



“A” DEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE NEOPLASIA DEL POLMONE

Coordinatori Gruppo di Studio Infermieri

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

Gruppo di stesura:

Coordinamento

Samanta Clementi	ASL Città di Torino – Ospedale San Giovanni Bosco
------------------	---

Componenti

Ballario Manuela Teresa	ASL CN1
De Angelis Sara	ASL Città di Torino, Area Torino Sud-Est
Fantino Anna	AO Santa Croce e Carle di Cuneo
Marcolin Simonetta	ASL BI
Menin Stefania	ASL BI
Toma Camelia Nicoletta	AST AT

*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 POLMONARE.....	6
6.1 DIAGNOSI E STADIAZIONE.....	7
6.2 GRUPPO INTERDISCIPLINARE DI CURA (GIC): L'INFERMIERE.....	9
6.3 TERAPIA.....	10
6.3.1 CHIRURGIA.....	10
6.3.2 TERAPIA MEDICA.....	11
6.3.3 RADIOTERAPIA.....	12
6.4 FOLLOW UP.....	12
6.5 CURE PALLIATIVE.....	13
7. IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO.....	14
8. CONCLUSIONI.....	14
9. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	15
10. ALLEGATI.....	16

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 del polmone.

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 (GdiS) 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 polmonare 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 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 POLMONARE

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 Pneumologo, in seguito alla manifestazione di segni e/o sintomi suggestivi per neoplasia polmonare o in seguito al riscontro casuale derivante da accertamenti per altri motivi. In caso di *forte sospetto* per tumore polmonare, 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 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 attiva, 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 di cura 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 la scheda di valutazione, prevista dalla Rete Oncologica (reperibile sul sito 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 polmonare si articola in fasi:

- Diagnosi
- Stadiazione

- Terapia
- Follow up/Cure palliative

6.1 Diagnosi e Stadiazione

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

- **L'infermiere di endoscopia bronchiale**

La broncoscopia

L'infermiere assicura un'adeguata accoglienza, effettua un'anamnesi accurata, spiega al paziente come si svolgerà l'esame al fine di avere la sua piena collaborazione.

Assistenza post broncoscopia - informare il paziente sulla possibile comparsa di alcuni segni e sintomi transitori legati alla procedura: difficoltà respiratorie, tosse, presenza di sangue nell'escreato, rialzo termico nelle ore successive all'esame. Ribadire la necessità di osservare il digiuno dopo l'esame per circa un'ora e comunque fino alla ricomparsa del riflesso della deglutizione. Osservare il paziente per rilevare eventuali variazioni del respiro e dello stato di coscienza. Comunicare al medico eventuali problemi insorti, tenere il paziente sotto osservazione e monitoraggio per circa 30'.

- **L'infermiere di radiologia**

TC

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.

Agobiopsia polmonare TC guidata

Prima dell'esame: l'infermiere assicura un'adeguata accoglienza alla persona assistita e fornisce una corretta e dettagliata informazione sulla tipologia di indagine, su come si svolge, quanto dura e, qualora sia prevista la somministrazione di MDC, descrive la sintomatologia a cui può andare incontro in caso di reazione. Controlla

che sia presente il consenso informato firmato dal paziente.

Durante l'esame è necessario che il paziente sia dotato di un accesso venoso per poter far fronte ad eventuali somministrazioni ev o interventi d'urgenza. Se il paziente è ricoverato, avrà un ago cannula oppure un CVC (Port, PICC,...) in sede. Se invece la procedura viene espletata ambulatorialmente ed il paziente arriva dal domicilio, è necessario che l'infermiere posizioni un accesso venoso periferico.

Dopo l'esame: l'infermiere si accerta delle condizioni del paziente, pone domande relative alle sue condizioni, e rileva i parametri vitali.

Il paziente deve rimanere in osservazione per alcune ore dopo l'esecuzione della biopsia per escludere l'insorgenza di complicanze precoci come lo pneumotorace.

Al termine dell'osservazione prevista viene effettuato un RX torace di controllo e se non sono insorte complicanze il paziente verrà dimesso.

L'infermiere ha il compito di istruire il paziente sul riconoscimento e gestione di eventuali complicanze tardive (tosse, dispnea, dolore).

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 sia necessario (come stabilito dal protocollo aziendale). Garantisce assistenza durante tutto l'iter, e gestisce eventuali urgenze o reazioni avverse. Valuta e gestisce (in collaborazione con il medico) il problema della claustrofobia.

- **L'infermiere di medicina nucleare**

Scintigrafia ossea total body e PET

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. Per la PET, se si tratta di paziente diabetico, raccomanderà il controllo della

glicemia il giorno dell'esame.

