



"A" DEL PERCORSO ASSISTENZIALE NEOPLASIA DELLA PROSTATA

Coordinatori Gruppo di Studio Infermieri

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

Gruppo di stesura:

Coordinamento

| | |
|-------------------|--------|
| Gabriella Mozzone | ASL BI |
|-------------------|--------|

Componenti

| | |
|-------------------|--|
| Silvia Cagnasso | ASL CN2, Alba |
| Monica Cavina | ASL BI |
| Monia Ferrato | ASL Città di Torino, P.O. Martini |
| Monia Fusillo | ASL TO3, Ospedale Pinerolo |
| Assunta Mancusi | ASL AL, P.O. Acqui Terme |
| Antonella Pertino | AO SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria |
| Monica Ravera | ASL CN1, Mondovì |
| Sabrina Terzolo | AO Ordine Mauriziano di Torino |

Il Gruppo di Lavoro desidera ringraziare le seguenti persone per il loro contributo nel revisionare questo documento e nel fornire validi suggerimenti:

Oscar Bertetto, Rita Reggiani, Carla Rigo, Monica Viale

Sommario

| | | |
|---------|---|----|
| 1. | PRESENTAZIONE..... | 3 |
| 2. | INTRODUZIONE | 3 |
| 3. | OBIETTIVO..... | 3 |
| 4. | DESTINATARI/CAMPO DI APPLICAZIONE | 4 |
| 5. | METODO | 4 |
| 6. | L'ASSISTENZIALE NEL PDTA DEL TUMORE DELLA PROSTATA..... | 6 |
| 6.1 | PERCORSO ASSISTENZIALE CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI (CAS)..... | 6 |
| 6.2 | DIAGNOSI E STADIAZIONE 8,..... | 7 |
| 6.2.1 | L'INFERMIERE DELL'AMBULATORIO DI UROLOGIA | 7 |
| 6.2.2 | L'INFERMIERE DI RADIOLOGIA | 8 |
| 6.2.3 | L'INFERMIERE DI MEDICINA NUCLEARE..... | 8 |
| 6.3 | GRUPPO INTERPROFESSIONALE DI CURA (GIC): L'INFERMIERE 1,7,..... | 9 |
| 6.4. | TERAPIA..... | 9 |
| 6.4.1 | CHIRURGIA..... | 10 |
| 6.4.1.1 | COMPETENZE INFERMIERISTICHE AL PRERICOVERO | 10 |
| 6.4.1.2 | COMPETENZE INFERMIERISTICHE NELLA DEGENZA CHIRURGICA..... | 10 |
| 6.4.2 | COMPETENZE INFERMIERISTICHE NEL DAY HOSPITAL O DAY SERVICE..... | 10 |
| 6.4.3 | COMPETENZE INFERMIERISTICHE NELLA DEGENZA ONCOLOGICA | 11 |
| 6.4.4 | COMPETENZE INFERMIERISTICHE NEL SERVIZIO DI RADIOTERAPIA | 12 |
| 6.5 | FOLLOW UP - L'INFERMIERE | 12 |
| 6.6 | FASE PALLIATIVA - COMPETENZE INFERMIERISTICHE..... | 13 |
| 7. | IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO..... | 14 |
| 8. | CONCLUSIONI..... | 14 |
| 9. | BIBLIOGRAFIA | 14 |
| 10. | SITOGRAFIA | 17 |
| 11. | ALLEGATI | 19 |

1. PRESENTAZIONE

Il Gruppo di Studio Infermieri della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta (GdiS), ha curato la redazione del presente documento, quale strumento di governo assistenziale dei processi di cura e assistenza dei problemi di salute dei pazienti oncologici e delle loro famiglie, affinché fosse esplicitata la "A" di Assistenza Infermieristica nel percorso diagnostico e terapeutico per le neoplasie della prostata.

2. INTRODUZIONE

I percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali (PDTA) sono strumenti di governo clinico che si prefiggono di raggiungere gli obiettivi di salute della popolazione malata a cui si riferiscono, in ragione di efficienza ed efficacia ottimali (ALLEGATO 2).

Sono piani multiprofessionali e interdisciplinari di assistenza e, come tali, richiedono l'esplicitazione dello specifico contributo delle singole discipline sanitarie.

In tal senso il Gruppo di Studio Infermieri (GdS) della Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta, ha 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.

Questo documento poggia il suo fondamento sulle "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), e sui "Profili di competenze infermiere CAS e GIC" (revisione 00 del 1° marzo 2018) consultabili integralmente sul sito della Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta.

3. OBIETTIVO

Definire funzioni ed attività dell'Infermiere che interviene nei PDTA relativi ai pazienti con tumore della prostata, al fine di garantire standard assistenziali, valorizzarne e le competenze, rendere tangibile lo specifico apporto in termini di professionalità e sostanziarne l'agire responsabile in rapporto agli altri professionisti coinvolti nel percorso di cura.

4. DESTINATARI/CAMPO DI APPLICAZIONE

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

Si rivolgono ai professionisti coinvolti nei percorsi di cura, quale monito ad attenersi agli standard dichiarati, e ai cittadini, in quanto fruitori di un servizio di pubblica utilità.

