



“A” DI ASSISTENZIALE NEL PDTA DEL TUMORE DEL COLON-RETTO

Coordinatori Gruppo di Studio Infermieri

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

Gruppo di stesura:

Coordinamento

Elena Maria Morano	ASL CN1, Mondovì
--------------------	------------------

Componenti

Ariu Valentina	AO Mauriziano
Arlorio Cristina	ASL Città di Torino, Ospedale Maria Vittoria
Beltramo Marisa	ASL BI
Ciceri Morena	ASL CN 2
Paonessa Sabrina	ASL VCO
Pellachin Sabrina	ASL Città di Torino, Ospedale Maria Vittoria
Rovera Michela	AO Cuneo
Tritapepe Marianna	Humanitas Gradenigo
Zingaro Margherita	ASL Città di Torino, Ospedale San Giovanni Bosco

1.PRESENTAZIONE

Il Gruppo di Studio Infermieristico (GdSI), quale strumento di governo assistenziale dei processi di cura e assistenza dei problemi di salute dei pazienti oncologici e delle loro famiglie, ha curato la redazione del presente documento su indicazione e volontà del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle D'Aosta, affinché fosse esplicitata la A di Assistenza Infermieristica nei percorsi diagnostici e terapeutici per le neoplasie di polmone, mammella, prostata e colon-retto.

2.INTRODUZIONE

I percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali (PDTA) sono piani multiprofessionali e interdisciplinari di assistenza e, come tali, richiedono l'esplicitazione dello specifico contributo delle singole discipline professionali, al fine di raggiungere gli obiettivi di salute della popolazione malata a cui si riferiscono, in ragione di efficienza ed efficacia ottimali (ALLEGATO 1).

In tal senso gli infermieri che costituiscono il gruppo di lavoro, hanno assunto la volontà di rendere visibile e fruibile l'offerta assistenziale ai pazienti e alle loro famiglie e a tutta la comunità multiprofessionale definendo lo specifico infermieristico.

Il presupposto di tale lavoro poggia il suo fondamento sul documento "Linee di indirizzo per la stesura dei percorsi diagnostici terapeutici nell'ambito dell'assistenza infermieristica relative alle patologie oncologiche", revisione 00 del 15 luglio 2016, pubblicato in forma integrale sul sito internet della Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta (1) e alle "schede profilo e competenze infermieri CAS e GIC", revisione 00 del 1° marzo 2018 (2)

3.OBIETTIVO

Definire funzioni ed attività dell'Infermiere che interviene nei PDTA relativi al tumore mammario, del polmone, del colon-retto e della prostata, al fine di valorizzarne il ruolo e le competenze, rendere tangibile lo specifico apporto in termini di professionalità e sostanziarne l'agire responsabile in rapporto agli altri professionisti del settore.

4.DESTINATARI/CAMPO DI APPLICAZIONE

Questo documento è rivolto ai cittadini in quanto fruitori di un servizio di pubblica utilità ed è stato creato per rispondere ai bisogni complessi di salute nell'ambito delle patologie oncologiche quali: tumore della mammella, del polmone, della prostata e del colon-retto.

I pazienti, infatti, hanno il diritto di ottenere dalla struttura sanitaria che li accoglie il miglior percorso di cura che si traduce in una sequenza di azioni svolte dai professionisti, in ragione della medicina di qualità e delle prove di efficacia: Evidence Based Medicine (EBM).

I PDTA rappresentano una dichiarazione scritta delle pratiche, delle indagini, delle decisioni e delle valutazioni che vengono attuate per affrontare il problema di salute espresso dalla popolazione.

Si rivolge, inoltre, agli operatori sanitari coinvolti nei percorsi di cura oncologici quale monito ad attenersi agli standard dichiarati.

5.METODO

Il gruppo di lavoro infermieristico della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, nell'elaborazione di questo documento, ha mantenuto, come riferimento, i valori della bussola (ALLEGATO2), i modelli organizzativi e le procedure operative che concretizzano l'esperienza della Rete stessa.

Particolare rilevanza e attenzione è stata data alle Linee di indirizzo per la stesura dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali nell'ambito dell'assistenza infermieristica relative alle patologie oncologiche e ai profili di posto dell'infermiere CAS e GIC (1) (2).

I 4 sottogruppi di lavoro, identificati ognuno dalla patologia oncologica oggetto dell'approfondimento sopra citato hanno provveduto ad una condivisa lettura delle linee di indirizzo per la "A" di assistenziale e raccolto i PDTA di ciascuna ASO, ASL, AOU o Presidio Ospedaliero di appartenenza.

I singoli PDTA hanno permesso di individuare in maniera trasversale le funzioni e azioni compiute dagli infermieri nelle diverse realtà di lavoro (ambulatori, reparti, day hospital, radiologie, CAS, GIC, cure palliative,...) evidenziandone:

- * sequenzialità temporale all'interno del più ampio scenario di tutte le attività svolte a favore del paziente
- * particolarità intesa come elemento essenziale e imprescindibile dai contesti organizzativi
- * importanza strategica per il buon compimento dell'obiettivo salute per l'assistito
- * natura dell'azione in quanto specifico dell'essere professionista infermiere e quindi non prescrivibile/ascrivibile ad altri ruoli sanitari o sociali e, viceversa, tutto quanto non di primaria competenza infermieristica.

In ragione di tali riflessioni, i singoli gruppi hanno posto l'attenzione alla descrizione delle azioni infermieristiche, dettagliando ove necessario, in modo chiaro e puntuale, le articolazioni funzionali sottese all'attività stessa.

In alcuni casi si è reso necessario sostenere tale descrizione con gli approfondimenti bibliografici e scientifici reperiti in letteratura.

A fronte di una prima parte trasversale a tutti e quattro gli elaborati, poiché frutto della medesima riflessione concernente le motivazioni e la struttura semantica adottata dall'intero GdSI per costruire il presente documento, vi è poi una specifica parte rinvenibile in ognuno dei quattro elaborati che narra la natura stessa della "A" di assistenza.

Le riflessioni sulla natura della “A” di assistenza nelle quattro patologie killer in ambito oncologico, ha comportato, per i membri del GdSI una notevole difficoltà in quanto il soddisfacimento dei bisogni di assistenza infermieristica non è solo questione di teoria, metodo e standard specifici, ma si tratta anche di stile professionale, cioè della messa in campo di un insieme di comportamenti che nel rapporto assistenziale con il malato non coincidono con la sola rete dei concetti, ma con la personalizzazione dell’assistenza infermieristica.

“L’infermieristica non è semplicemente tecnica, ma un sapere che coinvolge anima, mente e immaginazione”, scrisse Florence Nightingale; è un sapere che ha bisogno di un metodo, di una forma mentis che permetta al professionista di porre in relazione l’insieme di conoscenze astratte con la finalità pratica (la soddisfazione dei bisogni dell’utente) e quindi con la risoluzione dei problemi.

Mentre il medico si occupa della malattia, l’infermiere si occupa delle risposte della persona alla malattia, risposte che sono di natura biologica, psicologica, sociale e spirituale e che sorgono in conseguenza ad eventi, a problemi di salute reali o potenziali, a processi vitali.

