



**IL PASSAGGIO DELLE INFORMAZIONI TRA CENTRO ACCOGLIENZA
SERVIZI (CAS) E PSICONCOLOGIA, SERVIZIO SOCIALE, TERAPIA
ANTALGICA, DIETOLOGIA, GERIATRIA, PROGETTO PROTEZIONE
FAMIGLIE FRAGILI, GRUPPO INTERDISCIPLINARE CURE (GIC)**

Coordinatori Gruppo di Studio Infermieri

Carla Rigo AOU Maggiore della Carità di Novara
Rita Reggiani AO Ordine Mauriziano di Torino

Gruppo di stesura:

Coordinamento

Anna Maria Fantino AO S. Croce e Carle di Cuneo

Componenti

Silvia Cagnasso ASL CN2
Morena Ciceri ASL CN2
Samanta Clementi ASL Città di Torino, P.O. S. Giovanni Bosco Torino
Monia Ferrato ASL Città di Torino, P.O. Martini

Sommario

Sommario	2
INTRODUZIONE	3
OBIETTIVO	4
CAMPO DI APPLICAZIONE	4
RIFERIMENTI NORMATIVI	4
ABBREVIAZIONE TERMINOLOGIA	5
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	5
DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	6
PROPOSTE OPERATIVE	8
MONITORAGGIO E VERIFICA	9
CONCLUSIONI	9
BIBLIOGRAFIA	10

INTRODUZIONE

La Rete Oncologica (RO), in quanto Dipartimento Funzionale Interaziendale Interregionale, unisce le aziende del Piemonte e della Valle d'Aosta, con l'obiettivo di curare e assistere le persone affette da patologie tumorali accompagnandole lungo i percorsi di diagnosi e di terapia. Il modello organizzativo proposto dalla RO si basa sulla presa in carico coordinata, tempestiva e interdisciplinare del paziente, sulla collegialità decisionale rispetto alle scelte e opzioni terapeutiche e sull'individuazione di centri di riferimento per le diverse patologie. Questo modello trova la sua concretizzazione, all'interno delle aziende (Hub e Spoke), attraverso i Centri Accoglienza Servizi (CAS) e i Gruppi Interdisciplinari di Cura (GIC). Il CAS è un'articolazione organizzata della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta in termini di assistenza, orientamento e supporto; prende in carico la persona all'inizio del percorso fino al completamento diagnostico. Si occupa di pianificare il percorso diagnostico- stadiale seguendo i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) rispettando le tempistiche suggerite dalle indicazioni della RO. Il CAS è composto da medici, infermieri e personale amministrativo, ma non sono i soli attori coinvolti nella soddisfazione dei bisogni del paziente e delle famiglie in questa prima e cruciale fase. L'infermiere accoglie la persona e, attraverso una scheda di valutazione, raccoglie dati finalizzati alla rilevazione di eventuali bisogni e/o fragilità che dovranno diventare patrimonio di tutti i professionisti coinvolti nel percorso di cura. Una caratteristica fondamentale della Rete è quella di superare gli schemi classici di trasmissione verticale dell'informazione, a favore di un modello comunicativo nel quale il ruolo dei singoli partecipanti è molto più attivo, un modello che abbiamo caratterizzato con i termini di comunicazione circolare.

I professionisti coinvolti in questa rete comunicativa sono:

- Infermieri del CAS
- Assistenti Sociali
- Geriatri
- Psiconcologi
- Dietisti/dietologi
- Algologi

Diventa pertanto importante strutturare una modalità operativa ed organizzativa per il passaggio delle informazioni e la collaborazione tra operatori e servizi. Considerando che in alcune realtà i diversi membri dell'equipe non sono ubicati nella stessa struttura ospedaliera, diventa cogente condividere le informazioni in modo sicuro, preciso e puntuale nel rispetto della legge sulla privacy.

Alla luce di queste considerazioni il nostro gruppo di lavoro ha indagato come avviene il passaggio di informazioni tra il personale coinvolto nell'assistenza nei CAS della RO dalla presa in carico fino al momento

della discussione GIC cercando di valutare quali potrebbero essere le proposte future per rendere omogenee le modalità operative.

