



## **“A” DEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE NEOPLASIA DELLA MAMMELLA**

### **Coordinatori Gruppo di Studio Infermieri**

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

### **Gruppo di stesura:**

#### *Coordinamento*

Rinarelli Maria Teresa	IRCCS Candiolo
------------------------	----------------

#### *Componenti*

Bobbio Patrizia	AOU Maggiore della Carità di Novara
Brunetti Monica Ilenia	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino - P.O. Sant'Anna
Ceresa Donatella	Ospedale Cottolengo
Civiero Maria Teresa	ASL TO5
Pachetti Cinzia	AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano
Panarelli Maria	ASL Città di Torino
Pop Ionela Claudia	ASL Città di Torino
Testa Stefania	ASL CN1
Regis Gianna	ASL TO4 - Ivrea

*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 .....	3
5. METODO.....	4
6. L'ASSISTENZIALE NEL PDTA DEL TUMORE DELLA MAMMELLA.....	5
7. IL C.A.S. ....	6
8. DIAGNOSI E STADIAZIONE .....	7
9. GRUPPO INTERDISCIPLINARE DI CURA (GIC) .....	8
10. TERAPIA CHIRURGICA .....	9
11. TERAPIA MEDICA .....	10
12. RADIOTERAPIA .....	11
13. FOLLOW UP .....	12
14. CURE PALLIATIVE.....	12
15. IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO.....	13
16. CONCLUSIONI.....	14
17. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA .....	14
18. ALLEGATI.....	18

## 1. PRESENTAZIONE

Il Gruppo di Studio Infermieri della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta (GdS), 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 mammella.

## 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 degli Infermieri coinvolti nel PDTA dei pazienti con neoplasia mammaria al fine di garantire standard assistenziali, valorizzarne 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 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 condivisa lettura delle “Linee di indirizzo per la stesura dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali nell'ambito dell'assistenza infermieristica relative alle patologie oncologiche”, raccolto 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, 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 compimento 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 alla descrizione delle 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 basata sulle evidenze.

A fronte di una prima parte trasversale applicabile a qualsiasi PDTA, vi è poi una specifica parte relativa allo specifico delle neoplasie della mammella 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 MAMMELLA

L'assistenza inizia dall'accoglienza della 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 Senologo, in seguito alla manifestazione di segni e/o sintomi suggestivi per neoplasia mammaria o in seguito al riscontro casuale derivante da accertamenti per altri motivi. In caso di *forte sospetto* per tumore mammario, la persona deve essere inviata al Centro Accoglienza Servizi (CAS)

## 7. IL C.A.S.

E' 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 CAS inquadra clinicamente il paziente per definire le indagini di diagnosi e stadi azione necessarie certifica l'attribuzione dell'esenzione ticket (temporanea o definitiva).

**L'infermiere CAS** si attiverà, come definito nel proprio "Profilo di competenza" e nello specifico:

- accoglie la persona assistita ed il care-giver, creando un clima di fiducia e di collaborazione
- orienta la persona assistita e il care giver 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
- valuta i bisogni del paziente, compila apposita documentazione e le schede di valutazione, previste dalla Rete Oncologica (reperibili sul sito [www.reteoncologica.it](http://www.reteoncologica.it))
- inizia un percorso di informazione ed educazione alla persona assistita e caregiver in merito ai benefici derivanti dal cambiamento di stile di vita come evidenziati in letteratura.

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

Il PDTA della neoplasia mammaria si articola in fasi:

- Diagnosi

- Stadiazione
- Terapia
- Follow up/Cure palliative

## 8. DIAGNOSI E STADIAZIONE

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

### • **L'infermiere di radiologia**

- assicura un'adeguata accoglienza, garantisce assistenza durante tutto l'iter
- valuta e gestisce lo stato d'ansia, informa sulle procedure e su gli accorgimenti da seguire dopo l'esame a domicilio
- 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 pregresse allergie, nel caso esegue la premedicazione per i soggetti che si dichiarano allergici.
- verifica la corretta esecuzione del percorso dell'indagine e gestisce eventuali urgenze e/o reazioni avverse.

### **Mammografia/ecografia**

L'infermiere fornisce una corretta informazione sull'esame e sull'importanza di eseguirlo in modo da ridurre l'ansia

### **Agobiopsia mammaria**

*Prima dell'esame:* l'infermiere fornisce una corretta informazione, controlla la completezza della documentazione clinica e la presenza del consenso informato. Spiega alla persona come avverrà la procedura e la sintomatologia a cui potrebbe andare incontro.

*Dopo l'esame:* l'infermiere si accerta delle condizioni della persona, provvede alla medicazione della sede di prelievo, posiziona il ghiaccio, e fornisce indicazioni per il riconoscimento e la gestione di eventuali complicanze tardive.

## **RM mammaria**

L'infermiere si occupa della fase di preparazione della persona, 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 sia necessario (come stabilito dal protocollo aziendale). Garantisce assistenza durante tutto l'iter, e valuta e gestisce il problema della claustrofobia.

## **TC**

L'infermiere informa la persona sulle modalità di esecuzione dell'esame, per ridurre il più possibile la sua ansia, 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.

- **L'infermiere di Medicina Nucleare: Linfoscintigrafia, Scintigrafia ossea total body, PET**
  - assicura un'adeguata accoglienza
  - si occupa della fase di preparazione della persona eseguendo un'accurata raccolta dati. Per la PET, in caso di diabete, raccomanderà di eseguire controlli della glicemia il giorno dell'esame ed il giorno successivo
  - reperisce un accesso venoso periferico o si accerta dell'eventuale presenza di un accesso venoso centrale e se può essere utilizzato per l'iniezione del marcatore
  - garantisce assistenza per tutto il tempo dell'esame fino alla dimissione

Al termine delle indagini di diagnosi e stadiazione, il CAS programma la visita del Gruppo Interdisciplinare di Cure (GIC).