- **L'infermiere di chirurgia toracica**

Biopsia chirurgica in toracosopia

Per la parte assistenziale fare riferimento all'infermiere di chirurgia

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

6.2 Gruppo Interdisciplinare di Cura (GIC): L'infermiere

Il GIC toraco-polmonare, composto da Pneumologo, Chirurgo Toracico, Oncologo, Infermiere, Radioterapista, Radiologo, Radiologo interventista, Anatomo Patologo, Fisiatra, Terapista antalgico, Palliativista, Psiconcologo, prenderà in carico il paziente per la definizione della terapia.

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

Al fine di garantire la continuità assistenziale riceve comunicazione, dall'infermiere CAS, in merito alle 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:

- (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.

6.3 Terapia

La neoplasia polmonare vede tre possibili approcci terapeutici: chirurgia, terapia medica, radioterapia.

6.3.1 Chirurgia

L'infermiere del Prericovero

Prende in carico il paziente e attiva le procedure previste per il prericovero.

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

Programma e gestisce gli esami diagnostici previsti e relative consulenze.

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

L'infermiere del reparto di Chirurgia

- Prende in carico il paziente, 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 (es. mobilizzazione precoce) e inizia ad attivare altre figure professionali (es. fisioterapista, psicologo).
- Risponde a domande, dubbi, cercando di rassicurare il paziente e accertandosi che abbia compreso le informazioni date.
- Si occupa dell'assistenza infermieristica postoperatoria compresa la gestione dei drenaggi e la ginnastica respiratoria.
- Pianifica la dimissione, informando ed educando il paziente e/o caregiver sulla gestione della ferita chirurgica, nella rieducazione respiratoria, eventuale richiesta ed educazione per
- la gestione dell'ossigeno a domicilio e delle eventuali terapie farmacologiche.
- Attiva, se necessario, l'assistenza territoriale.
- Pianifica gli appuntamenti post-ricovero per visite di controllo, medicazioni e follow-up e contatta il Day Hospital se il paziente dovrà eseguire terapie mediche.

L'infermiere dell'ambulatorio di chirurgia

Informa ed educa il paziente sulla gestione nell'immediato post-ricovero (es: medicazione della ferita, gestione eventuali drenaggi, ecc) e sarà un punto di riferimento nella fase del follow up

6.3.2 Terapia medica

L'infermiere del Day Hospital Oncologico

- Accoglie il paziente che inizia il suo percorso in DH e garantisce la continuità assistenziale rispetto ai precedenti accessi in ospedale.
- Concorre alla scelta dell'accesso nel caso sia stata prescritta una terapia medica endovenosa e se necessario, programma il posizionamento di un accesso venoso centrale. Valuta il tipo di catetere da posizionare e ne pianifica l'impianto, in collaborazione con l'oncologo considerando il tipo di trattamento e il paziente. 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.
- Rileva i parametri vitali
- Somministra la terapia prescritta, eseguendo counseling infermieristico inerente la terapia stessa (chemioterapia, terapia biologica, terapia antidolorifica, terapia di supporto, ecc), gli effetti collaterali (con rilevazione questionario tossicità dove è in uso), le norme generali di comportamento, la terapia di supporto per il domicilio
- Consegna (ove presenti) eventuali opuscoli informativi sulla gestione delle tossicità
- Se necessita di ossigenoterapia durante la permanenza nel servizio e al domicilio attiva le richieste secondo le procedure aziendali
- Valuta, mediante appropriate scale di valutazione (per es. Common Toxicity Criteria) (ALLEGATO 3) il grado degli effetti collaterali della terapia 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 il paziente e raccoglie dati correlandoli a quelli già documentati 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

- 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 care giver in merito alla gestione della terapia prescritta, eventuali medicazioni e gestione del catetere venoso centrale.
- compila le schede di dimissione per eventuali prese in carico da parte del servizio domiciliare e/o cure palliative o del Nucleo Ospedaliero Continuità delle Cure (NOCC)
- se il paziente necessita di ossigenoterapia durante la permanenza nel servizio e al domicilio attiva le richieste secondo le procedure aziendali
- promuove l'autonomia del paziente per agevolare la dimissione al domicilio

6.3.3 Radioterapia

L'infermiere di radioterapia

Accoglie la persona e il caregiver con un primo colloquio infermieristico dove illustra le caratteristiche del servizio e del trattamento. Svolge un ruolo educativo riguardante la gestione delle tossicità indotte dalla radioterapia e, ove previsto, vengono consegnati degli 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 delle tossicità acute e/o tardive, degli effetti collaterali legati alla parte irradiata. ALLEGATO 4

6.4 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 e 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.