Scopo dell’assistenza infermieristica è dunque quello di promuovere il benessere, prevenire la malattia e ripristinare la salute nell’individuo, nella famiglia e nella comunità avvalendosi del proprio metodo scientifico di risoluzione dei problemi: il processo di assistenza.

La professione Infermieristica è ancora nel pieno del processo di professionalizzazione che ha visto l’affrancarsi negli ultimi decenni di evoluzioni del concetto di essere infermiere, passando tra ruoli e culture talmente differenti da creare disomogeneità di appartenenza al ruolo; questo è quanto mai vero anche solo nella formazione acquisita durante il percorso di base (Infermiere Professionale, Diploma di Laurea in Infermieristica, Laurea breve in Infermieristica) e non da ultimo, il recente approdo alla Laurea Magistrale o ai Master di I e II livello nonché alle Scuole di Specializzazione e ai Dottorati di Ricerca.

Nel tentativo di porre le basi per spianare la strada alle differenti forme mentis di pensiero, il GdSI ha ritenuto di volersi affrancare da tali dissertazioni, assumendo come lente di ingrandimento dello specifico infermieristico, la valutazione dei bisogni assistenziali dei cittadini intesa come la capacità del grado di self care nel soddisfacimento degli stessi e la proiezione in prospettiva delle evoluzioni di queste capacità durante le diverse terapie oncologiche a cui verranno sottoposti.

Tali capacità sono state tradotte in fragilità sul versante assistenziale; esse possono richiedere l’intervento dello specifico infermieristico o la messa in allarme di altri ruoli professionali nel caso di interventi non riconducibili all’infermiere (psiconcologa, nutrizionista,....).

In effetti le cinque schede di valutazione infermieristica, patrimonio degli infermieri che operano nei diversi setting assistenziali in oncologia, hanno come obiettivo di primaria importanza la definizione delle fragilità della persona affinché si possano oggettivare le possibili azioni future all’interno dei diversi PDTA.

A puro titolo esplicativo si allegano i bisogni di assistenza che conducono alla presa in carico dell’assistito per

l'individuazione delle fragilità:

1. Respirazione
2. Parametri vitali
3. Eliminazione urinaria
4. Eliminazione intestinale
5. Igiene cura della persona
6. Integrità cutanea
7. Alimentazione/idratazione
8. Mobilizzazione
9. Terapia
10. Aspettativa di Vita
11. Famiglia e Vita Sociale
12. Trattamenti specifici

6. STRATEGIE DI IMPLEMENTAZIONE

La strategia di diffusione dei documenti vedrà l'intervento della Direzione del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta.

La Direzione della Rete diffonderà i documenti in incontri e riunioni mirati:

- ai gruppi di studio delle singole patologie della Rete oncologica
- nelle diverse ASO, ASL e AOU nello specifico dei CAS e dei GIC aziendali, raggiungendo i Direttori di Struttura e i Dirigenti infermieristici.

Altre iniziative di diffusione saranno pianificate dal Gruppo di Studio Infermieristico della Rete Oncologica.

I documenti saranno resi pubblici, dopo la loro approvazione, sul sito internet della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, area operatori, infermieri, documenti.

7. MONITORAGGIO/VERIFICA

La Direzione del Dipartimento della Rete Oncologica effettuerà una valutazione sistematica per verificare in modo sintetico, l'applicazione dei PDTA e gli eventuali scostamenti; in questo senso sono stati previsti specifici indicatori che verranno resi visibili nei mesi antecedenti la progettazione degli audit.

Gli audit saranno condotti fra pari e progettati ad opera dei diversi professionisti che la Rete ha individuato e formato nel corso dell'anno passato e di quello in corso.

Gli indicatori specifici per la "A" di assistenza saranno oggetto di studio di una commissione composta da infermieri appartenenti alle diverse gerarchie occupazionali di recente nomina.

Questa ha l'onere di individuare gli indicatori di esito assistenziale.

8.CONCLUSIONI

L'assistenza infermieristica è prima di tutto assistenza di base, che ha grande dignità e capacità di produrre esiti per il paziente, quando svolta secondo i dettami delle migliori conoscenze scientifiche.

E' quindi fondamentale che gli infermieri si interrogino sulla "A" di assistenza in tutti i contesti di cura.

Per quanto concerne l'infermieristica in Oncologia, il presente documento ne rappresenta un primo passo e come tale, passibile di successive riflessioni e modifiche. Sicuramente rappresenta un punto di partenza che, in prospettiva, volge lo sguardo professionale verso altre possibili interpretazioni.

Probabilmente l'infermieristica contemporanea ha necessità di un "Back to the basics" che non è da interpretare come un mantra retrogrado ma come consapevolezza che le competenze specialistiche necessitano di poggiare sui "fondamentali" dell'assistenza.

Nel panorama sanitario attuale, numerose professionalità hanno, nel corso degli anni, gradualmente precisato il proprio contributo originale nel campo della cura e dell'assistenza.

Sappiamo perfettamente che il medico si occupa di individuare una diagnosi (medica) e di impostare un processo terapeutico; l'ostetrica è il professionista di riferimento della donna durante tutta la gravidanza; il fisioterapista si occupa della riabilitazione delle disabilità, ecc.. in tale prospettiva, qual è il contributo autonomo dell'infermiere?

Evelyn Adam, affermava: "La maggior parte delle infermiere sostiene che l'assistenza non si limita all'esecuzione delle prescrizioni mediche ma che è più di questo. Ora è necessario esplicitare questo "più di questo".

Ed esplicitiamolo perché ci fa bene dato che l'estrema flessibilità/indeterminazione del lavoro dell'infermiere ci sta facendo perdere consapevolezza del nostro stesso ruolo e del nostro specifico, originale e autonomo contributo alla persona in salute o nel suo momento di massima fragilità.

L'assistenza infermieristica ad oggi consiste essenzialmente nel prendersi carico delle conseguenze della malattia di tipo fisiologico, psicologico e sociale sul vivere quotidiano e sull'autonomia della persona considerata nella sua totalità e soggettività; si caratterizza per un complesso insieme di attività nelle quali è possibile riconoscere una dimensione tecnica ma anche e soprattutto relazionale ed educativa.

Questo dovrebbe essere l'elemento fondante dell'azione degli infermieri, il motore della prassi clinica.

"Per noi che prestiamo assistenza infermieristica, la nostra assistenza infermieristica è qualcosa che, se non contribuiremo a far progredire ogni anno, ogni mese, ogni giorno, contribuiremo a far regredire"

(Florence Nightingale), 1872

A ASSISTENZIALE NEL PDTA DEL TUMORE DEL COLON-RETTO

9. ACCOGLIENZA

L'infermiere del CAS accoglie la persona assistita ed il caregiver alla prima visita CAS di presa in carico, creando un clima di fiducia e di collaborazione orienta la persona assistita e il caregiver all'interno del percorso che sta intraprendendo coordina gli atti del percorso per la stadiazione, controllandone la tempistica decisa nella visita CAS fornisce le informazioni al paziente sulle preparazioni e modalità di esecuzione degli esami di stadi azione, garantendo comfort e privacy richiede la consulenza dell'infermiera enterostomista (IET) se necessario valuta i bisogni del paziente, compila apposita documentazione e le schede di presa in carico previste dalla Rete Oncologica e descritte nelle Linee d'Indirizzo per la stesura dei percorsi diagnostici terapeutici nell'ambito dell'assistenza infermieristica relative alle patologie oncologiche (2016) informa ed educa la persona assistita e il caregiver in merito ai benefici derivanti dal cambiamento di stile di vita come evidenziati dalla letteratura.