## **9. GRUPPO INTERDISCIPLINARE DI CURA (GIC)**

**Il GIC** tumori mammari prenderà in carico la persona per la definizione della terapia. Da questo

momento anche l'infermiere del GIC sarà un ulteriore punto di riferimento.

**L'infermiere del GIC**, al fine di garantire la continuità assistenziale, riceve comunicazione dall'infermiere CAS circa eventuali problematiche e/o risorse relative alla persona assistita e si attiverà, come definito nel "Profilo di competenza dell'infermiere GIC".

Nello specifico si occupa di:

- accogliere il paziente ed il caregiver,
- illustrare lo svolgimento della visita GIC e garantire comfort e privacy
- comunicare che da quel momento rappresenterà un ulteriore punto di riferimento nel percorso di cura
- organizzare eventuali ulteriori indagini a completamento e/o approfondimento della stadi azione, richiesti in visita GIC
- trasmettere i dati assistenziali ai colleghi dei vari servizi coinvolti nel percorso di cura
- partecipare alle discussioni multidisciplinari
- assicurare la comunicazione e predisporre eventuali interventi di educazione/informazione al paziente e/o caregiver,
- partecipa alla stesura ed aggiornamento del PDTA

## 10. TERAPIA CHIRURGICA

La neoplasia mammaria prevede tre possibili approcci terapeutici: chirurgia, terapia medica, radioterapia.

### **Chirurgia**

#### **L'infermiere del Pre-ricovero**

Prende in carico la persona e attiva le procedure previste per il pre-ricovero.

Illustra le tappe del percorso assistenziale inerenti alla fase chirurgica, favorendo una comunicazione empatica.

Consegna (ove presenti) opuscoli informativi sulla preparazione all'intervento e sulla degenza

#### **L'infermiere del reparto di Chirurgia**

- Prende in carico la persona.
- Verifica la corretta preparazione all'intervento e raccoglie la documentazione.

- Si occupa dell'assistenza infermieristica preoperatoria, insegnando esercizi utili a prevenire le complicanze post-operatorie (mobilizzazione precoce arto operato come prevenzione del linfedema).
- Si occupa dell'assistenza infermieristica postoperatoria, compresa la gestione dei drenaggi. Nelle pazienti sottoposte a mastectomia totale, senza intervento ricostruttivo, illustra la procedura che verrà messa in atto per la fornitura e l'applicazione della protesi mammaria esterna.
- Pianifica la dimissione, educa la persona alla gestione di eventuali drenaggi, del sito chirurgico e della terapia farmacologica prescritta.
- Attiva, se necessario, l'assistenza territoriale.

### **L'infermiere dell'ambulatorio di senologia**

- informa ed educa la persona alla gestione della medicazione della ferita mammaria nel periodo del post-ricovero
- in collaborazione con il chirurgo plastico, effettua le medicazioni, educa ed informa le pazienti che hanno subito un intervento senologico con ricostruzione mammaria. Fornisce indicazioni su come gestire la ferita in presenza di protesi mammaria, espansore cutaneo, ricostruzione con lembo gran dorsale o altri tipi di ricostruzione
- si occupa degli interventi riabilitativi e di prevenzione del linfedema. Illustra e spiega un programma riabilitativo appropriato che, iniziato subito dopo l'intervento, può essere proseguito a casa, sotto forma di auto-trattamento. Se necessario e in accordo con il medico, invia la paziente a consulenti Fisiatri e/o Fisioterapisti.

## **11. TERAPIA MEDICA**

### **L'infermiere del Day Hospital Oncologico**

- Accoglie la persona che inizia il suo percorso in DH e garantisce la continuità assistenziale rispetto ai precedenti accessi in ospedale.
- Se prescritta chemioterapia endovenosa compila la scheda di valutazione del patrimonio venoso (come da raccomandazione Rete Oncologica) e se indicato programma il posizionamento di un accesso venoso centrale (CVC). Pianifica la gestione del CVC, ne valuta il buon funzionamento e l'insorgenza di eventuali complicanze ed educa il paziente alla sua corretta gestione a domicilio
- Somministra la terapia prescritta, eseguendo counseling infermieristico inerente:
  - o la terapia stessa (chemioterapia, terapia biologica, terapia antidolorifica, terapia di supporto, ecc)
  - o gli effetti collaterali

- le norme generali di comportamento
- la terapia di supporto per il domicilio.

Informa ed educa la paziente in merito all'assunzione della terapia ormonale.

- Consegna (ove presenti) eventuali opuscoli informativi sulla gestione degli effetti collaterali.
- Valuta, mediante appropriate scale di valutazione (per es. Common Toxicity Criteria) (ALLEGATO 3) il grado degli effetti collaterali della CHT e pianifica gli interventi assistenziali ed educativi per permettere alla persona assistita di gestire tali sintomi.
- Quando necessario attiva altri professionisti/servizi (es: servizio sociale, psiconcologia, cure palliative) garantendo passaggio di informazioni e continuità per l'eventuale presa in carico.
- Assiste le persone arruolate in protocolli di ricerca educandole alla partecipazione, tutelandone i diritti e organizzando i percorsi necessari.