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).

5. METODO

Il GdiS Infermieri Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, nell'elaborazione di questo documento, ha mantenuto, come riferimento, i principi contenuti all'interno della Bussola dei Valori (ALLEGATO1) i modelli organizzativi e le procedure operative che caratterizzano e si concretizzano nell'esperienza della Rete Oncologica stessa. Il gruppo di stesura ha provveduto ad una lettura condivisa delle "Linee di indirizzo per la stesura dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali nell'ambito dell'assistenza infermieristica relative alle patologie oncologiche", raccolto e condiviso i PDTA delle rispettive aziende di appartenenza e preso in considerazione i "Profili di competenza dell'infermiere CAS e GIC". I singoli PDTA hanno permesso di individuare in maniera trasversale le funzioni e le azioni compiute dagli infermieri nei diversi setting assistenziali (CAS, ambulatorio, servizi diagnostici, GIC, Day Hospital, reparto di degenza, cure palliative....) evidenziandone:

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

In ragione di tali riflessioni, il gruppo ha posto l'attenzione sulla descrizione delle competenze, funzioni, attività, azioni infermieristiche, dettagliando ove necessario, in modo chiaro e puntuale, le articolazioni funzionali sottese all'attività stessa basata su quanto riportato in letteratura e basato sulle evidenze.

A fronte di una prima parte trasversale, applicabile a qualsiasi PDTA, vi è poi una specifica parte relativa alla neoplasia del polmone che narra la natura stessa della “A” di assistenza.

Le riflessioni sulla natura della “A” di assistenza hanno comportato 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 con il malato non coincidono con la sola rete dei concetti, ma con la personalizzazione dell’assistenza stessa.

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.

Tra le differenti teorie di riferimento, il GdS ha ritenuto di porre la lente di ingrandimento dello specifico infermieristico, sulla valutazione dei bisogni assistenziali dei cittadini intesa come capacità e 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 e/o il coinvolgimento di altri professionisti.

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

All'interno di ogni realtà organizzativa è possibile ampliare, modificare o applicare tutto o in parte l'elenco di cui sopra.

6. L'ASSISTENZIALE NEL PDTA DEL TUMORE DELLA PROSTATA

L'*assistenza* inizia dall'accoglienza del paziente che accede alla Struttura e incontra l'infermiere del Centro Accoglienza e Servizi al momento della presa in carico.

L'accoglienza è un processo complesso influenzato da rapporti interpersonali, dalle informazioni, dal comfort ambientale e dall'organizzazione del lavoro. Gli operatori sanitari ed in particolar modo gli infermieri, sono a contatto costante con le persone che hanno bisogno di assistenza e devono stabilire con loro relazioni di qualità, per consentire all'individuo di esprimersi liberamente, senza il timore di essere giudicato o rifiutato.

Il percorso di cura ha inizio con una valutazione clinica da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) o dello Specialista Urologo, in seguito alla manifestazione di segni e/o sintomi suggestivi per neoplasia prostatica o in seguito al riscontro casuale derivante da accertamenti per altri motivi. In caso di *forte sospetto* per tumore prostatico, la persona deve essere inviata al Centro Accoglienza Servizi (CAS)

Il C.A.S. è la struttura di riferimento nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta in termini di assistenza, orientamento e supporto e svolge un ruolo clinico-assistenziale, amministrativo e gestionale.

Il medico nella Visita CAS inquadra clinicamente il paziente per definire le indagini di diagnosi e stadiazione necessarie certifica l'attribuzione dell'esenzione ticket (temporanea o definitiva).

6.1 Percorso Assistenziale Centro Accoglienza e Servizi (CAS)

L'infermiere CAS1,2:

- Accoglie la persona ed il familiare e/o caregiver alla prima visita CAS di presa in carico, creando un clima di fiducia e di collaborazione, se possibile in un setting adeguato, garantendo comfort e privacy e il giusto tempo dedicato.
- Orienta la persona assistita e il caregiver all'interno del percorso di cura che sta iniziando 3.
- Coordina gli atti del percorso per la stadiazione, controllandone la tempistica decisa nella visita

CAS, interagendosi con altri CAS o Servizi, su percorsi interaziendali, se sono necessari particolari esami non presenti nella struttura.

- Fornisce le informazioni al paziente sulle preparazioni e modalità di esecuzione degli esami 5.
- Valuta i bisogni del paziente 5, compilando l'apposita documentazione clinica e la scheda di presa in carico, attraverso cui identifica i bisogni, eventuali fragilità personali o del nucleo familiare e in base a cui propone ed attiva gli interventi di risoluzione o di sostegno specifico.
- La scheda utilizzata è prevista dalla Rete Oncologica e dovrà essere compilata al primo accesso del paziente o comunque entro la prima visita GIC per fornire un quadro documentato, oggettivo e completo delle necessità assistenziali ed eventuali fragilità. Consultabili da tutti i professionisti ed in primis dall'infermiera GIC che le evidenzierà all'interno della discussione contribuendo in maniera sostanziale a delineare il giusto percorso terapeutico da proporre come esito GIC.
- Inizia inoltre un percorso di informazione ed educazione alla persona assistita e al caregiver in merito ai benefici derivanti dal cambiamento di stile di vita come evidenziati dalla letteratura 6.