Le schede di presa in carico dovranno essere compilate al primo accesso del paziente o comunque entro la prima visita GIC.

L'infermiere del GIC

L'infermiere del GIC, al fine di garantire la continuità assistenziale, riceve comunicazioni dall'infermiera CAS delle eventuali problematiche e/o risorse relative alla persona assistita prende in carico il paziente e si occupa:

- accogliere il paziente ed il caregiver
- illustrare lo svolgimento della visita GIC e garantire comfort e privacy
- comunicare che da quel momento sarà un ulteriore punto di riferimento nel percorso di cura dell'organizzazione delle indagini diagnostiche di completamento e/o approfondimento previsti dalla visita GIC
- della trasmissione dei dati assistenziali ai vari servizi
- partecipa alle discussioni multidisciplinari GIC
- assicura la comunicazione e predisporre eventuali interventi di educazione/informazione al paziente e/o caregiver
- partecipa alla stesura ed aggiornamento del PDTA

10. FASE DIAGNOSTICA

SERVIZIO DI ENDOSCOPIA

Esame diagnostico : colonscopia

RUOLO DELL'INFERMIERE IN ENDOSCOPIA

1 fase pre- procedura/accoglienza

Durante questa fase l'infermiere valuta, come stabilito dai protocolli della struttura o secondo la tipologia di cura, il trattamento , le prestazioni richieste, il consenso alla cura, al trattamento ed alla prestazione (Joint Commission 2012) .

- Identifica il paziente, accerta i bisogni individuali e della procedura da effettuare (data , ora , segni vitali, valutazione del dolore, tempo del digiuno, efficacia e tipo di preparazione intestinale, valutazione del rischio di cadute, stato di gravidanza, bisogni emozionali e psicologici, allergie e intolleranze a farmaci e altre sostanze, , presenza di oggetti di valore, di protesi dentarie rimovibili, occhiali , lenti a contatto, apparecchi acustici ecc... protesi ortopediche, valvole cardiache....)
- Valutazione dei bisogni educativi , identificazione di ostacoli all'apprendimento, capacita' di comprensione delle informazioni fornite, educazione pre procedura e istruzioni post procedura al paziente e /o al caregiver.
- Presenza di persona di riferimento , disponibilita' di un trasporto sicuro per il rientro al domicilio.
Terapia in atto
- Referti di laboratorio
- Segnala ulteriori approfondimenti se necessario.

2 fase intra procedura

Ogni paziente sottoposto a procedura diagnostica, terapeutica o invasiva deve essere monitorato da un infermiere o da personale qualificato (Society of Gastroenterology Nurses and associates inc.-SGNA 2012).

La documentazione deve includere l'evento, l'intervento e l'outcome. Time-out:

- verifiche pre esame endoscopico di strumentario Apparecchiature ed allarmi revisionati ed impostati
- Accertamento parametri del paziente : pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno, valutazione dell'addome, livello di coscienza, caratteristiche della cute. Mantenimento del volume intravascolare (sito, tipo e volume dei liquidi infusi) linee venose
- Posizionamento del paziente
- Nome e dosaggio dei farmaci ed agenti somministrati

- Tracciabilità di strumenti e materiali utilizzati
- Accessori endoscopici utilizzati
- Campioni raccolti
- Ora di inizio e fine procedura

3 fase post procedura

- Valutazione continua in relazione all'età, bisogni e procedura eseguita.
- Segni vitali
- Valutazione del dolore
- Valutazione della sedazione (score aldrate system : sistema a punteggio che permette di valutare la dimissibilità del paziente in modo oggettivo)
- Istruzioni per le dimissioni specifiche fornite al paziente e/o caregiver secondo la policy della struttura , devono contenere dieta e norme igieniche . segni e sintomi di possibili complicanze, appuntamenti successivi , numeri telefonici per l'emergenza, hand-off al medico di base.

11. FASE DI CURA

Servizio di chirurgia

L'INFERMIERE DEL PRE-RICOVERO:

- l'infermiere prende in carico il paziente e attiva le procedure previste.
- Valuta la completezza degli esami strumentali
- Programma la visita anestesiological e stomaterapica(se previsto il confezionamento di una stomia) e le consulenze specialistiche
- Se il paziente è inserito nel percorso ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), educa il paziente su tale percorso e attiva la consulenza del fisioterapista e del dietologo.
- Illustra le tappe del percorso assistenziale
- Consegna gli opuscoli informativi sulla degenza e sulla preparazione all'intervento
- Verifica l' apprendimento l'IET effettua il colloquio informativo ed educativo favorendo così un rapporto di fiducia con il paziente e il caregiver , valuta le sue conoscenze relative all'intervento e i suoi bisogni psicologici. Inizia un percorso educativo finalizzato al recupero dell'autostima e dove possibile all'autonomia. Nel caso di fast trak inizia il percorso educativo alla gestione della stomia prima dell'intervento. Eseguie il posizionamento del sito della stomia tramite l'osservazione e la valutazione della conformazione addominale seguendo le linee guida .

L'INFERMIERE DELLA CHIRURGIA

- Prende in carico il paziente nella fase del pre e post operatorio fino alla dimissione. Pianifica, attua e valuta l'assistenza infermieristica necessaria in tutte le fasi del ricovero
- Collabora con l'IET nella formulazione e attuazione di un piano educativo individuale atto a rendere il paziente e/ o il caregiver in grado di gestire autonomamente la stomia (stoma care) Pianifica la dimissione infermieristica informando ed educando il paziente su terapie da proseguire , controllo della ferita chirurgica, gestione di eventuali drenaggi , controlli ambulatoriali L'IET alla dimissione fornisce le indicazioni per ottenere i presidi necessari, consegna adeguata campionatura degli stessi, verifica il grado di autonomia raggiunto e invia il paziente al centro per la cura della stomia di riferimento, per la presa in carico territoriale

L'INFERMIERE DELL'AMBULATORIO CHIRURGICO:

- informa /educa il paziente e/o il caregiver alla gestione della ferita chirurgica collabora con il chirurgo alla medicazione

L'ENTEROSTOMISTA

Prende in carico il paziente e prosegue il percorso assistenziale / riabilitativo per il perfezionamento dell'educazione allo stoma care, riconoscere e/o prevenire le complicanze dell'apparato stomale, seguire un'alimentazione corretta (se necessario lo invia al nutrizionista), per l'eventuale addestramento alla tecnica irrigativa e per la scelta e gestione della fornitura periodica dei presidi stomali .

Per visionare i lavori prodotti dal Gruppo di Studio Stomaterapisti della Rete Oncologica cliccare sul seguente link: <http://www.reteoncologica.it/area-operatori/operatori-in-rete/stomaterapisti/raccomandazioni-stomaterapisti>

SERVIZIO DI ONCOLOGIA

L'infermiere di DH si occupa di:

- accogliere e prendere in carico la persona assistita e i suoi famigliari/caregiver gestire il percorso terapeutico prescritto
- garantire continuità assistenziale

Accoglienza e presa in carico della persona assistita e dei suoi famigliari/caregiver

La presa in carico della persona dovrebbe essere garantita nei tempi definiti dal PDTA e dovrebbe preferibilmente avere un tempo e uno spazio ben definito nell'ambito dell'organizzazione della struttura.