### **Infermiere di reparto di Oncologia Medica**

- Accoglie la persona e compila la documentazione prevista dalla struttura di appartenenza correlandola con eventuali dati raccolti durante le precedenti fasi del percorso di cura.
- Valuta i bisogni dell'assistito e pianifica gli interventi in collaborazione con altri professionisti, ove necessario.
- Accoglie empaticamente lo stato d'ansia della persona e/o del care giver/familiari.
- Si adopera, in collaborazione con altre figure, a rispondere ai bisogni assistenziali.
- Valuta i risultati raggiunti e adotta eventuali correttivi.
- Pianifica la dimissione attuando forme di educazione terapeutica in merito alla gestione della terapia prescritta, eventuali medicazioni e gestione del catetere venoso centrale.
- Compila le schede di dimissione per eventuale presa in carico da parte del servizio domiciliare e/o cure palliative o del Nucleo Ospedaliero Continuità delle Cure (NOCC).
- Promuove l'autonomia del paziente per agevolare la dimissione al domicilio.

## **12. RADIOTERAPIA**

### **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 (RadiationTherapyOncology Group) ed educa la persona assistita alla cura della cute e alla gestione delle tossicità acute e/o tardive, degli effetti collaterali legati alla parte irradiata (stipsi, infezione). ALLEGATO 4

### 13. FOLLOW UP

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

- Fornisce informazioni riguardanti i possibili effetti tossici tardivi a lungo termine, dei trattamenti ricevuti e i possibili sintomi di recidiva.
- Controlla la presenza, le condizioni e l'eventuale indicazione alla rimozione del catetere venoso centrale.
- Partecipa alla realizzazione del programma di follow-up insieme all'equipe di lavoro, organizza e pianifica i controlli di follow up successivi.
- Consegna e spiega all'assistito la modulistica delle preparazioni in merito agli esami programmati,
- Valuta la situazione assistenziale del paziente utilizzando 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 movimento) includendo i pazienti nei momenti formativi programmati nel corso dell'anno.

### 14. CURE PALLIATIVE

L'infermiere di cure palliative si prende cura (caring) di tutta la persona, considerando tutti i suoi bisogni: fisici, psicologici, sociali, spirituali. Nelle strutture ospedaliere di oncologia, 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 è supportata dall'utilizzo di scale di riferimento redatte dal Gruppo di Studio di Formazione sul Campo per il miglioramento della qualità delle prestazioni di Cure Palliative (ALLEGATO 5)

La scheda rappresenta un utile e semplice strumento di lavoro, individuando, con poche domande a cui assegnare un immediato punteggio, uno score in base al quale se il totale è superiore a 5 vi è l'indicazione ad attivare le cure palliative.

La raccomandazione da parte della Direzione del Dipartimento Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta è di adottarla per tutti i pazienti che presentano una neoplasia localmente avanzata o recidivata, non suscettibili di esportazione chirurgica o di malattia metastatica in progressione. Si da indicazione che la scheda dopo la sua compilazione sia fatta afferire al referente per le Cure Palliative, presente obbligatoriamente per disposizione della Direzione del Dipartimento in ogni gruppo interdisciplinare di cura, che con la modalità e la modulistica proprie di ciascuna Azienda attiverà il servizio considerato più adatto per il caso clinico in questione (simultaneous care, cure domiciliari, hospice, consulenza ambulatoriali, ricovero ospedaliero).

**L'infermiere di cure palliative** indipendentemente dal setting assistenziale in cui si trova ad erogare 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

## 15. 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.

## 16. 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 fondativo dell'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)

## 17. BIBLIOGRAFIA E 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/LineeIndirizzoStesuraApdta.pdf) (ultima consultazione 7 ottobre 2018)

[http://www.reteoncologica.it/images/stories/resoconti\\_gruppi\\_di\\_lavoro/Infermieri/DEF\\_PROF\\_COMPET\\_INFERMIERE\\_CAS.pdf](http://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](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

[http://www.reteoncologica.it/images/stories/resoconti\\_gruppi\\_di\\_lavoro/Infermieri/DEF\\_PROF\\_COMPET\\_INFERMIERE\\_CAS.pdf](http://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](http://www.reteoncologica.it/images/stories/area_operatori/Infermieri/Documenti/Profilo_Inf_GIC_Definitivo_1.3.18_-_Completato.pdf) (ultima consultazione 7 ottobre 2018)

Food and health in Europe: A new basis for action. – WHO Regional Publications European Series 2004; (96) in fondo

Linee di indirizzo per la stesura dei percorsi diagnostici terapeutici nell’ambito dell’assistenza infermieristica relative alle patologie

[https://www.reteoncologica.it/images/stories/resoconti\\_gruppi\\_di\\_lavoro/Infermieri/LineeIndirizzoStesuraApdta.pdf](https://www.reteoncologica.it/images/stories/resoconti_gruppi_di_lavoro/Infermieri/LineeIndirizzoStesuraApdta.pdf) (ultima consultazione 7 ottobre 2018) oncologiche (2016)

Profilo competenze Infermiere del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC 2018)

Scheda profilo competenze infermiere del centro accoglienza servizi (CAS 2018)

Ballini L, Vignatelli L, Negro A, Minozzi S, Maltoni S, Longo G: Criteria for appropriate use of positron emission tomography with FDG (FDG-PET) in breast cancer. Dossier 207 – Agenzia sanitaria e sociale regionale, Regione Emilia Romagna, 2011. Disponibile all’indirizzo internet: [http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana\\_dossier/doss207.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss207.htm)

Escalona S, Blasco JA, Reza MM, et al: A systematic review of FDG PET in breast cancer. *Med Oncol*, 27:114-129, 2010

Pan L, Han Y, Sun X, et al: FDG-PET and other imaging modalities for the evaluation of breast cancer recurrence and metastases: a meta-analysis. *J Cancer Res Clin Oncol*, 136:1007-1022, 2010