Il PDTA si articola in fasi: DIAGNOSI – STADIAZIONE – TERAPIA – FOLLOW UP / CURE PALLIATIVE.

6.2 Diagnosi e Stadiazione 8,

La diagnosi e la stadiazione della neoplasia della prostata prevedono una serie di indagini con relativo coinvolgimento dell'infermiere.

6.2.1 L'infermiere dell'Ambulatorio di Urologia

Presta assistenza al paziente durante la visita e le procedure diagnostiche. In particolar modo rafforza le informazioni date dal medico e si preoccupa di dare indicazioni e informazioni specifiche in merito a quanto dovrà effettuare.

In fase di diagnosi l'infermiere coadiuva il medico e garantisce una corretta assistenza al paziente durante l'effettuazione della biopsia prostatica. 9.

Prima di sottoporre il paziente a biopsia prostatica è necessario fornire tutte le indicazioni relative alla procedura e al post indagine. E' consigliabile rafforzare le informazioni consegnando al paziente un documento di riferimento (aziendale validato) che lo aiuterà ad affrontare l'esame.

Successivamente l'infermiere dell'ambulatorio sarà un punto di riferimento in diversi momenti del percorso:

- nel post- intervento informa ed educa il paziente sulla gestione della medicazione della ferita, eventuali drenaggi, catetere vescicale, ecc)
- nella fase del follow up farà fronte ad eventuali richieste di chiarimento o approfondimento, darà informazioni in merito a eventuali indagini richieste ed attuerà interventi educativi atti ad aiutare la persona ad affrontare il quotidiano.

6.2.2 L'infermiere di Radiologia

TC e RM

L'infermiere assicura un'adeguata accoglienza, si occupa della fase di preparazione della persona eseguendo un'accurata raccolta anamnestica. Reperisce un accesso venoso periferico o si accerta dell'eventuale presenza di un accesso venoso centrale (*Power Port* o *Power PICC*) per l'iniezione del mezzo di contrasto (mdc). Valuta, in collaborazione con il medico, i rischi di reazioni allergiche al mdc e procede alla somministrazione della premedicazione nei casi in cui è necessario (come stabilito dal protocollo aziendale). Garantisce assistenza durante tutto l'iter, e gestisce eventuali urgenze o reazioni avverse. Per la RM, l'infermiere deve anche valutare e gestire l'eventuale problema di claustrofobia.

6.2.3 L'infermiere di medicina nucleare

Scintigrafia ossea total body e PET (con colina)

L'infermiere assicura un'adeguata accoglienza, si occupa della fase di preparazione della persona eseguendo un'accurata raccolta anamnestica. Reperisce un accesso venoso periferico o si accerta dell'eventuale presenza di un accesso venoso centrale (*Power Port* o *Power PICC*) e se può essere utilizzato per l'iniezione del marcatore (vi sono alcune controindicazioni nell'utilizzo del Port). Garantisce assistenza per tutto il tempo dell'esame fino alla dimissione. Fornisce le informazioni relative ai comportamenti da adottare nel rispetto delle norme di radioprotezione.

6.3 Gruppo Interprofessionale di Cura (GIC): L'infermiere 1,7,

Il GIC neoplasie della prostata, composto da: Urologo, Oncologo, Radioterapista, Anatomopatologo, Medico Nucleare, Infermiere, Infermiere Stomatopista, Medico Cure Palliative, prenderà in carico il paziente per la definizione della terapia.

Da questo momento anche l'infermiere del GIC sarà un ulteriore punto di riferimento per il paziente.

Al fine di garantire la continuità assistenziale, riceve comunicazione dall'infermiera CAS delle eventuali problematiche e/o risorse relative alla persona assistita e si attiverà, come definito "Profilo di competenza dell'infermiere GIC".

Nello specifico si occupa di:

- (se presenti) accogliere la persona assistita e chi la accompagna (familiari/caregiver), illustrare lo svolgimento della visita GIC, garantire comfort e privacy, comunicare che da quel momento sarà un ulteriore punto di riferimento nel percorso di cura
- organizzare eventuali indagini diagnostiche a completamento della stadiazione e/o approfondimento richiesti dal GIC,
- trasmettere i dati assistenziali ai vari servizi,
- partecipare alla discussione multidisciplinare GIC,
- assicurare la comunicazione e predisporre eventuali interventi di educazione/informazione al paziente e/o caregiver,
- partecipare alla stesura ed aggiornamento del PDTA.

6.4. Terapia

La neoplasia prostatica vede diversi possibili approcci: chirurgia, terapia medica, radioterapia, sorveglianza (sorveglianza attiva, secondo il protocollo regionale Start e vigile attesa per pazienti più anziani)

6.4.1 Chirurgia

6.4.1.1. Competenze infermieristiche al Prericovero

Programma e gestisce gli esami e le visite previsti ed eventuali ulteriori consulenze.

Illustra al paziente le tappe del percorso assistenziale inerenti la fase chirurgica.

