° LINEA 2° LINEA > 2° LINEA

2. DURATA PREVISTA DEL TRATTAMENTO < 6 MESI > 6 MESI

3. SCHEDA DI SOMMINISTRAZIONE: CICLO DI 01/02/03/04 CICLO SETTIMANALE (07/08/INDICAZIONE) (014) CICLO DI 1, 4, 8, 12

4. TIPO DI FARMACI: NEUTROFILOFILICI (500-1000 MG) GEMFILANOLI (500-1000 MG) BILANZATI (500-1000 MG) BILANZATI O OMOLOGATI (600 MG) INFUSIONI EMODERIVATI INFUSIONI TRAMITE POMPA > 4 SOMMINISTRAZIONI FARMACI A SOLO

Punteggio globale fattori A + B + C



QUANDO SI COMPILA

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

Le schede possono essere ricompilate ogni qualvolta vi siano dei cambiamenti riguardanti lo stato di salute del paziente o fragilità psicosociali .

Seguono il paziente durante il suo percorso di malattia

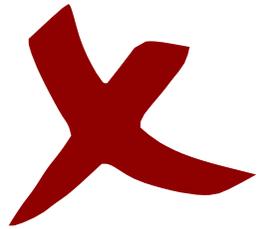


Revisione 2018

METODO:

**Confronto fra gruppo di
studio infermieristico e
operatori del CAS
durante corsi di
formazione**

Revisione 2018



Valutazione accessi venosi



Accertamento iniziale



Scheda sintomi



Valutazione stato nutrizionale

ACCERTAMENTO INIZIALE



Valutazione infermieristica all'inizio del percorso di cura presso il CAS

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza/domicilio _____

Recapiti telefono _____

Indirizzo e-mail _____

Occupazione: _____

Ipotesi diagnostica _____

Provenienza:

MMG Nominativo _____ Telefono _____

E-mail _____

Specialista Ospedale Nominativo _____ Specialità _____

Telefono _____

Altro ospedale _____

Pronto soccorso

Medico di riferimento del CAS _____

In possesso ET 048 Si No

Se no, data di rilascio da parte del CAS: _____

Peso Kg _____ Altezza cm _____

Allergie note _____ profilassi MDC No Si

Cognome e nome _____

KARNOFSKY	CARATTERISTICHE FUNZIONALI DELLA PERSONA	ECOG
<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> Nessun disturbo, nessun segno di malattia	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 90%	<input type="checkbox"/> Possibili le normali attività, sintomatologia molto sfumata	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> Normali attività possibili con difficoltà. Sintomi evidenti	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 70%	<input type="checkbox"/> Cura di se stessi. Normali attività e lavoro non possibili	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> Necessario qualche aiuto, indipendente nei bisogni personali	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> Aiuto spesso necessario, richiede frequenti cure mediche	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 40%	<input type="checkbox"/> Disabile. Necessario un aiuto qualificato	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> Severamente disabile. Ospedalizzazione necessaria ma senza rischio di morte	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 20%	<input type="checkbox"/> Estremamente malato. Richieste misure intensive di supporto alla vita	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> Moribondo. Processi di malattia fatali rapidamente progressivi	<input type="checkbox"/> 4

Diabete No Si in terapia con _____

Patologia tiroidea No Si in terapia con _____

Terapia anticoagulante/antiaggregante No Si con _____

Altre terapie _____

Comorbilità presenti _____

Altro _____

Caratteristiche della famiglia: Coniugato/a Convivente Single
 Divorziato/a Separato/a Vedovo/a

Presenza di figli: No Si Maschi: _____ Femmine: _____
 Età: _____ Età: _____

Caregiver No Si Nome _____

Rapporto con il paziente _____

Telefono _____

Note _____

MALNUTRITON SCREENING TOOL (MST)

Cognome e nome _____

MALNUTRITION SCREENING TOOL (MST)

STEP 1:

- Il paziente ha perso peso involontariamente negli ultimi 3 mesi?
No 0
Non sa 2
- Se sì, quanto ha perso?
0.5 - 5 kg 1
> 5 Kg - 10 kg 2
> 10 kg - 15 kg 3
> 15 kg 4
- Il paziente ha ridotto l'alimentazione per mancanza di appetito?
No 0
Sì 1

TOTALE PUNTEGGIO STEP 1: _____

STEP 2:

Punteggio 0 = NO RISCHIO MALNUTRIZIONE

Si evidenzia una lieve riduzione degli introiti calorici senza perdita di peso
NESSUN INTERVENTO RIVALUTAZIONE entro 30 gg
da infermiere di riferimento

Punteggio 1 = RISCHIO MALNUTRIZIONE BASSO

RIVALUTAZIONE e MONITORAGGIO PESO entro 30 gg, gestito dall'infermiere di riferimento. Consigliare consultazione libretti "Quando alimentarsi diventa un problema" scaricabile da:

<http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/reticliniche/la-rete-di-dietetica-e-nutrizione-clinica>

Punteggio 2-3 = RISCHIO MALNUTRIZIONE MEDIO-ALTO

Se le condizioni cliniche che hanno portato al punteggio 2 o 3 dovessero persistere per più di 7 gg: eseguire il MONITORAGGIO PESO e invitare il paziente a compilare il MONITORAGGIO INGESTA attraverso un diario alimentare di 2-3 giorni per INTERVENTO NUTRIZIONALE (Dietistico-Dietologico) da avviare precocemente CONTATTANDO DIRETTAMENTE il Centro di riferimento più vicino.



VALUTAZIONE DOLORE

PRIMA

DOPO

Gruppo Infermieristico Rete Oncologica
 N. revisione 00
 Data emissione 15 luglio 20

[Allegato 4]

SCHEDA 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 chemioterapia

3) POSSIBILE QUALITÀ:

- dolore nocicettivo
- dolore neuropatico
- dolore viscerale

4) INTENSITÀ DOLORE: scala NRS (NUMERICAL RATING SCALE)

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

5) TEMPORALITÀ:

<p><u>Dolore continuo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ACUTO (inferiore ad 1 mese) <input type="checkbox"/> CRONICO (superiore ad 1 mese) 	<p><u>Dolore episodico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> LENTO <input type="checkbox"/> RAPIDO <input type="checkbox"/> DOLORE INCIDENTE (REACTING TO CANCER PAIN STUP)
--	--

6) INSORGENZA: PULSANTE TRAFITIVO ALTRO _____

7) ATTUALE TERAPIA ANTIDOLORIFICA:

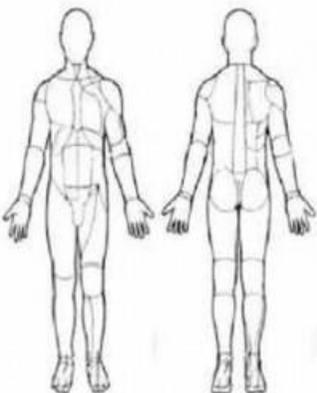
ANALGESICI ANTIPIRETICI ANTINFIAMMATORI	OPPIOIDI PER IL DOLORE MODERATO	OPPIOIDI PER IL DOLORE SEVERO

8) VIA DI SOMMINISTRAZIONE:

<input type="checkbox"/> ORALE	<input type="checkbox"/> SOTTOCUTE	<input type="checkbox"/> SUBLINGUALE	<input type="checkbox"/> ENDOVENOSA	<input type="checkbox"/> RETTALE	<input type="checkbox"/> TRANSDERMICA
--------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------

DATA RILEVAZIONE DOLORE: _____ ORA: _____

FIRMA: _____



Cognome e nome _____

Valutazione dolore: NRS 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sedi dolore _____

Irradiazione _____

Dolore acuto cronico

Terapia antidolorifica in atto:

analgesici/ antipiretici /antinfiammatori

oppioidi

Supporto psicologico: Il paziente accetta rifiuta si riserva di decidere

Supporto sociale: Il paziente accetta rifiuta si riserva di decidere

SCHEDA SINTOMI

Data _____ Firma Infermiere Compilante _____

Appendice dell'area biologica

Cognome e nome _____

Respirazione	Alimentazione	Eliminazione urinaria
<input type="checkbox"/> Eupnoico	<input type="checkbox"/> Dieta libera	<input type="checkbox"/> Autonoma
<input type="checkbox"/> Dispnoico	<input type="checkbox"/> Disgeusia	<input type="checkbox"/> Oligoanuria <input type="checkbox"/> Pollacchiuria <input type="checkbox"/> Poliuria <input type="checkbox"/> Stranguria <input type="checkbox"/> Bisogno imperioso <input type="checkbox"/> Ematuria
<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Nausea	Incontinenza urinaria <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si: - diurna <input type="checkbox"/> - notturna <input type="checkbox"/> - occasionale <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Vomito	<input type="checkbox"/> Catetere vescicale: - a permanenza <input type="checkbox"/> - a intermittenza <input type="checkbox"/> Tipo di catetere: _____ Data posizionamento _____
<input type="checkbox"/> Tracheostomia Data: _____ Note: _____ _____ _____ _____	Alimentazione artificiale: <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Digijunostomia <input type="checkbox"/> Gastrostomia	<input type="checkbox"/> Urostomia Data _____
	Difficoltà deglutizione: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> solidi <input type="checkbox"/> liquidi	<input type="checkbox"/> Mutande/Pannolone per incontinenza
	<input type="checkbox"/> Xerostomia <input type="checkbox"/> Scialorrea <input type="checkbox"/> Difficoltà masticazione	<input type="checkbox"/> Altro _____ _____

Cognome e nome _____

Eliminazione intestinale	Cute	Stato emotivo
<input type="checkbox"/> Alvo regolare	<input type="checkbox"/> Alterata - tipo di lesione _____ _____	<input type="checkbox"/> Aggressività verbale <input type="checkbox"/> Aggressività fisica <input type="checkbox"/> Agitazione
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Alterata - sedi di lesione _____ _____	<input type="checkbox"/> Rifiuto dell'assistenza
<input type="checkbox"/> Stipsi Uso di lassativi: _____ _____ Uso di clisteri: _____ _____	<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Domande ripetitive
<input type="checkbox"/> Stomia Data _____ Note _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Sudorazione	<input type="checkbox"/> Allucinazioni <input type="checkbox"/> Deliri
<input type="checkbox"/> Singhiozzo		<input type="checkbox"/> Alterazioni del sonno
<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Altro



OGGI

L'utilizzo quotidiano dello strumento a fatto emergere, da parte degli infermieri del CAS, l'esigenza di una revisione dello strumento.



**Realizzare un documento condiviso,
aggiornato, snello e con dati
significativi/utili per mettere in campo
precocemente eventuali interventi che
vadano a rispondere a bisogni e
fragilità**

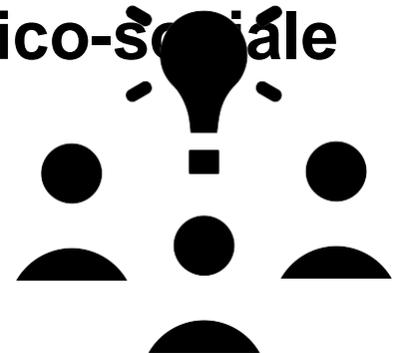
METODO

- **Analisi dei documenti esistenti (schede di valutazione attualmente in uso)**
- **Revisione bibliografica analizzando la presenza di articoli recenti riguardanti la raccolta dati infermieristica nei pazienti oncologici**
- **Analisi di eventuali documenti utilizzati nelle proprie realtà, adottati oltre a quelli forniti dalla Rete Oncologica**



METODO:

- **Contattato il referente del gruppo degli psicologi della Rete dott Marco Gonella affinché vi possa essere una collaborazione rispetto la revisione delle domande presenti nella scheda bio-pscico-sociale**
- **Contattata la referente del gruppo degli assistenti sociali della Rete dott.ssa Paola Giribaldi affinché vi possa essere una collaborazione rispetto la revisione delle domande presenti nella scheda bio-pscico-sociale**



CONCLUSIONI/RISULTATO

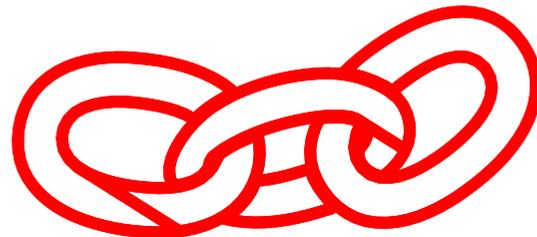
- **Lavoro multiprofessionale che ha portato alla realizzazione di uno strumento che garantisca equità nella valutazione al fine di programmare interventi clinico-socio-psicoassistenziali necessari**
- **Prendersi cura della persona globalmente e in modo concreto**
- **Naturalmente lo strumento da solo non basta , va associato ad un'organizzazione come indicato dal modello proposto dalla Rete Oncologica**



- ✓ **Lo strumento deve essere un aiuto, una guida...**
- ✓ **Può essere adattato alla propria realtà lavorativa...**



L'operatore non deve interpretare tale strumento come una costrizione



**TO BE
CONTINUED...** 

thanks
FOR ATTENTION