Shie P, Cardarelli R, Brandon D, et al: Meta-analysis: comparison of F-18 Fluorodeoxyglucose-positron emission tomography and bone scintigraphy in the detection of bone metastases in patients with breast cancer. *Clin Nucl Med*, 33:97-101, 2008

Morris PG, Lynch C, Feeney JN, et al: Integrated positron emission tomography/computed tomography may render bone scintigraphy unnecessary to investigate suspected metastatic breast cancer. *J Clin Oncol* 28:3154-3159, 2010

Hahn S, Heusner T, Kummel S, et al: Comparison of FDG-PET/CT and bone scintigraphy for detection of bone metastases in breast cancer. *Acta Radiol* 52:1009-1014, 2011

Constantinidou A, Martin A, Sharma B, et al: Positron emission tomography/computed tomography in the management of recurrent/metastatic breast cancer: a large retrospective study from the Royal Marsden Hospital. *Annals Oncol* 22:307-314, 2011

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.,

Tumore della mammella linee guida clinico organizzative per la Regione Piemonte 2002”,

“Linee guida AIOM 2018”

Marchant, MH. Jr., Viens, NA., Cook, C., Vail, TP., & Bolognesi, MP. (2009). The impact of glycemic control and diabetes mellitus on perioperative outcomes after total arthroplasty. *Journal of Bone and Joint Surgery, American volume*, 91 (7):1621-1629. Tanner J, Norrie P, Melen K. (2011) Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. *Cochrane Database Systematic Review*. Nov 9;(11). Xue DQ, Qian C, Yang L, Wang XF. (2012). Risk factors for surgical site infections after breast surgery: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Surgical Oncology*, 38 (5), 375-81  
<https://www.aimac.it/libretti-tumore/cancro-mammella.../chirurgia-cancro-mammella>

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.

AORN - Association of peri Operative Registered Nurses. Perioperative standards and recommended practices. 2014.

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.

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of surgical site infections and prevention indicators in European hospitals - HAISSI protocol. ECDC. Stockholm, 2017.  
<https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/HAI-Net-SSI-protocol-v2.2.pdf>

Hooper VD, Chard R, Clifford T et al. ASPAN's Evidence-Based Clinical Practice Guideline for the Promotion of Perioperative Normothermia: Second Edition. *J Perianesth Nurs* 2010: 346-365.

Abram Recht et al. *Post-mastectomy Radiotherapy: Guidelines of the American Society of Clinical Oncology*. *JCO*, Vol 19, No5, 2001:pp 1539-1569.

Aron Goldhirsch et al. Meeting Highlights: *International Consensus Panel on the Treatment of Primary Breast Cancer*. *JCO*, Vol 19, No18, 2001: pp 3817-3827.

Charles L. Shapiro et al. *Side effects of Adjuvant Treatment of Breast Cancer*. *N Engl J Med* Vol. 344, No 26 June 28, 2001.

Harry Bartelink et al. *Recurrence rates after treatment of breast cancer with standard radiotherapy with or without additional radiation*. *N Engl J Med*, Vol 345, No 19. November 8, 2001.

Steven A. Leibel et al. ACR APPROPRIATENESS CRITERIA. *IJROBP*, Vol 43, No1, pp125-168, 1999.

Thomas A. Buchholz et al, *Predictors of Local-Regional Recurrence after Neoadjuvant Chemotherapy and Mastectomy without Radiation*. *JCO*, Vol 20, No1, 2002: pp 17-23.

Smith BD, Arthur DW, Buchholz TA, et al. *Accelerated partial breast irradiation consensus statement from the American Society for Radiation Oncology (ASTRO)*. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2009 Jul 15;74(4):987-1001

Csaba Polgár, Erik Van Limbergen, Richard Pötter et al. *Patient selection for accelerated partial-breast irradiation (APBI) after breast-conserving surgery: Recommendations of the Groupe Européen de Curiethérapie-European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (GEC-ESTRO) breast cancer working group based on clinical evidence (2009)*. *Radiotherapy and Oncology* 94 (2010) 264–273  
Sempre al termine del lavoro

Canadian Hospice Palliative care Association (CHPCA) – 2002 (ultima consultazione 31 ottobre 2018)

Il Core Curriculum dell'infermiere in cure palliative – SICP – 2013 (ultima consultazione 30 ottobre 2018)