Favorisce una comunicazione empatica informando il paziente in merito a: preparazione all'intervento chirurgico - tempi di degenza - sequele dell'intervento chirurgico alla dimissione (gestione catetere vescicale ecc..)

6.4.1.2 Competenze infermieristiche nella Degenza Chirurgica

Prende in carico il paziente al momento del ricovero accertando e integrando le sue conoscenze in merito al percorso previsto. Risponde a domande, dubbi, cercando di rassicurarlo e accertandosi che abbia compreso le informazioni ricevute. 10,11.

Pianifica e attua l'assistenza post operatoria con particolare attenzione alla: rilevazione e gestione del dolore - gestione del catetere vescicale (ed eventuali irrigazioni) - monitoraggio dell'ematuria - rilevazione di eventuali edemi scrotali e degli arti inferiori (in caso di linfadenectomia) 12.

Pianifica la dimissione informando ed educando il paziente e/o care giver in merito a: controllo della ferita chirurgica - eventuale presenza di drenaggi - terapie da proseguire a domicilio.

Attiva, se necessario, l'assistenza territoriale. Programma il percorso riabilitativo 13.

Comunica la programmazione dei controlli urologici successivi ed eventualmente la riabilitazione pelvica e la visita andrologica.

6.4.2 Competenze infermieristiche nel Day Hospital o Day Service

L'infermiere del Day Hospital accoglie il paziente garantendo presa in carico e continuità.

Recupera le informazioni assistenziali relative a eventuali problematiche rilevate dal collega del CAS o del GIC. Identifica il care giver a cui fare riferimento. Concorre alla scelta dell'accesso venoso e, se necessario, ne programma il posizionamento. Pianifica la gestione del catetere venoso centrale, ne valuta il buon

funzionamento o l'insorgenza di eventuali complicanze; informa ed educa il paziente/caregiver sulla sua corretta gestione al domicilio e sulla manutenzione. 16,17,18,19,20,24, 25

Identifica i bisogni di assistenza dei pazienti sottoposti a terapia ormonale o chemioterapia, valuta i principali rischi al fine di ottenere il coinvolgimento necessario ad aumentare grado di adesione alla terapia farmacologica, efficacia terapeutica; controllo del dolore e riduzione degli eventi avversi 24

Registra sistematicamente le reazioni del paziente agli interventi assistenziali

Provvede alla programmazione e preparazione degli accessi successivi e alla relativa informazione del paziente

Somministra i farmaci controllo dei parametri vitali secondo la scheda di terapia personalizzata del paziente e seguendo i protocolli previsti. 24

Valuta, mediante appropriate scale (per es. Common Toxicity Criteria) il grado di tossicità dei farmaci e pianifica gli interventi assistenziali ed educativi per permettere alla persona assistita di gestire i sintomi.

Assiste le persone arruolate in protocolli sperimentali educandole alla partecipazione, tutelandone i diritti e organizzando i percorsi necessari

Svolge attività di educazione terapeutica 21,23, attraverso programmi condivisi con il paziente e con l'equipe di cura 23, sui seguenti temi:

- * ridurre il numero di accessi e contatti del paziente al Centro Terapia Oncologica fra le sedute di chemioterapia
- * ottenere igiene scrupolosa e sistematica del cavo orale, delle mucose e della cute
- * gestione del CVC e ad altri presidi impiantabili 25,26,
- * aderenza alle norme preventive comportamentali riferite al suo stato di immunodepressione
- * riconoscere segni e sintomi delle complicanze del trattamento antitumorale
- * acquisizione di corrette abitudini di vita relative a alimentazione, eliminazione, mobilizzazione, igiene e regime terapeutico

6.4.3 Competenze infermieristiche nella Degenza Oncologica

L'infermiera accoglie il paziente all'arrivo in reparto, assegna il posto letto (in base alle condizioni cliniche), raccoglie i dati anagrafici e anamnestici. 31,

Rileva i bisogni assistenziali ed identifica i problemi per la relativa pianificazione degli interventi da attuare. Collabora nella gestione dei pazienti sottoposti a trattamenti specifici quali: radioterapia, chirurgia, radiologia interventistica. 31,

Valuta lo stato nutrizionale. 33,

Valuta il raggiungimento degli obiettivi prefissati e l'efficacia degli interventi assistenziali e, se necessario, provvede ad una nuova pianificazione. 31,

Assicura una corretta ed adeguata relazione di cura con il paziente ed i familiari ed individua fragilità emotive da segnalare, se necessario, agli specialisti interessati. 32,

Predisporre la dimissione infermieristica, informando ed educando il paziente e/o il caregiver sulla gestione di eventuali presidi e terapie da proseguire a domicilio, in modo da trasmettere anche informazioni per la continuità assistenziale post ricovero. 33,

Garantisce adeguata assistenza al paziente in fase terminale. 31,

6.4.4 Competenze infermieristiche nel Servizio di Radioterapia

L'infermiere educa il paziente (e la famiglia) alla corretta preparazione per affrontare il trattamento radiante in modo da migliorare l'aderenza terapeutica. In particolare educa la persona assistita alla cura della cute, alla gestione dei sintomi, ad una corretta alimentazione ed idratazione, ad uno stile di vita atto a prevenire le complicanze.