OBIETTIVO

Il nostro lavoro pone come obiettivo quello di identificare le modalità in essere e di proporre modalità operative atte a garantire il passaggio delle informazioni nel modo più omogeneo possibile.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Tale documento trova applicazione nei seguenti servizi: Cento Accoglienza Servizi, servizio di Psicologia, Servizio di Nutrizione Clinica, Geriatria, Servizi Sociali, Gruppo Interdisciplinare di Cura, Servizio di Terapia Antalgica e, laddove presente, il nucleo Protezione Famiglie Fragili

RIFERIMENTI NORMATIVI

- **Delibera Istitutiva della Rete Oncologica DGR n° 26 – 10193 del 1/8/2003** (1) “Approvazione linee guida metodologico-organizzative del Centro Accoglienza e Servizi e del Gruppo Interdisciplinare Cure
- **Codice Deontologico dell’Infermiere -2019** Art. 13 –Agire competente, consulenza e condivisione delle informazioni
- **Profilo di Posto** che definisce le caratteristiche che deve raggiungere il professionista sanitario chiamato a ricoprire un determinato ruolo (posizione organizzativa) all'interno di un'organizzazione sanitaria.
- **Norma sulla tutela della privacy** così come disciplinato dal D. Lgs, 196/2003 nonché dal recente regolamento UE 679/2016.
- **Legge n. 24/2017**, nota ai più come legge "Gelli" recante "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*".
- **Norma ISO9001:2015** che specifica i requisiti necessari per realizzare un sistema di gestione della qualità utile a migliorare l’organizzazione di una azienda produttrice di beni e servizi e porla nelle condizioni di dimostrare all’utente la propria capacità di produrre in modo conforme quanto dichiarato

ABBREVIAZIONE TERMINOLOGIA

CAS	Centro Accoglienza e Servizi
GIC	Gruppo Interdisciplinare Cure
G8	Strumento di screening per la valutazione geriatrica
PPFF	Progetto Protezione Famiglie Fragili
MST	Scheda di malnutrizione
MMG	Medico di Medicina Generale
PDTA	Percorso Diagnostico terapeutico Assistenziale
RO	Rete Oncologica
GSI	Gruppo di Studio Infermieri
DiPSa	Direzione delle Professioni Sanitarie

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

GRIGLIA AZIONI E RESPONSABILITA'								
<i>Legenda: R Responsabile, C Coinvolto, I Informato</i>								
DESCRIZIONE AZIONI	Infermiere CAS	Algologo	Dietologo	Geriatra	Assistente Sociale	Psicologo	Infermiere GIC	DIPSA DIREZIONE
Trasmissione della scheda G8	R			C			I	I
Trasmissione della scheda MST	R		C				I	I
Trasmissione della scheda bio-psico-sociale	R				C	C	I	I
Trasmissione della scheda del dolore	R	C					I	I
Trasmissione della scheda PPFF	R				C	C	I	I

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Il Gruppo Infermieristico della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle D'Aosta ha redatto le schede di valutazione infermieristica, per orientare, sostenere e disciplinare l'assistenza, a livello Regionale, secondo modalità condivise e omogenee. L'accertamento, effettuato mediante queste schede, consente di raccogliere in modo sistematico dati oggettivi e soggettivi che permetteranno di ottenere tali informazioni. L'utilizzo di uno strumento condiviso e di criteri uniformi, oltre a garantire la raccolta delle informazioni sulla persona, può più facilmente far giungere alle medesime conclusioni senza lasciare spazio a personalismi e/o interpretazioni e riduce la variabilità delle risposte assistenziali. Queste schede vengono compilate durante l'accoglienza infermieristica effettuata nella presa in carico al CAS. I dati raccolti creano un vero e proprio dossier che seguirà la persona per tutto l'iter in modo da agevolare sia il paziente che i colleghi coinvolti nel percorso rilevando e affrontando precocemente le fragilità della persona e della sua famiglia. Per comprendere le modalità operative atte a garantire il passaggio delle informazioni tra i professionisti e servizi coinvolti, è stata svolta un'indagine mediante la somministrazione di un questionario ai CAS della RO. Le risposte ottenute hanno evidenziato che solo 5 CAS possiedono una PEC e la utilizzano, la maggior parte del passaggio di informazioni tra le diverse figure professionali del CAS passa attraverso l'utilizzo della mail aziendale (70%) del fax (30%). Differente si presenta la situazione se osserviamo come le informazioni passano dal CAS ai GIC (questo a causa della dislocazione fisica dei GIC in centri di riferimento che spesso sono logisticamente distaccati dal CAS da cui proviene la persona assistita); in questo caso vengono utilizzate più risorse proprio per soddisfare le richieste organizzative interne dei GIC stessi. Troviamo rappresentate in ordine crescente queste modalità:

- ✓ PEC
- ✓ Paziente
- ✓ FAX
- ✓ Mail Aziendale
- ✓ Corriere / Autista

alcuni CAS utilizzano tutte queste modalità per soddisfare le richieste dei diversi centri di riferimento cui afferiscono. Cerchiamo di riassumere brevemente quale dovrebbe essere la direzione che dovrebbero avere le informazioni racchiuse nelle schede compilate al CAS:

ANAGRAFICA

Le informazioni raccolte in questa scheda vengono inviate al GIC in modo che l'infermiere dedicato possa in modo rapido contattare il paziente o il caregiver dichiarato al momento dell'accoglienza. È utile inviare questa scheda ad ogni specialista per facilitare il contatto con la persona assistita per la comunicazione di un appuntamento o del programma terapeutico.