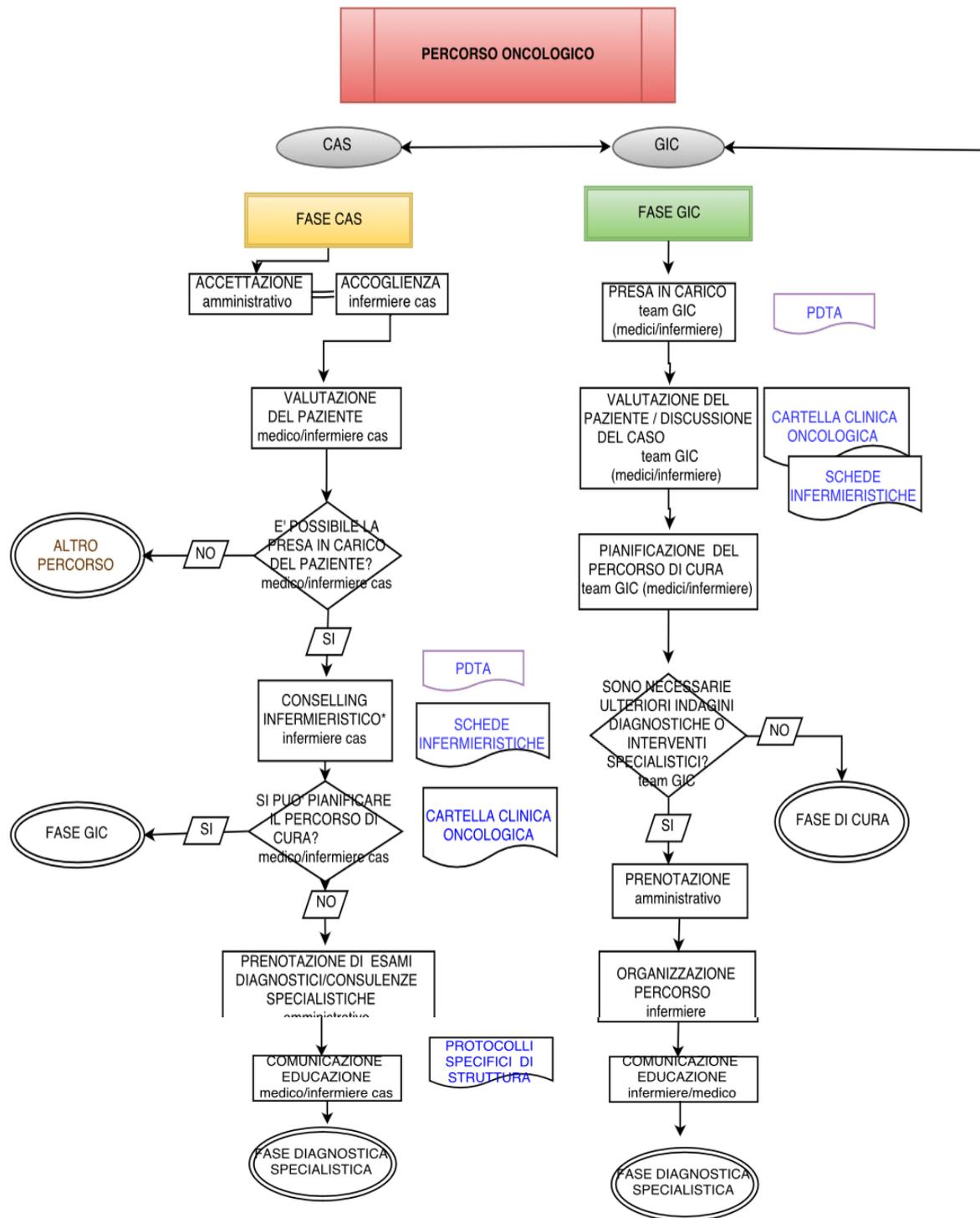
Canadian Hospice Palliative care Association (CHPCA) – 2002 (ultima consultazione 31 ottobre 2018)

## 18. ALLEGATI

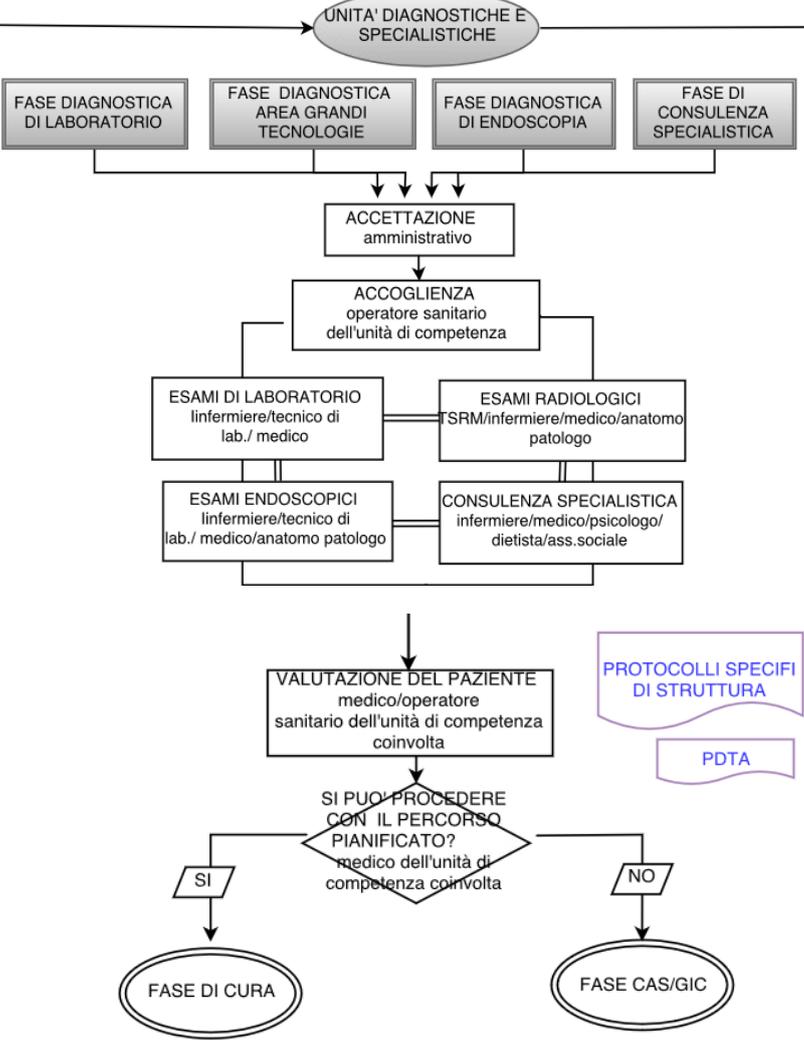
### Allegato 1. La Bussola dei Valori della Rete Oncologica