Valuta la comparsa di tossicità a carico della vescica e del retto (cistiti attiniche, proctiti...), problemi della sfera sessuale e la presenza di "fatigue".

Valuta la situazione cutanea con scala RTOG (RadiationTherapyOncology Group) (Allegato 2)

6.5 Follow up - L'infermiere

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

- Fornisce informazioni riguardanti le possibili tossicità a lungo termine, dei trattamenti ricevuti e i possibili segni/sintomi di recidiva.
- Controlla la presenza, le condizioni e l'eventuale indicazione alla rimozione del catetere venoso centrale.
- Consegna e spiega all'assistito la modulistica delle preparazioni in merito agli esami programmati
- Valuta la situazione assistenziale del paziente utilizzando la scheda infermieristica della Rete Oncologica, e nel caso di variazioni, discute e condivide con il medico curante le possibili strategie di gestione (attivazione supporto psico-oncologico, assistente sociale)

- Si occupa attivamente della prevenzione terziaria mediante counseling infermieristico
- Educa la persona alla gestione dell'incontinenza urinaria e da informazioni sui diversi presidi da utilizzare, sugli stili di vita, e sull'importanza degli esercizi di riabilitazione del pavimento pelvico 35
- Organizza colloquio con lo psicosessuologo o con l'andrologo in caso di eventuali problematiche legate alla sfera sessuale.

6.6 Fase palliativa - Competenze infermieristiche 37,38.

L'infermiere di cure palliative si prende cura (*caring*) di tutta la persona, considerando i bisogni fisici, psicologici, sociali e spirituali.

L'identificazione della persona affetta da patologia oncologica in fase avanzata di malattia non suscettibile di guarigione e che necessita quindi di avvio al percorso di *simultaneous care* solitamente avviene nelle strutture ospedaliere di oncologia ed è supportata dall'utilizzo dello "Score per la segnalazione alla struttura di cure palliative del paziente oncologico" (*ALLEGATO 3*)

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

- rispetto della persona
- pianificazione della cura per raggiungere obiettivi personalizzati
- supporto alla famiglia nell'affrontare la perdita e il dolore durante la malattia e il lutto
- rispetto dei valori personali, culturali e religiosi degli individui nell'erogazione delle cure e valorizza i principi etici di autonomia
- 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 di coloro che partecipano all'assistenza (fisioterapista, fisico, medico palliativista, infermieri, medico di famiglia, volontari, assistenti spirituali).
- valutazione dei sintomi derivanti dalla patologia e interviene nel loro trattamento
- rispetto della vita e considera il morire un processo naturale
- di preservare la migliore qualità di vita possibile

7. IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO

Saranno adottate specifiche strategie di diffusione del documento.

Si effettuerà una valutazione periodica per verificare l'applicazione del Pdta e gli eventuali scostamenti.

Il Pdta sarà sottoposto a revisione per gli eventuali aggiornamenti, anche alla luce delle osservazioni critiche raccolte nel corso della sua applicazione.

8. CONCLUSIONI

L'assistenza infermieristica ad oggi consiste essenzialmente nel prendersi cura 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 l'azione degli infermieri, il motore della prassi clinica.

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 (EBN).

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.

“Per noi che prestiamo assistenza infermieristica, la nostra Assistenza è qualcosa che, se non contribuiremo a far progredire ogni anno, ogni mese, ogni giorno, contribuiremo a far regredire”(Florence Nightingale, 1872)

9. BIBLIOGRAFIA

CAS – GIC

1. Linee di indirizzo per la stesura dei percorsi diagnostici terapeutici nell'ambito dell'assistenza infermieristica relative alle patologie oncologiche (2016)
2. Scheda profilo competenze infermiere del centro accoglienza servizi (CAS 2018)
3. Profilo competenze Infermiere del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC 2018)
4. Cellerino, R. (1996). Il rapporto infermiere-paziente in oncologia. Milano: Franco Angeli.

5. Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica - Ruth F. Craven, Constance J. Hirnle 2007 Ed CEA
6. Scala dei bisogni di Maslow (1954)
7. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. "Food, Nutrition, Physical Activity, and Prevention of Cancer: a Global Perspective." Washington DC : AIRC 2007

Diagnosi e stadiazione

8. Saiani I., "Trattato di cure infermieristiche", Sorbona, Napoli 2011. D'Innocenzo M., "Procedure diagnostico-terapeutiche e assistenziali", McGraw-Hill, Milano 2005. Alvaro R., "Nursing clinico", tecniche e procedure di Kozier, II edizione, EdiSES, Napoli 2012.,
9. Judith M. Wilkinson "Diagnosi infermieristiche con NOC e NIC" – Rischio di compromissione integrità cutanea – Pag 315-320 – Rischio di infezione - Pag. 305-309

Degenza Chirurgica

10. ACS-SIS - American College of Surgeons and Surgical Infection Society. Ban KA, Minei JP, Laronga C et al. Surgical Site Infection Guidelines, 2016 Update. J Am Coll Surg. 2017Jan; 224(1): 59-74. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2016.10.029. Epub 2016 Nov 30.
11. AORN - Association of peri Operative Registered Nurses. Perioperative standards and recommended practices. 2014.
12. Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie. Zotti C, Moro ML. (a cura di). Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza. 2010.
13. ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of surgical site infections and prevention indicators in European hospitals - HAISSI protocol. ECDC. Stockholm, 2017.