Il colloquio infermieristico preliminare la chemioterapia dovrebbe prevedere:

- assessment dell'assistito attraverso le scale di valutazione della complessità assistenziale declinate dalla Rete Oncologica qualora non fossero già state compilate dall'infermiere CAS o qualora l'infermiere individuasse una condizione diversa da quelle precedentemente compilate;
- valutazione del patrimonio venoso attraverso la scala di valutazione della Rete Oncologica se non già effettuata e organizzazione di eventuale posizionamento di CVC;
- educazione alla gestione del CVC se già posizionato;
- rinforzo dell'informazione data dal medico oncologo circa gli effetti collaterali dei chemioterapici e/o farmaci biologici dello schema terapeutico scelto in discussione GIC;
- informazione sul questionario della tossicità (scala CTCAE 4.0) in uso presso la struttura avendo cura di far comprendere l'importanza dello stesso per la gestione degli eventuali effetti collaterali;
- informazione sugli orari e organizzazione della struttura;
- consegna di eventuale materiale informativo.

Gestione del percorso terapeutico prescritto

L'infermiere di DH gestisce l'intero percorso terapeutico; in particolare:

- rileva sistematicamente la tossicità;
- riconosce tempestivamente la presenza di effetti collaterali;
- somministra il ciclo prescritto garantendo l'applicazione della raccomandazione ministeriale 14, l'applicazione della procedura dei chemioterapici (aziendale e linee di indirizzo per la prevenzione e gestione dello stravasamento della Rete Oncologica);
- gestisce il CVC garantendo l'applicazione delle raccomandazioni (procedura aziendale).

In particolare il trattamento dei tumori del colon retto prevede:

- Chemioterapia adiuvante raccomandata nei tumori del colon di stadio III entro 6 – 8 settimane dall'intervento radicale. Gli schemi terapeutici di prima scelta sono FOLFOX (combinazione di 5-fluorouracile, acido folinico e oxaliplatino) o XELOX (combinazione tra Capecitabina e oxaliplatino). (linea guida AIOM tumori colon retto 2016).
- Chemioterapia adiuvante raccomandata per i tumori del retto in stadio II e III non trattati in fase preoperatoria con lo schema terapeutico di 5-fluorouracile e acido folinico o capecitabina, seguita da fluoropirimidina in associazione con radioterapia.

Per i tumori del colon retto metastatici possono essere usati schemi terapeutici che prevedono 5 fluorouracile, acido folinico, oxaliplatino e/o irinotecan (FOLFOX, FOLFIRI, FOLFIRINOX) più anticorpo monoclonale (bevacizumab, aflibercept, cetuximab, panitumumab) in base allo stato di RAF e BRAF (biologia molecolare del tumore) o capecitabina con o senza bevacizumab.

Essendo cicli su più giorni (FOLFOX, FOLFIRI o FOLFIRINOX) con somministrazione di fluoro in continuo e che prevedono l'utilizzo di farmaci irritanti (5-fluorouracile, oxaliplatino, irinotecan) alcuni dei quali (5-fluorouracile e oxaliplatino) possono causare reazioni locali (linee guida ESMO-EONS 2012), è consigliabile la somministrazione attraverso un CVC (linee di indirizzo della Rete Oncologica per la prevenzione dello stravaso).

L'infermiere gioca un ruolo fondamentale nell'educazione e nel supporto del paziente riducendo l'incidenza e la *severità* della tossicità dei pazienti. In particolare si è evidenziato che per i pazienti in terapia con anti EGFR (cetuximab e panitumumab) l'identificazione di segni e sintomi in fase precoce, il management proattivo degli effetti avversi ed appropriati interventi di trattamento incrementano la qualità della vita della persona (Ouwkerk J, Boers-Doets C., Best practice in the management of toxicities related to anti-EGFR agent for metastatic colorectal cancer, Eur J Oncol Nurs. 2010 Sep; 14 (4):337-49.doi: 10.1016/j.ejoin.2010.03.004. Epub 2010 May 23 Review.

Se utilizzata Capecitabina, utile educazione terapeutica con schede di Rete Oncologica.

L'infermiere di reparto di Oncologia Medica:

- accoglie il paziente rivalutando i dati raccolti durante le precedenti fasi del percorso di cura
- compila la documentazione prevista dalla struttura di appartenenza
- valuta i bisogni dell'assistito e pianifica gli interventi in collaborazione con altri professionisti ove necessario richiede la consulenza enterostomistica secondo necessità
- accoglie empaticamente lo stato d'ansia del paziente e/o del caregiver
- si adopera, in collaborazione con altre figure, a rispondere ai bisogni assistenziali del paziente
- valuta i risultati raggiunti e adotta eventuali correttivi
- pianifica la dimissione attuando forme di educazione terapeutica sul paziente e/o caregiver in merito alla gestione della terapia prescritta, eventuali medicazioni e manutenzione cvc o cvp compila le schede di dimissione per eventuali prese in carico del servizio domiciliare e/o cure palliative
- promuove l'autonomia del paziente per agevolare la dimissione al domicilio

SERVIZIO DI RADIOTERAPIA

10.4 L'infermiere di radioterapia

- Accoglie la persona e il caregiver con un primo colloquio infermieristico dove vengono illustrate le caratteristiche e l'organizzazione del servizio.
- Svolge un ruolo educativo riguardo la gestione degli effetti collaterali indotti da radioterapia e ove previsto, vengono consegnati gli opuscoli informativi.
- Valuta la situazione cutanea con scala RTOG (Radiation Therapy Oncology Group) ed educa la persona assistita alla cura della cute e alla gestione dei sintomi. Valutare comparazione di scala LENT/SOMA

12.FOLLOW UP

L'infermiere si pone, nei confronti del Follow-up, secondo **l'ottica innovativa del cancer survivors care**:

- Fornisce informazioni riguardanti i possibili effetti tossici tardivi a lungo termine dei trattamenti ricevuti e i possibili sintomi di recidiva
- Controlla la presenza, lo stato e l'eventuale indicazione alla rimozione del CVC
- Partecipa alla realizzazione del programma di follow-up insieme all'equipe di lavoro
- Partecipa alla realizzazione del programma di follow-up insieme all'equipe di lavoro, organizza e pianifica i controlli successivi
- Consegna e spiega all'assistito la modulistica delle preparazioni in merito agli esami programmati
- Valuta la situazione assistenziale del paziente aggiornando le schede infermieristiche della Rete Oncologica e, nel caso di variazioni, discute e condivide con il medico curante le possibili strategie terapeutiche (attivazione supporto psico-oncologico, assistente sociale, ...)
- Si occupa attivamente della prevenzione terziaria mediante counseling infermieristico
- Promuove l'adozione di un corretto stile di vita (alimentazione sana e feet walking) includendo i pazienti nei momenti formativi programmati nel corso dell'anno.