BIO-PSICO-SOCIALE

Questa scheda è lo strumento basilare della comunicazione tra l'infermiere che accoglie la persona / famiglia e il servizio di Psiconcologia e il Servizio Sociale. Nel caso in cui si rilevi una fragilità in ambito psico-oncologico o sociale la scheda va inoltrata ai rispettivi Servizi in modo che si possano precocemente attivare i supporti necessari. I servizi invieranno al CAS un report in cui informano su quali siano i programmi concordati con la persona. Più rapidamente si riesce far fluire la comunicazione più il percorso del paziente sarà tutelato in tutto il suo svolgimento. Il quadrante di valutazione prettamente biologica diventa parte integrante di comunicazione tra l'infermiere del CAS e gli infermieri degli altri servizi (ad esempio: radiologia, ambulatori ecc) quando si segnala la presenza di sintomi, occorre compilare quali sono per dare ai colleghi dei servizi diagnostici un'istantanea delle condizioni della persona.

In questo caso è importante che questa scheda segua il paziente o venga inoltrata ai servizi interessati.

MALNUTRIZIONE

Questa scheda prevede la valutazione dell'aspetto nutrizionale, che è tra i principali fattori di rischio intrinseci nel ritardo dei processi di guarigione; permette di calcolare la percentuale di peso corporeo nell'ultimo periodo e, in base all'esito del calcolo, di indirizzare il paziente dallo specialista per la correzione del bisogno alterato. La corretta applicazione della scheda permetterebbe all'infermiere di identificare precocemente le fragilità della persona inerenti il modello dietetico in atto al momento della valutazione. Nel caso in cui lo score ottenuto lo richieda è necessario inviare la scheda al Servizio di dietologia affinché prenda in carico precocemente la persona in modo da poter attivare interventi preventivi in vista del percorso chirurgico del paziente.

DOLORE

Valutare la presenza di dolore già al primo accesso del paziente permette di segnalarlo precocemente agli specialisti che si occupano di terapia antalgica in modo da garantire alla persona e alla famiglia una riduzione dello stress e una corretta modulazione farmacologica. La scheda una volta compilata va inviata al Servizio Ambulatoriale di Terapia Antalgica ove presente o agli specialisti dedicati, dandone poi un feedback di ritorno all'infermiere del CAS per il monitoraggio della problematica

SINTOMI

La scheda dei sintomi permette di dare una vera e propria “consegna” sulle fragilità del nostro paziente identificando in modo chiaro e sintetico i modelli fisiologici compromessi. L'importanza della condivisione di questa scheda sta proprio nella possibilità di creare una pianificazione assistenziale personalizzata ed al contempo aderente alle linee guida, essa deve far parte della documentazione che viene consegnata all'infermiere del gic che la consegnerà a sua volta ai colleghi successivi nonché ai vari servizi in cui il paziente viene inviato per esami/accertamenti/consulenze.

SCHEDA G8

La scheda di valutazione oncogeriatrica, denominata più comunemente G8 ha la finalità di valutare le fragilità della persona con età uguale o superiore a 75 anni in modo da poter pianificare l'assistenza medico-infermieristica e sociosanitaria necessaria. Il CAS dovrebbe inviare tale scheda al servizio di oncogeriatrics nel più breve tempo possibile in modo da pianificarne la valutazione prima della discussione clinica del caso al GIC di riferimento. Espletata la consulenza, il geriatra dovrà inviarne al CAS il report per completare la documentazione necessaria per il GIC.

IL PROGETTO PROTEZIONE FAMIGLIE FRAGILI (PPFF)

L'infermiere che accoglie la persona al CAS se rileva una o più fragilità compila la scheda dedicata al progetto, tale scheda va compilata ogni qual volta vi siano delle variazioni del percorso di cura o si evidenzino delle nuove fragilità. In caso di presenza di fragilità l'infermiere o il medico presenterà il progetto al paziente e alla famiglia. Alla richiesta di adesione, verrà consegnata la scheda alla mini equipe, composta da assistente sociale e psicologo che valuterà il caso e le eventuali strategie di intervento. Dopo l'attivazione del servizio la mini equipe dovrà dare un rimando all'infermiera del CAS per aggiornare e monitorare il caso secondo la modalità concordata per ciascun servizio.