Day Hospital o Day Service e Gestione CVC

14. W. Levati, V. Saraò, "Il modello delle competenze", Franco Angeli Editore, 1998 Milano
15. L.M. Spencer, S.M. Spencer, "Competenza nel lavoro", Franco Angeli Editore, 1993 Milano
16. G. Marmo, D. Gavetti, R. Russo, "Il profilo di posto dalla concettualità, al metodo e all'operatività", Edizioni Medico Scientifiche, 2011 Torino
17. ISFOL, "Unità capitalizzabili e crediti formativi: i repertori sperimentali", Franco Angeli Editore, 1998 Milano

18. Lavallo T., “Dirigere le risorse umane”, Carrocci Edizioni, 2003 Roma
19. Mastracci. C., “Il bilancio di competenze personale e professionale”, Franco Angeli Editore, 1998 Milano
20. “L’infermiere” 4/2007 notiziario di aggiornamenti professionali ”Speciale competenze”
21. “Management infermieristico” 1/06 “Competenze distintive Infermiere di area funzionale M.C. Orsi, L.Bettini, G. Lavoratto
22. “Management infermieristico” 1/2005 “L’analisi delle competenze nella selezione, nell’orientamento e nello sviluppo del personale”, M. T. Bernardi, M. P. Masoero
23. Central for Disease Control and Prevention CDC: Guidelines for the Intravascular Catheter- Related Bloodstream Infections, 2011.
24. d) Raccomandazione Ministeriale 14 - 20 novembre 2012
25. GAVECELT (Gruppo Aperto per lo Studio degli Accessi Venosi Centrali a lungo termine) Sito www.gavecelt.org Mazzufero F. “Gestione infermieristica degli Accessi Venosi Periferici e Centrali”www.gavecelt.info/uploads/centrali.pdf
26. Dossier InFad anno 2, n° 19, marzo 2007 “Gestione del catetere venoso centrale”.
27. “La Prevenzione delle Infezioni Ospedaliere Procedure, Linee Guida, Protocolli” a cura di P. Colasanti, L. Martini, B. Raffaele, M. Vizio e dell’ANIPIO – Carocci Faber editore 2004 pag.185 – 195.
28. EPIC 2 Rev.2009: National evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in nhs hospitals in England
29. Protocollo ISALT-2 Rev. 2006 :Protocollo ISALT-2 per il posizionamento degli accessi venosi centrali a lungo termine.
30. ESPEN 2009 : ESPEN guidelines on parenteral nutrition: central venous catheters (access, care, diagnosis and therapy of complication).

Degenza Oncologica

31. Linda Juall Carpenito – Moyet, Piani di assistenza infermieristica e documentazione, ed. I I- 2011, Casa Editrice Ambrosiana
32. Meg Gulanick – Judith L. Myers, Piani di assistenza infermieristica - Diagnosi infermieristiche, risultati di salute e interventi infermieristici, 2016, Casa Editrice Ambrosiana
33. Luisa Saiani – Anna Brugnolli, Trattato di medicina e infermieristica. Un approccio di cure integrate , 2017, Idelson – Gnocchi Editore

Follow up

34. J. F. d'Ivernois, R. Gagnayre – edizione italiana a cura di M. G. Albano, L. Sasso, Educare il paziente. Un approccio pedagogico, McGraw-Hill, Milano, 2009
35. S. Benini, Pedagogia e infermieristica in dialogo. Per uno sviluppo delle competenze educative, comunicative e relazionali nella pratica assistenziale, Clueb, Bologna, 2006

Cure Palliative

36. Canadian Hospice Palliative care Association (CHPCA) – 2002
37. Il Core Curriculum dell'infermiere in cure palliative – SICP – 2013

10. SITOGRAFIA

http://www.reteoncologica.it/images/stories/resoconti_gruppi_di_lavoro/Infermieri/LineeIndirizzoStesuraApdta.pdf

http://www.reteoncologica.it/images/stories/resoconti_gruppi_di_lavoro/Infermieri/DEF_PROF_COMPET_INFERM_CAS.pdf

http://www.reteoncologica.it/images/stories/area_operatori/Infermieri/Documenti/Profilo_Inf_GIC_Definitivo_1.3.18_-_Completato.pdf

www.reteoncologica.it - www.aiom.it - www.aiuro.org - www.nursetimes.org www.nurse24.it - www.gimbe.org - www.iiiao.it - www.ons.org - www.pubmed.gov - www.cantieripa.it - www.isfol.it - www.ipasvi.it - www.infermierionline.it

Riferimenti normativi:

- a) Profilo professionale 14 settembre 1994, n° 739 (G.U. 9 gennaio 1995, n°6) “Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere”
- b) Legge 10 agosto 2000, n°251 (G.U. 6 settembre 2000 n°208), “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”
- c) Codice Deontologico dell'Infermiere
- d) Raccomandazione Ministeriale 14 - 20 novembre 2012

Sigle:

ADI = ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

MMG = MEDICO DI MEDICINA GENERALE

NOCC= NUCLEO OSPEDALIERO CONTINUITA' CURE

Allegato 1. La Bussola dei Valori della Rete Oncologica



Allegato 2 - RTOG/EORTC Late Radiation Morbidity Scoring Schema



| ORGAN TISSUE | 0 | Grade 1 | Grade 2 | Grade 3 | Grade 4 | 5 |
|---------------------|------|---|---|---|-------------------------------|--|
| SKIN | None | Slight atrophy Pigmentation change Some hair loss | Patch atrophy; Moderate telangiectasia; Total hair loss | Marked atrophy; Gross telangiectasia | Ulceration | D E A T H D I R E C T L Y R E L A T E D T O R A |
| SUBCUTANEOUS TISSUE | None | Slight induration (fibrosia) and loss of subcutaneous fat | Moderate fibrosis but asymptomatic Slight field contracture <10% linear reduction | Severe induration and loss of subcutaneous tissue Field contracture >10% linear measurement | Necrosis | |
| MUCOUS MEMBRANE | None | Slight atrophy and dryness | Moderate atrophy and telangiectasia Little mucous | Marked atrophy with complete dryness Severe telangiectasia | Ulceration | |
| SALIVARY GLANDS | None | Slight dryness of mouth Good response on stimulation | Moderate dryness of mouth Poor response on stimulation | Complete dryness of mouth No response on stimulation | Fibrosis | |
| SPINAL CORD | None | Mild L'Hermitte's syndrome | Severe L'Hermitte's syndrome | Objective neurological findings at or below cord level treated | Mono, para quadraplegia | |
| BRAIN | None | Mild headache Slight lethargy | Moderate headache Great lethargy | Severe headaches Severe CNS dysfunction | Seizures or paralysis Coma | |

| | | | | | | |
|-----------|------|--|---|--|--|--|
| | | | | (partial loss of power or dyskinesia) | | D I A T I O N L A T E E F F E C T S |
| EYE | None | Asymptomatic cataract Minor corneal ulceration or keratitis | Symptomatic cataract Moderate corneal ulceration Minor retinopathy or glaucoma | Severe keratitis Severe retinopathy or detachment Severe glaucoma | Panophthalmitis/ Blindness | |
| LARYNX | None | Hoarseness Slight arytenoid edema | Moderate arytenoid edema Chondritis | Severe edema Severe chondritis | Necrosis | |
| LUNG | None | Asymptomatic or mild symptoms (dry cough) Slight radiographic appearances | Moderate symptomatic fibrosis or pneumonitis (severe cough) Low grade fever Patchy radiographic appearances | Severe symptomatic fibrosis or pneumonitis Dense radiographic changes | Severe respiratory insufficiency/ Continuous O ₂ / Assisted ventilation | |
| HEART | None | Asymptomatic or mild symptoms Transient T wave inversion & ST changes Sinus tachycardia >110 (at rest) | Moderate angina on effort Mild pericarditis Normal heart size Persistent abnormal T wave and ST changes Low ORS | Severe angina Pericardial effusion Constrictive pericarditis Moderate heart failure Cardiac enlargement EKG abnormalities | Tamponade/ Severe heart failure/ Severe constrictive pericarditis | |
| ESOPHAGUS | None | Mild fibrosis | Unable to take | Severe fibrosis | Necrosis/ | |

| | | | | | |
|--------------------------|------|--|---|---|--|
| | | Slight difficulty in swallowing solids No pain on swallowing | solid food normally Swallowing semi-solid food Dilatation may be indicated | Able to swallow only liquids May have pain on swallowing Dilation required | Perforation Fistula |
| SMALL/LARGE INTESTINE | None | Mild diarrhea Mild cramping Bowel movement 5 times daily Slight rectal discharge or bleeding | Moderate diarrhea and colic Bowel movement >5 times daily Excessive rectal mucus or intermittent bleeding | Obstruction or bleeding requiring surgery | Necrosis/ Perforation Fistula |
| LIVER | None | Mild lassitude Nausea, dyspepsia Slightly abnormal liver function | Moderate symptoms Some abnormal liver function tests Serum albumin normal | Disabling hepatic insufficiency Liver function tests grossly abnormal Low albumin Edema or ascites | Necrosis/ Hepatic coma or encephalopathy |
| KIDNEY | None | Transient albuminuria No hypertension Mild impairment of renal function Urea 25-35 mg% Creatinine 1.5-2.0 mg% Creatinine clearance >75% | Persistent moderate albuminuria (2+) Mild hypertension No related anemia Moderate impairment of renal function Urea >36-60 mg% Creatinine clearance (50- | Severe albuminuria Severe hypertension Persistent anemia (<10g%) Severe renal failure Urea >60 mg% Creatinine >4.0 mg% | Malignant hypertension Uremic coma/Urea >100% |

| | | | | | |
|---------|------|---|--|---|--|
| | | | 74%) | Creatinine clearance <50% | |
| BLADDER | None | Slight epithelial atrophy Minor telangiectasia (microscopic hematuria) | Moderate frequency Generalized telangiectasia Intermittent macroscopic hematuria | Severe frequency and dysuria Severe generalized telangiectasia (often with petechiae) Frequent hematuria Reduction in bladder capacity (<150 cc) | Necrosis/ Contracted bladder (capacity <100 cc) Severe hemorrhagic cystitis |
| BONE | None | Asymptomatic No growth retardation Reduced bone density | Moderate pain or tenderness Growth retardation Irregular bone sclerosis | Severe pain or tenderness Complete arrest of bone growth Dense bone sclerosis | Necrosis/ Spontaneous fracture |
| JOINT | None | Mild joint stiffness Slight limitation of movement | Moderate stiffness Intermittent or moderate joint pain Moderate limitation of movement | Severe joint stiffness Pain with severe limitation of movement | Necrosis/ Complete fixation |