13.FASE PALLIATIVA

Le Cure Palliative comprendono la cura (il caring) di tutta la persona, inclusi i suoi bisogni fisici, psicologici, sociali, spirituali. Nelle strutture ospedaliere di oncologia, l'identificazione del cittadino affetto da patologia oncologica in fase avanzata di malattia non suscettibile di guarigione, e che necessita quindi di avvio al

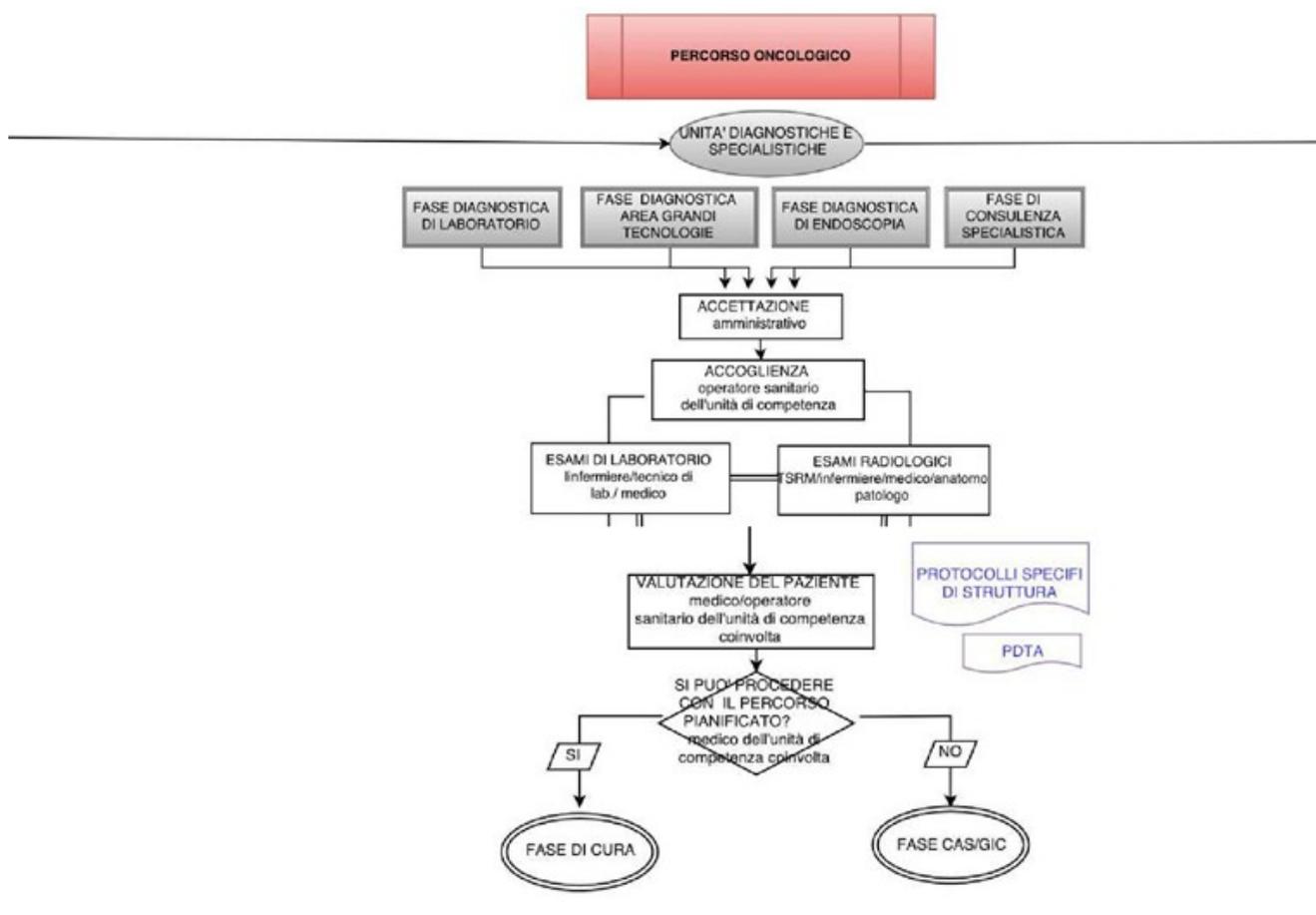
percorso di simultaneous care, è supportata dall'utilizzo dello "Score per la segnalazione alla struttura di cure palliative del paziente oncologico" (ALLEGATO 5)¹

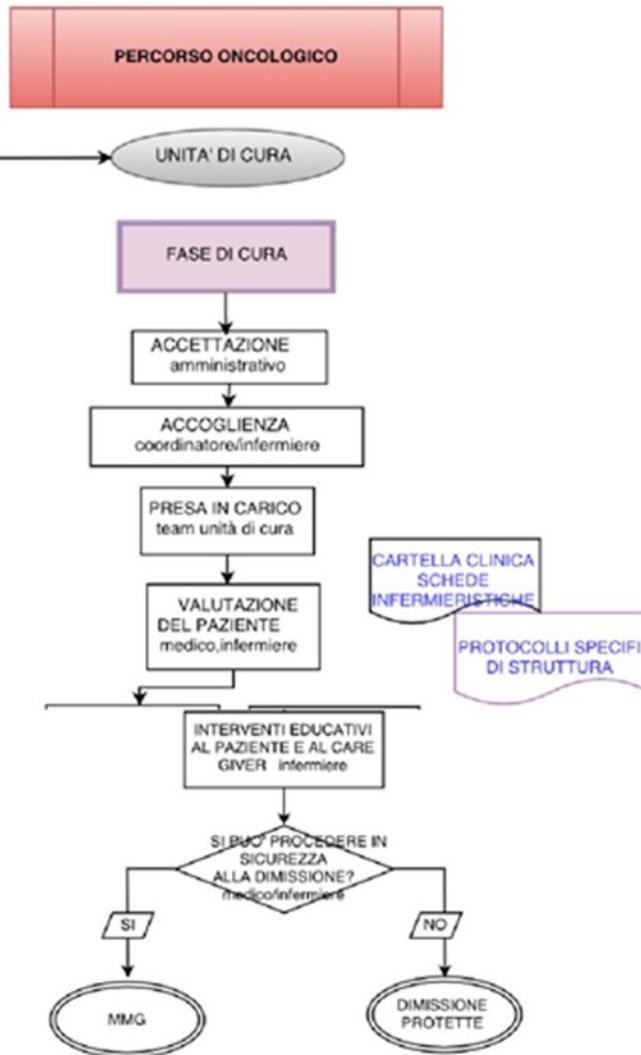
L'infermiere di cure palliative indipendentemente dal setting assistenziale in cui si trova ad erogare l'assistenza (hospice, domicilio, ambulatorio di simultaneous care) assicura:

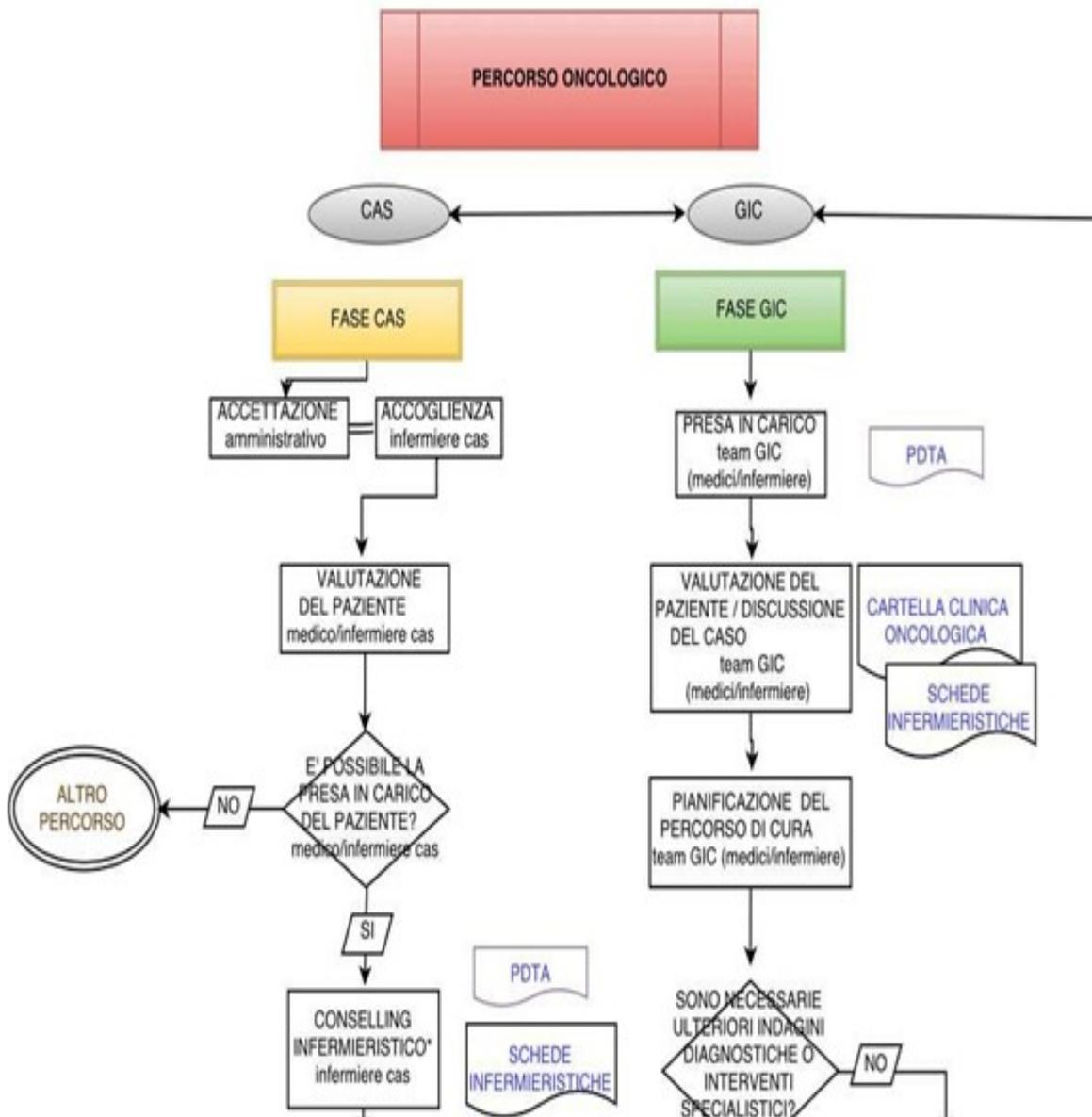
- che l'assistenza sia rispettosa della dignità umana
- supporta il vivere in maniera significativa come definito dal singolo
- modula la pianificazione della cura per raggiungere gli obiettivi individuali dell'assistenza
- riconosce l'individuo con malattia potenzialmente mortale e la sua famiglia come unità di cura e supporta la famiglia nell'affrontare la perdita e il dolore durante la malattia e il lutto
- rispetta i valori personali, culturali e religiosi degli individui, le credenze e le pratiche nell'erogazione delle cure e valorizza i principi etici di autonomia, di beneficenza, di non maleficenza, di giustizia, di sincerità e di riservatezza
- riconosce l'individuo come persona autonoma, che ha diritto alle cure di fine vita e di prendere decisioni riguardo alla sua cura, nella misura in cui lo desidera
- riconosce l'importanza di un approccio collaborativo interprofessionale del team di cura e anche gli sforzi dei non sanitari (ad es. volontari, guide spirituali) ed il carattere interdisciplinare della palliazione che richiede coinvolgimento dell'individuo, della sua famiglia e della comunità in generale
- valuta i sintomi nell'individuo derivanti dalla patologia e interviene nel loro trattamento assumendone importanza primaria: controllo del dolore, stipsi, agitazione, dispnea, etc e dei problemi psicologici, sociali e spirituali
- rispetta la vita e considera il morire un processo naturale
- assume come valore dell'assistenza il preservare la migliore qualità della vita possibile fino alla fine e senza accelerare o differire la morte.

ALLEGATI

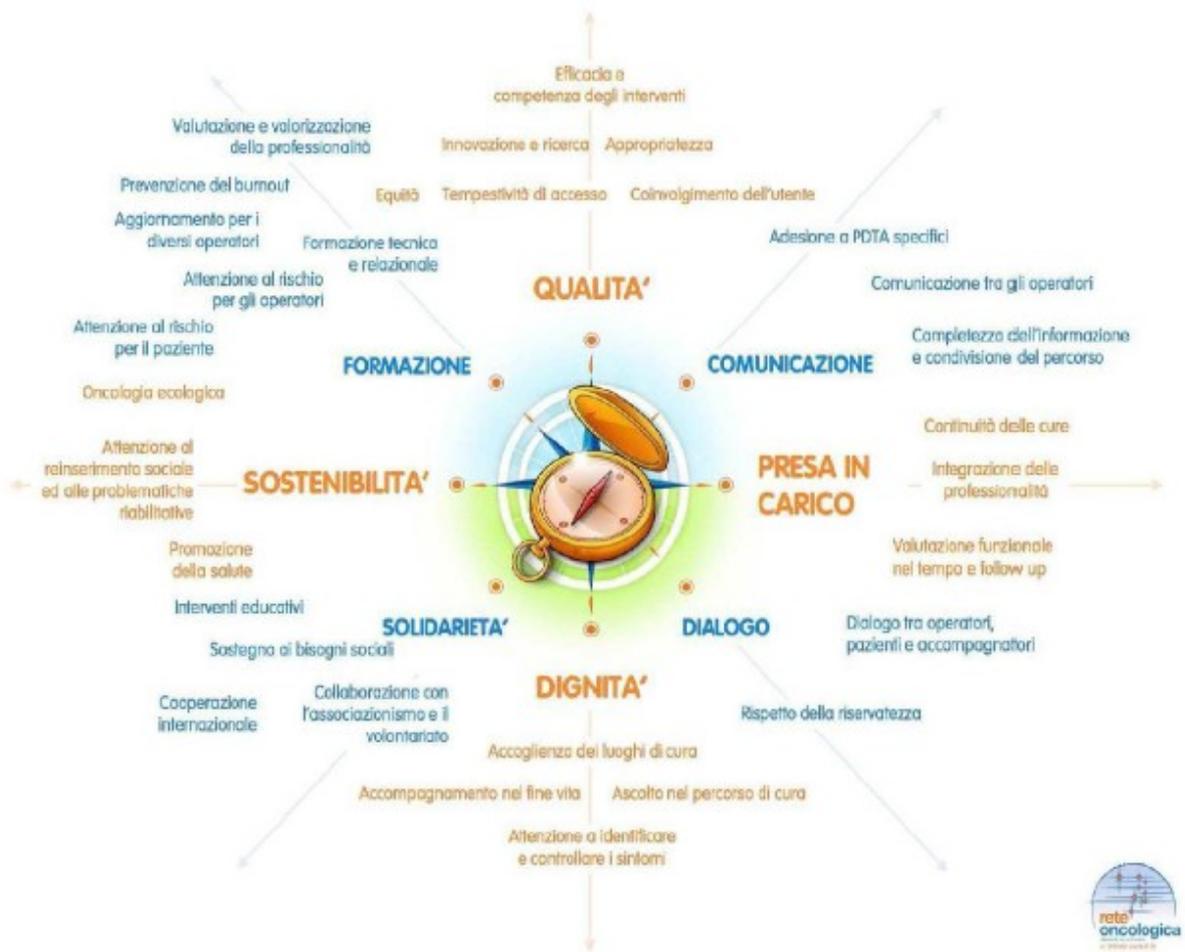
Allegato 1. Flow chart del percorso oncologico per la stesura della parte assistenziale dei PDTA