PROPOSTE OPERATIVE

Questo documento si propone di suggerire delle soluzioni atte a semplificare il passaggio delle informazioni assistenziali all'interno del gruppo di lavoro attraverso una modalità efficace e rispettosa della normativa vigente in materia di difesa della privacy (tema sempre più attuale) ma che sia anche snella e fruibile. Dalle informazioni raccolte abbiamo osservato una realtà di gestione davvero disomogenea del flusso comunicativo, questo probabilmente è anche secondario alla diversa modalità organizzativa dei CAS (centralizzati o liquidi) e alla eterogeneità dei territori (vedi strutture in cui i GIC sono dislocati a chilometri di distanza dal CAS inviante). Il passaggio di informazioni in modo completo e puntuale garantisce al paziente un'assistenza personalizzata nel rispetto delle Linee Guida e dei PDTA proposti dalla RO occorre quindi che nei diversi

CAS si inizi ad attivare una vera e propria comunicazione circolare che non avvenga solo attraverso feedback telefonici ma attraverso la condivisione via mail dei report dei diversi attori in modo che resti traccia dell'attività assistenziale pianificata e posta in essere. L'utilizzo di posta certificata potrebbe in effetti rispondere in modo adeguato a queste esigenze poiché tutti i servizi comunicano regolarmente via mail, quindi è una modalità ormai radicata di condivisione e protegge i dati sensibili della persona.

La PEC:

- ✓ garantisce la **certezza dell'avvenuto recapito dell'email** alla casella di posta certificata destinataria, con la spedizione di una ricevuta di consegna, in modo analogo alla tradizionale lettera raccomandata a.r. e con lo stesso valore legale
- ✓ garantisce l'attestazione della **data di consegna** e di **ricezione** del messaggio e conserva la traccia della comunicazione avvenuta tra mittente e destinatario
- ✓ il messaggio non può essere alterato nella trasmissione.

Il limite della PEC potrebbe essere che solo le PEC possono comunicare tra loro e che quindi ogni interlocutore dovrà averne una, potrebbe essere una soluzione convertire alcune mail aziendali in PEC in modo da non modificarne gli indirizzi ma solo la funzione.

MONITORAGGIO E VERIFICA

Il monitoraggio dovrà avvenire a cura della Direzione d'Azienda e Direzione della Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta.

Si individua e si propone, quale indicatore di processo, la misurazione della qualità della prestazione infermieristica erogata all'inizio del percorso di cura in termini di presa in carico globale della persona assistita. Nello specifico si suggerisce il monitoraggio e la comparazione tra il totale delle visite CAS eseguite e il numero di schede infermieristiche compilate e inviate agli specialisti interessati

CONCLUSIONI

La riorganizzazione delle aziende in centri Hub e Spoke portano con sé la necessità di nuove modalità di comunicazione al fine di essere maggiormente efficaci ed efficienti nel gestire i bisogni di salute del paziente oncologico. Alcune di queste aziende stanno modificando la loro documentazione clinica per renderla più fruibile a tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale in modo da velocizzare la condivisione di informazioni e ridurre gli errori. Sempre più frequentemente le aziende si stanno dotando di cartelle cliniche con software maggiormente interattivi e completi e si lavora molto per la condivisione delle informazioni all'interno della propria azienda. Nella redazione del documento il punto di maggiore difficoltà risulta essere la grande disomogeneità dei programmi e strumenti utilizzati dai diversi Centri, aspetto che non facilita

l'immediatezza comunicativa ma rende complessa l'acquisizione delle informazioni, soprattutto tra aziende differenti. Questo documento ha l'intento di porre la questione della condivisione delle informazioni inerenti il paziente proprio in un'ottica di multiprofessionalità spesso dislocata versus una normativa sulla privacy dettagliatissima ma a volte difficilmente applicabile

BIBLIOGRAFIA

- Chiara Refatti, Anita Bevilacqua. L'integrazione tra infermiere e medico nelle medicine. Risultati di un'indagine. Assistenza infermieristica e ricerca 2007 n 26, 1 .
- Paolino I, Pesca L. Ruolo delle tecnologie nella informazione e della comunicazione. L'assistenza primaria in Italia dalle condotte mediche al lavoro di squadra.
- Ruiz Quintanilla A. Lavorare per gruppi. In: Depolo M, Sarchielli G. (a cur di) Psicologia dell'organizzazione. Bologna. Il Mulino, 1998, 135-37
- Una comunicazione efficace come chiave per la sicurezza del paziente: indagine conoscitiva sulla correlazione tra consegna infermieristica ed errore. Tesi di laurea. Baban Ioana Madalina. 2015.
- Welsh CA, Flanagan ME, Ebright P. Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. Nurs Outlook 2010 0;58(3):148-154.