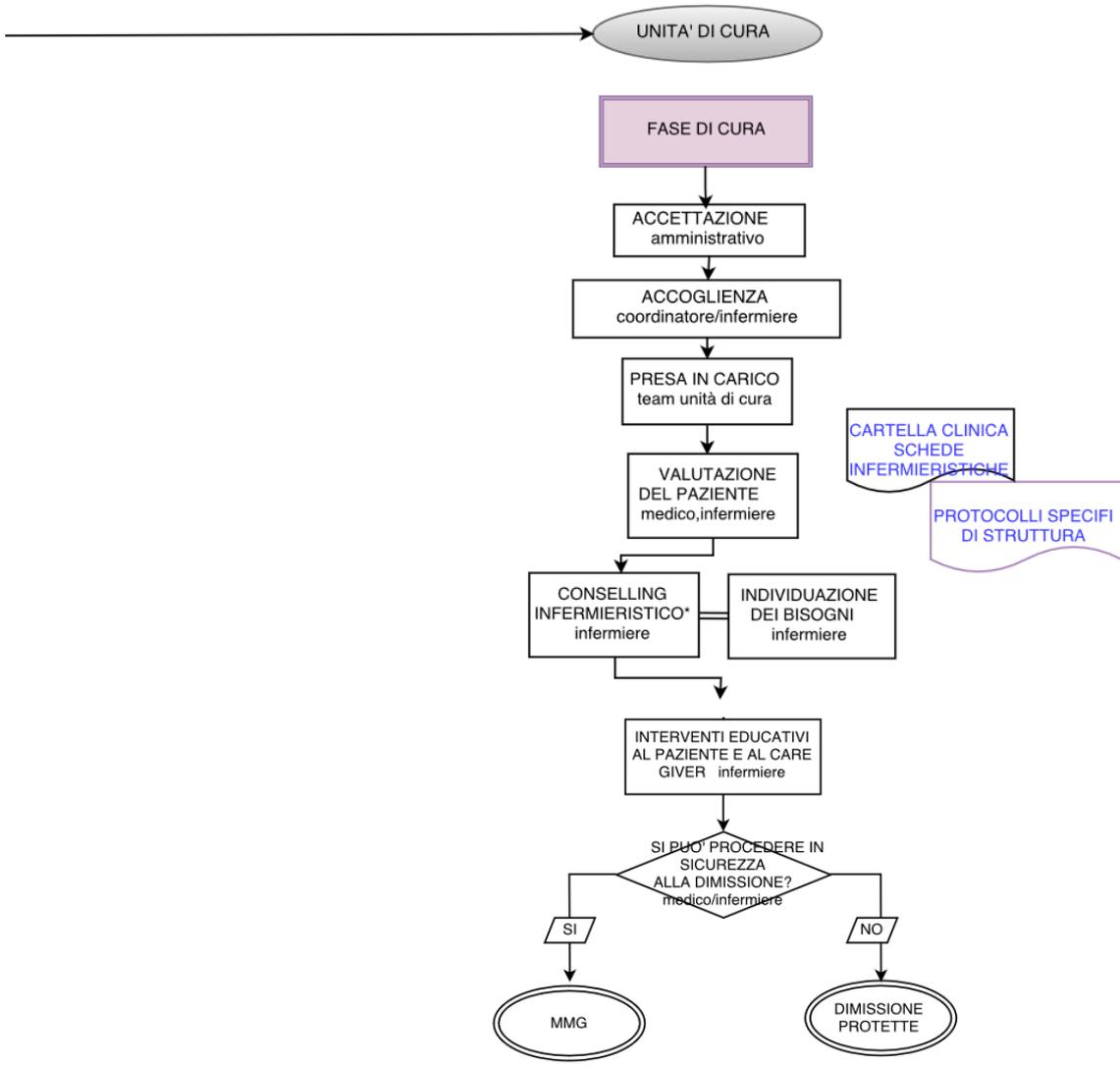
**Allegato 2. Flow chart del percorso oncologico per la stesura della parte assistenziale dei PDTA**



**PERCORSO ONCOLOGICO**



**PERCORSO ONCOLOGICO**



*Allegato 3. Common Toxicity Criteria*

EVENTO AVVERSO	DESCRIZIONE	GRADO					
		0	1	2	3	4	
EMATOLOGICO	Globuli bianchi (totali)	LLN	<LLN e $\geq 3.0 \times 10^9/L$	$\geq 2.0$ e $< 3.0 \times 10^9/L$	$\geq 1.0$ e $< 2.0 \times 10^9/L$	$\geq 1000$	$< 1.0 \times 10^9/L$
	neutrofili/granulociti	LLN	<LLN e $\geq 3000/mm^3$	$\geq 2000$ e $< 3000/mm^3$	e $< 2000/mm^3$		$< 1000/mm^3$
	piastrine	LLN	LLN $\geq 1500/mm^3$	$\geq 1000$ e $< 1500/mm^3$	$\geq 500$ e $< 1000/mm^3$		$< 500/mm^3$
	emoglobina	LLN	$\geq 75.000/mm^3$	$\geq 50.000$ e $< 75.000/mm^3$	$\geq 25.000$ e $< 50.000/mm^3$		$< 25.000/mm^3$
			Da <LLN a 10 g/dL	Da 8 a <10 g/dL	Da 6.5 a < 8 g/dL		< 6.5 g/dL
SINTOMATOLOGIA GENERALE	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°C	38.0 – 39.0°C	> 39.0 – 40.0°C	> 40.0°C (< alle 24h)		> 40.0°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)		
DERMATOLOGICO	Alterazione ungueale	Assente	Discromia, rugosità, depressione puntiforme	Parziale o completa perdita dell'unghia, dolore e unghia rovinata	Interferenza con ADL		
	Prurito	Assente	Di grado lieve o localizzato	Di grado intenso o diffusa	Intensa o diffusa 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 (BSA) <50%	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 desquamazione		
	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		