Allegato 2. La Bussola dei Valori della Rete Oncologica



Allegato 3 .Common Toxicity Criteria

B	C	D	E	F	G
DESCRIZIONE	0	1	2	3	4
Globuli bianchi (totali)	LLN	<LLN e $\geq 3.0 \times 10^9/L$ <LLN e $\geq 3000/mm^3$	≥ 2.0 e $< 3.0 \times 10^9/L$ ≥ 2000 e $< 3000/mm^3$	≥ 1.0 e $< 2.0 \times 10^9/L$ e $< 2000/mm^3$	≥ 1000 < $1.0 \times 10^9/L$ < $1000/mm^3$
neutrofili/granulociti	LLN	LLN $\geq 1500/mm^3$	≥ 1000 e $< 1500/mm^3$	≥ 500 e $< 1000/mm^3$	< $500/mm^3$
piastrine	LLN	$\geq 75.000/mm^3$	≥ 50.000 e $< 75.000/mm^3$	≥ 25.000 e $< 50.000/mm^3$	< $25.000/mm^3$
emoglobina	LLN	Da <LLN a $10 g/dL$	Da 8 a $< 10 g/dL$	Da 6.5 a $< 8 g/dL$	< $6.5 g/dL$
Fatigue	Assente	Lieve affaticamento	Moderato affaticamento o affaticamento che causa difficoltà nell'eseguire alcune ADL	Grave affaticamento che interferisce con ADL	Disabilitante
Febbre	< $38.0^\circ C$	$38.0 - 39.0^\circ C$	$> 39.0 - 40.0^\circ C$	$> 40.0^\circ C$ (< alle 24h)	$> 40.0^\circ C$ (> alle 24h)
Aumento di peso		5 - <10% del basale	10 - <20% del basale	$\geq 20\%$ del basale	_____
Perdita di peso		5 a <10% dal valore basale in 6 mesi; Intervento non indicato	5 - <10% dal valore basale in 1 mese / <20% in 6 mesi; Indicato valutazione specialistica (dietista)	$\geq 20\%$ rispetto al basale; indicata valutazione specialistica (medico)	_____
Alterazione ungueale	Assente	Disgrmia, rugosità, depressione puntiforme	Parziale o completa perdita dell'unghia, dolore e unghia	Interferenza con ADL	_____
Prurito	Assente	Di grado lieve o localizzato	Di grado intenso o diffuso	Intenso o diffuso e interferisce con ADL	_____
Rash eruzione cutanea a rapida insorgenza, generalmente transitoria senza lasciare tracce.	Assente	Eruzione maculare o papulare o eritema senza sintomi associati	Eruzione maculare o papulare o eritema con sintomi associati; desquamazione localizzata o altre lesioni che coprono la superficie corporea	Eritrodermia generalizzata, grave, o maculare, eruzione vescicolare o papulare; desquamazione $\geq 50\%$ della BSA	Esfoliazione generalizzata, ulcerazione, dermatite bollosa.
Acne	Assente	Non indicazione a intervento	Indicazione a intervento	Associato a dolore, deformazione cutanea, ulcerazione o	_____
Sindrome mano-piede	Assente	Lieve cambiamento cutaneo o dermatite senza dolore	Alterazione cutanea con dolore ma senza modificazioni funzionali	Dermatite ulcerativa con alterazione cutanea con dolore e con modificazioni funzionali	_____

Allegato 4: Scheda valutazione per invio a cure palliative

**SCORE PER LA SEGNALAZIONE ALLA STRUTTURA DI CURE PALLIATIVE
DEL PAZIENTE ONCOLOGICO**

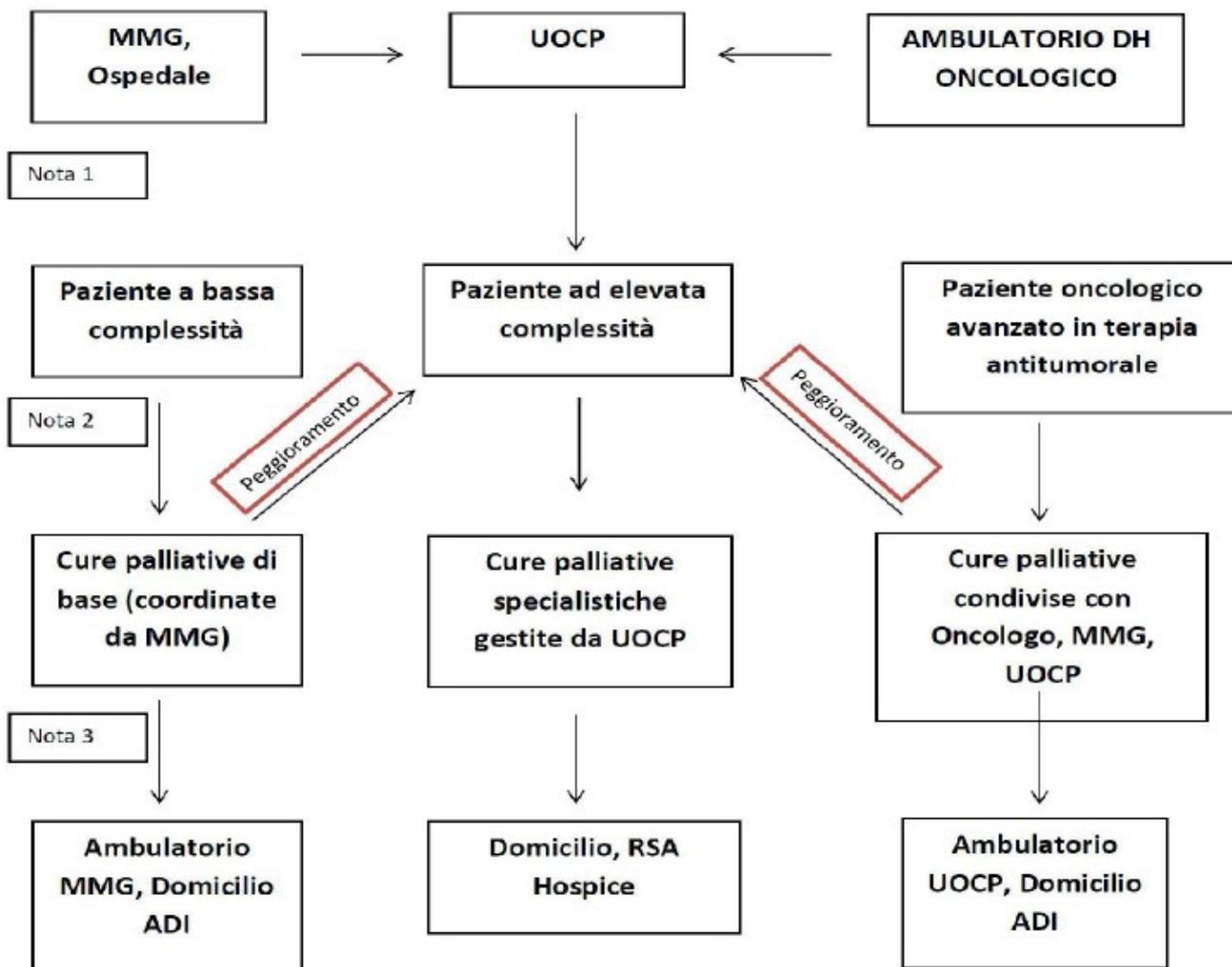
Nome Cognome: _____ Data di nascita / / _____