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

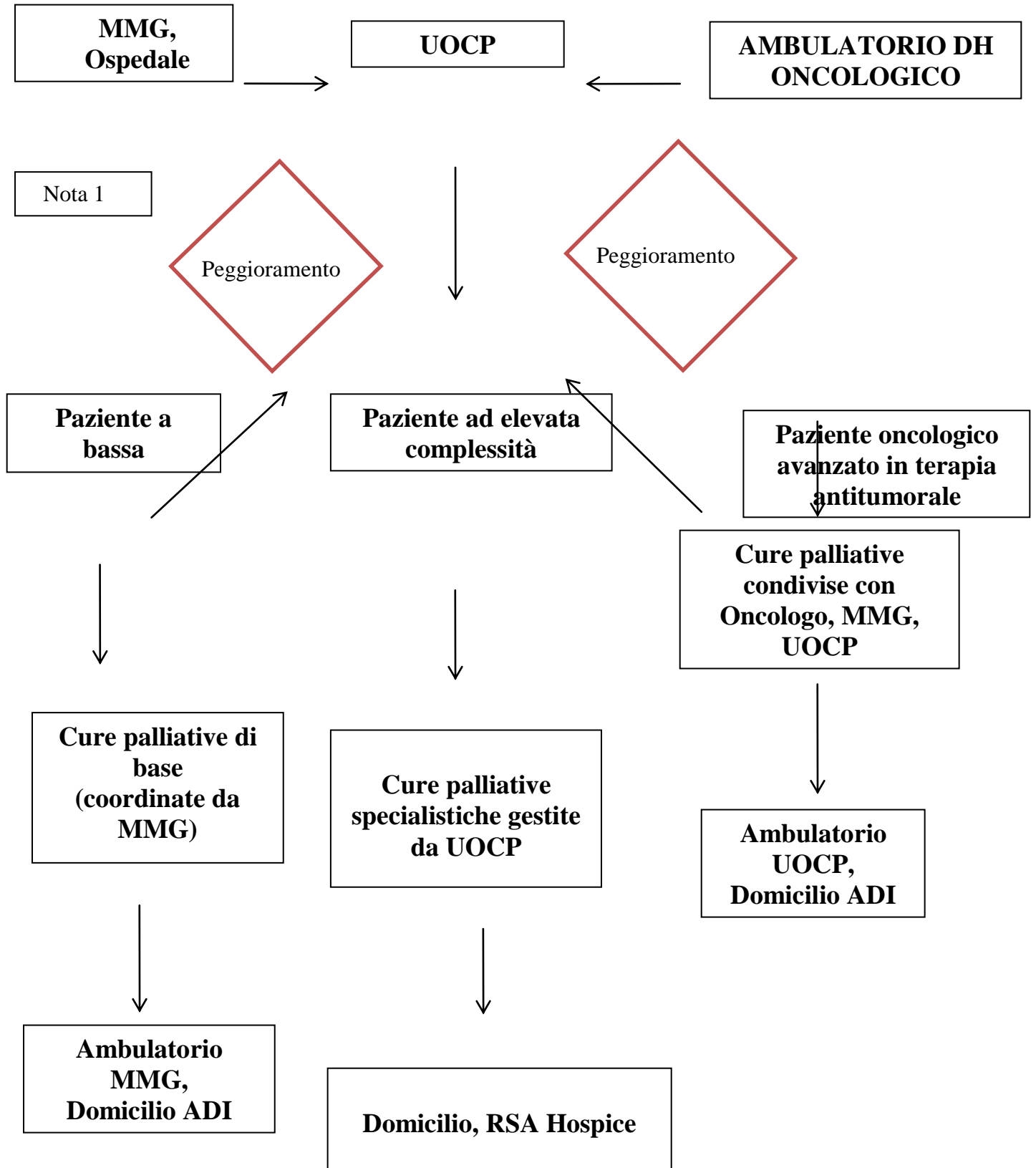
Nome Cognome: _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

| 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**



NOTA L' attivazione delle cure palliative avviene su richiesta del MMG per il paziente a domicilio o ricoverati in RSA, oppure da parte dei medici ospedalieri per pazienti ricoverati(in questo caso se il paziente deve essere preso in carico al domicilio l'attivazione deve essere concordata con il MMG).

Allegato 5 Percorso Oncologico per la stesura dell'A di Assistenziale Flow chart del percorso oncologico per la stesura della parte assistenziale dei PDTA