EVENTO AVVERSO	DESCRIZIONE	GRADO				
		0	1	2	3	4
GASTROINTESTINALE	(Anoressia) Scarso Appetito	Assente	Perdita dell'appetito senza alterazione delle abitudini alimentari	Alterata assunzione orale senza significante perdita di peso o malnutrizione; indicata valutazione specialistica (dietista)	Alterata assunzione orale associata a calo ponderale > 20% del valore basale; indicata valutazione specialistica (medico)	assunzione orale assente; indicata valutazione specialistica (medico)
	Stipsi	Assente	Sintomi occasionali o intermittenti; uso occasionale di ammorbidenti, lassativi, modificazioni della dieta o clistere	Sintomi persistenti con indicazione all'uso regolare di lassativi o clisteri; indicata valutazione specialistica (dietista)	Sintomi che interferiscono con le attività della vita quotidiana (ADL); costipazione con indicazione all'evacuazione manuale; indicata valutazione specialistica (dietista)	Conseguenze pericolose per la vita (es.: occlusione, tossicità megacolon)
	Diarrea	Assente	Aumento delle evacuazioni giornaliere ma inferiore a 4 rispetto al basale; leggero aumento delle evacuazioni dallo stomaco rispetto al basale	Aumento delle evacuazioni dalle 4 alle 6 volte al giorno in più rispetto al basale; indicazione a terapie EV reidratante; indicata valutazione specialistica (dietista); moderato aumento delle evacuazioni dallo stomaco rispetto al basale; non interferiscono con le attività della vita quotidiana (ADL)	Aumento delle evacuazioni ≥ 7 rispetto al basale; Incontinenza; indicazione a terapie EV reidratante ≥ 24 ore; Ospedalizzazione; Grave aumento delle evacuazioni dallo stomaco rispetto al basale; Interferenza con ADL	Conseguenze pericolose per la vita (es.: collasso emodinamico)
	Nausea	Assente	Perdita dell'appetito senza alterazione delle abitudini alimentari	Ridotta assunzione orale senza significativa perdita di peso, disidratazione o malnutrizione; indicata valutazione specialistica (dietista)	Inadeguata introduzione calorica orale associata a perdita di peso > 5% in 1 mese; indicata valutazione specialistica (medico)	Conseguenze pericolose per la vita
	Mucosite	Assente	eritema della mucosa	lieve ulcerazione disomogenea	ulcerazione sanguinante sospendere alimentazione per os indicata valutazione specialistica (medico)	tessuto necrotico sanguinante; Conseguenze pericolose per la vita
	Vomito	Assente	1 episodio nelle 24 ore	da 2 a 5 episodi nelle 24 ore; indicata terapia EV	superiore a 6 episodi nelle 24 ore; indicazione a terapia EV	Conseguenze pericolose per la vita
NEUROLOGICO	Neuropatia sensoriale	Assente	Asintomatica; perdita dei riflessi tendinei profondi o parestesia (compreso formicolii) ma non interferisce con le funzioni	Alterazioni sensoriali o parestesia (compreso formicolio), che interferiscono con le funzioni, ma non interferiscono con ADL	Alterazioni sensoriali o parestesie che interferiscono con ADL	Sintomatologia disabilitante