PATOLOGIE DI BASE		
ASSEGNARE 2 PUNTI SE APPLICABILE	Si	No
NEOPLASIA METASTATICA O LOCALMENTE AVANZATA (INOPERABILE O RECIDIVATA)		
PATOLOGIE CONCOMITANTI		
ASSEGNARE 1 PUNTO SE ALMENO UNA VOCE APPLICABILE	Si*	No
INSUFFICIENZA EPATICA		
INSUFFICIENZA RENALE		
BPCO		
SCOMPENSO CARDIACO		
DIPENDENZA DA SOSTANZE		
ALTRE PATOLOGIE COMPLICANTI IL PROCESSO DI CURA:		
*Le comorbidità influenzano negativamente il KPS o ECOG più della patologia neoplastica?		
STATO FUNZIONALE DEL PAZIENTE		
SCEGLIERE UNA SOLA VOCE		
KPS 100-90 o ECOG 0 completamente attivo ed in grado di portare a termine senza limitazioni le stesse attività rispetto a prima della malattia		0 punti
KPS 80-70 o ECOG 1 difficoltà nel portare a termine attività fisiche pesanti, deambula ed in grado di svolgere attività leggere o sedentarie (facce domestiche, attività di ufficio)		0 punti
KPS 60-50 o ECOG 2 deambulante ed in grado di provvedere alla cura della propria persona ma impossibilitato a svolgere ogni attività lavorativa. Allettato per meno del 50% della giornata.		1 punti
KPS 40-30 o ECOG 3 in grado di provvedere alla cura della propria persona in misura limitata, costretto a letto o in sedia per più del 50% della giornata.		2 punti
KPS 20-10 o ECOG 4 completamente allettato, completamente incapace di provvedere alla cura della propria persona.		3 punti
IL PAZIENTE		
ASSEGNARE 1 PUNTO PER OGNI VOCE APPLICABILE	Si	No
Presenta sintomi non controllati da più di 24-48 ore		
Ha effettuato frequenti accessi in DEA (più di un accesso al mese per la stessa problematica).		
Ha avuto più di un ricovero ospedaliero per la stessa diagnosi negli ultimi 30 giorni.		
E' attualmente ricoverato con documentata assenza di possibilità di miglioramento e prognosi a breve termine.		
Non è candidabile a trattamenti causali.		
E' affetto da malattia ad esito infausto ed ha scelto di rinunciare al trattamento con terapie causali.		
ITEM NON SOGGETTI A SCORE		
CONSAPEVOLEZZA	Si	No
Consapevolezza Diagnosi		
Se NO in sintesi perché:		
Consapevolezza Prognosi		
Se NO in sintesi perché:		
SURPRISE QUESTION		
Saresti sorpreso se il paziente che stai valutando decedesse nei prossimi 6 mesi?		
Note aggiuntive		
.....		
.....		

TOTALE: _____ > 5 (attivare le CP)
 ≤ 5 (rivalutare nel tempo)

Data / / _____ Firma e qualifica

ATTIVAZIONE E GESTIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE NELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE



BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- https://www.reteoncologica.it/images/stories/resoconti_gruppi_di_lavoro/Infermieri/LineeIndirizzoStesuraApdta.pdf (ultima consultazione 7 ottobre 2018)
- https://www.reteoncologica.it/images/stories/resoconti_gruppi_di_lavoro/Infermieri/DEF_PROF_COMPET_INFERMIERE_CAS.pdf (ultima consultazione 7 ottobre 2018)
- http://www.reteoncologica.it/images/stories/area_operatori/Infermieri/Documenti/Profilo_Inf_GIC_Definitivo_1.3.18_-_Completato.pdf (ultima consultazione 7 ottobre 2018)
- World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research.
- Food, Nutrition, Physical Activity, and Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC : AIRC 2007
- Journal of Clinical Oncology 2002
- Journal of the National Cancer Institute 2006
- ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002
- Food and health in Europe: A new basis for action. – WHO Regional Publications European Series 2004
- Linee di indirizzo per la stesura dei percorsi diagnostici terapeutici nell'ambito dell'assistenza infermieristica relative alle patologie oncologiche (2016)
- Profilo competenze Infermiere del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC 2018)
- Scheda profilo competenze infermiere del centro accoglienza servizi (CAS 2018)
- BIBLIOGRAFIA Canadian Hospice Palliative care Association (CHPCA) – 2002 (ULTIMA CONSULTAZIONE OTTOBRE 2018)
- Il Core Curriculum dell'infermiere in cure palliative – SICP – 2013 (ULTIMA CONSULTAZIONE 30 OTTOBRE 2018)
- Raccomandazioni per l'utilizzo della scheda infermieristica in endoscopia digestiva a cura di Simonelli Pierangelo dottore magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche esperto in management per le funzioni di coordinamento esperto in management delle aziende sanitarie. Guidelines for nursing documentation in gastrointestinal endoscopy 2013
- Society of gastroenterology and associates ,inc. (SGNA) first published in 1989. Revised in 2002. Reviewed in 2005
- The joint commission , 201
- stoma siting documento di posizionamento AIOSS_SIC 2013
- FAST TRACK SURGERY linee guida per l'implementazione di protocolli di recupero avanzato

- Ostomy care and management clinical best practice guidelines RNAO traduzione a cura M. Rivolo e Paolo
- Chiari centro studi EBN (www.evidencebasenursing.it)
- I principi del processo di realizzazione chirurgica delle enterostomie:stomasiting e tecniche diconfezionamento . Aggiornamenti AIOSS