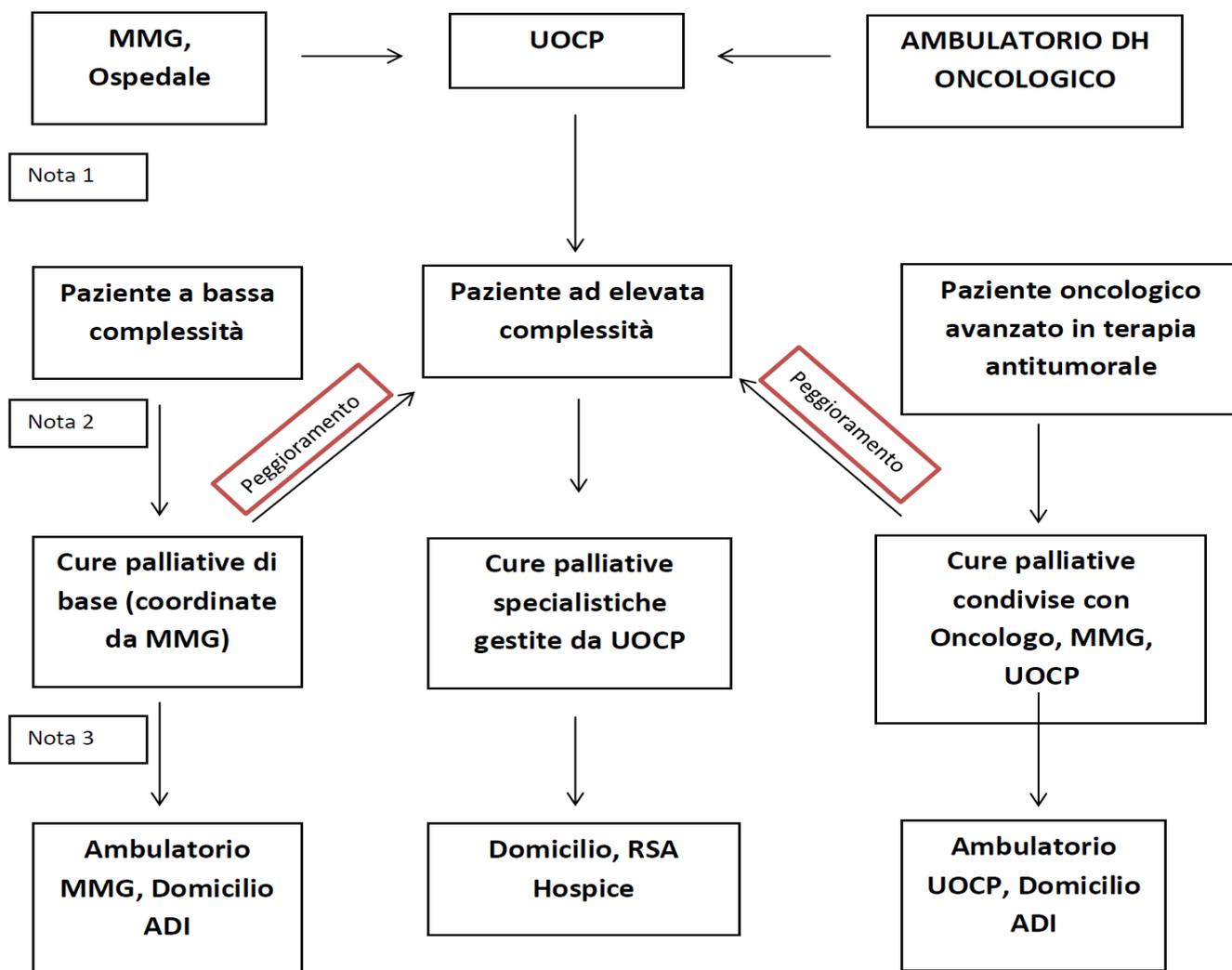
*Allegato 4. Scala RTOG*

*RTOG Grading System:*

Assessment / Observation		Effects of Radiotherapy on Skin Cells
	<p>RTOG 0 No visible change to skin</p>	
	<p>RTOG 1 Faint or dull erythema. Mild tightness of skin and itching may occur</p>	
	<p>RTOG 2 Bright erythema / dry desquamation. Sore, itchy and tight skin</p>	
	<p>RTOG 2.5 Patchy moist desquamation Yellow/pale green exudate. Soreness with oedema</p>	
	<p>RTOG 3 Confluent moist desquamation. Yellow/pale green exudate. Soreness with oedema</p>	
	<p>RTOG 4 Ulceration, bleeding, necrosis (rarely seen)</p>	

*Allegato 5. Flow –chart attivazione cure palliative*

**ATTIVAZIONE E GESTIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE NELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE**



**NOTA 1** 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).

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

Nome Cognome: \_\_\_\_\_ Data di nascita / / \_\_\_\_\_

PATOLOGIE DI BASE		
ASSEGNARE <b>2 PUNTI</b> SE APPLICABILE	Si	No
NEOPLASIA METASTATICA O LOCALMENTE AVANZATA (INOPERABILE O RECIDIVATA)		
PATOLOGIE CONCOMITANTI		
ASSEGNARE <b>1 PUNTO</b> 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 punto	
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 <b>1 PUNTO</b> 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 .....

## MANUALE DI UTILIZZO

La scheda diventerà parte integrante del PDTA per patologia e quindi sarà distribuita ai CAS, ai GIC, ai DH e ambulatori oncologici.

Nel campo PATOLOGIA DI BASE indicare SI se la neoplasia è **metastatica o localmente avanzata non trattabile con terapie causali e inoperabile o recidivata**. La risposta affermativa a questa domanda assegna 2 punti allo score finale.

Nel campo PATOLOGIE CONCOMITANTI la presenza di una o più delle comorbidità indicate di grado avanzato assegna sempre solo 1 punto. **\*?**

Il campo STATO FUNZIONALE indica la condizione fisica del paziente.

Nel campo IL PAZIENTE ogni risposta affermativa assegna 1 punto:  
per sintomof/i non controllato/i si intende: dolore, astenia, sonnolenza, nausea, inappetenza, dispnea, ansia-agitazione con **NRS  $\geq 4$**  già in trattamento che non riesce a controllare il sintomo.  
frequenti accessi in DEA e ricoveri indicano una situazione di instabilità clinica;  
nel pz ricoverato con prognosi infausta a breve termine si intende una stima **<1-3 mesi**;  
non sono proponibili trattamenti in grado di variare il corso o durata della malattia;  
rifiuto esplicito del paziente a trattamenti in grado di variare il corso della malattia.

Se il punteggio finale è **minore o uguale a 5**  $\Rightarrow$  fornire al paziente eventuali informazioni sulle Cure Palliative e rivalutare il pz nel tempo ad ogni variazione del programma terapeutico.

Se il punteggio finale è **maggiore di 5**  $\Rightarrow$  richiedere una consulenza da parte del Struttura di Cure Palliative e contestualmente fornire al paziente informazioni su tale servizio.

### **SURPRISE QUESTION:**

Indipendentemente dai punteggi sopra riportati è bene porsi la domanda:  
"Sarei sorpreso se il paziente che sto valutando decedesse nei prossimi 6 mesi?"

Se **la risposta è NO**  $\Rightarrow$  comunque da considerare la possibilità di richiedere una consulenza da parte della Struttura di Cure Palliative.

La scheda compilata dovrà afferire alle strutture di Cure Palliative con le modalità e la modulistica di attivazione proprie di ogni azienda.

Nei restanti ITEM non soggetti a score si trovano indicazioni utili per la successiva valutazione dell'equipe di cure palliative.