- Partecipa alla realizzazione del programma di follow-up insieme all'equipe di lavoro, organizza e pianifica i controlli di follow up successivi.
- Consegna la modulistica e spiega all'assistito le preparazioni relative 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 di gestione (attivazione supporto psiconcologico, 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

6.5 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 per il miglioramento della qualità delle prestazioni di Cure Palliative ed approvate dalla Direzione della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta. (ALLEGATO 6)

La scheda rappresenta un utile e semplice strumento di lavoro che individua, 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, della Rete Oncologica, è di adottarla per tutti i pazienti che presentino una neoplasia localmente avanzata o recidivata, non suscettibili di asportazione chirurgica o di malattia metastatica in progressione. L'indicazione data è che la scheda, dopo la sua compilazione, venga trasmessa al referente per le Cure Palliative presente in ogni Gruppo Interdisciplinare di Cura, che, con la modalità e la modulistica proprie di ciascuna Azienda, attiverà il servizio considerato più adatto in relazione alle esigenze clinico-assistenziali della persona (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

L'utilizzo di una flow-chart per l'attivazione e gestione del percorso assistenziale nella rete delle cure palliative può essere uno strumento utile per la scelta del percorso più adeguato per il paziente in fase avanzata di malattia (ALLEGATO 5)

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 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.

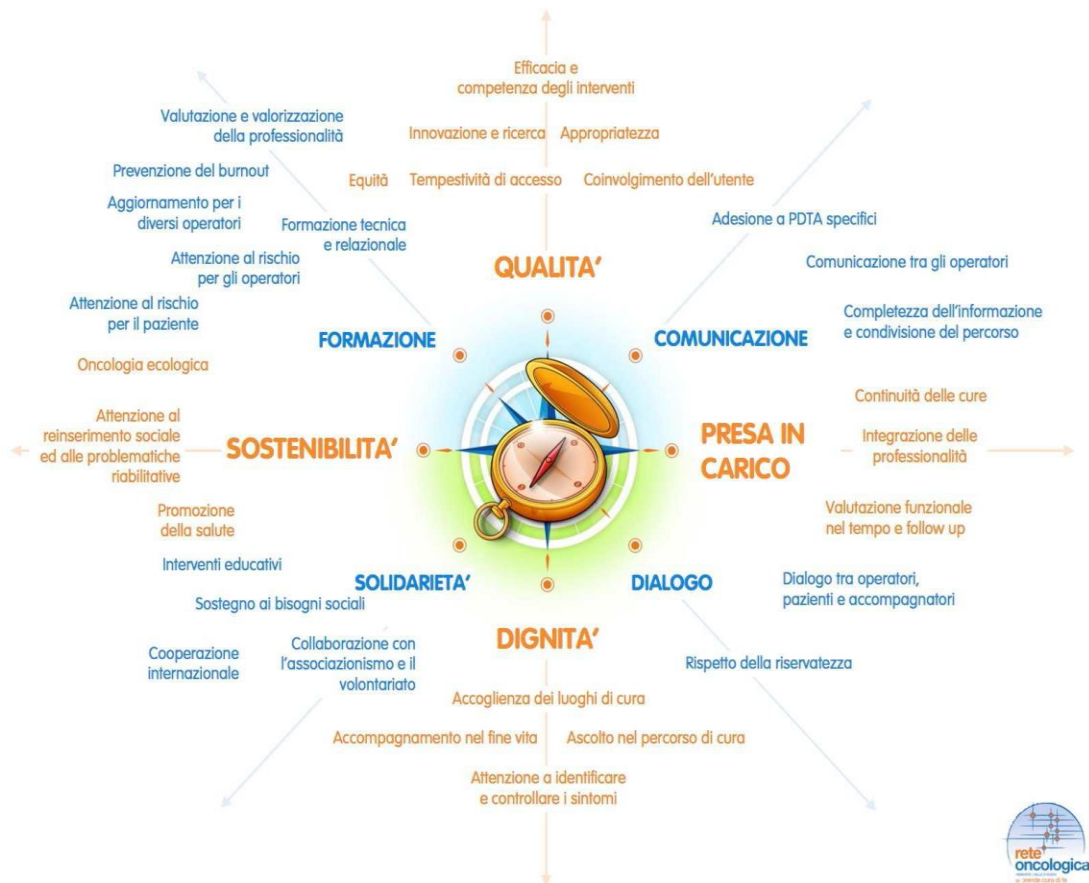
“Per noi che prestiamo assistenza infermieristica, la nostra Assistenza è qualcosa che, se non contribuiremo a far progredire ogni anno, ogni mese, ogni giorno, contribuiremo a far regredire” (Florence Nightingale, 1872)

9. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

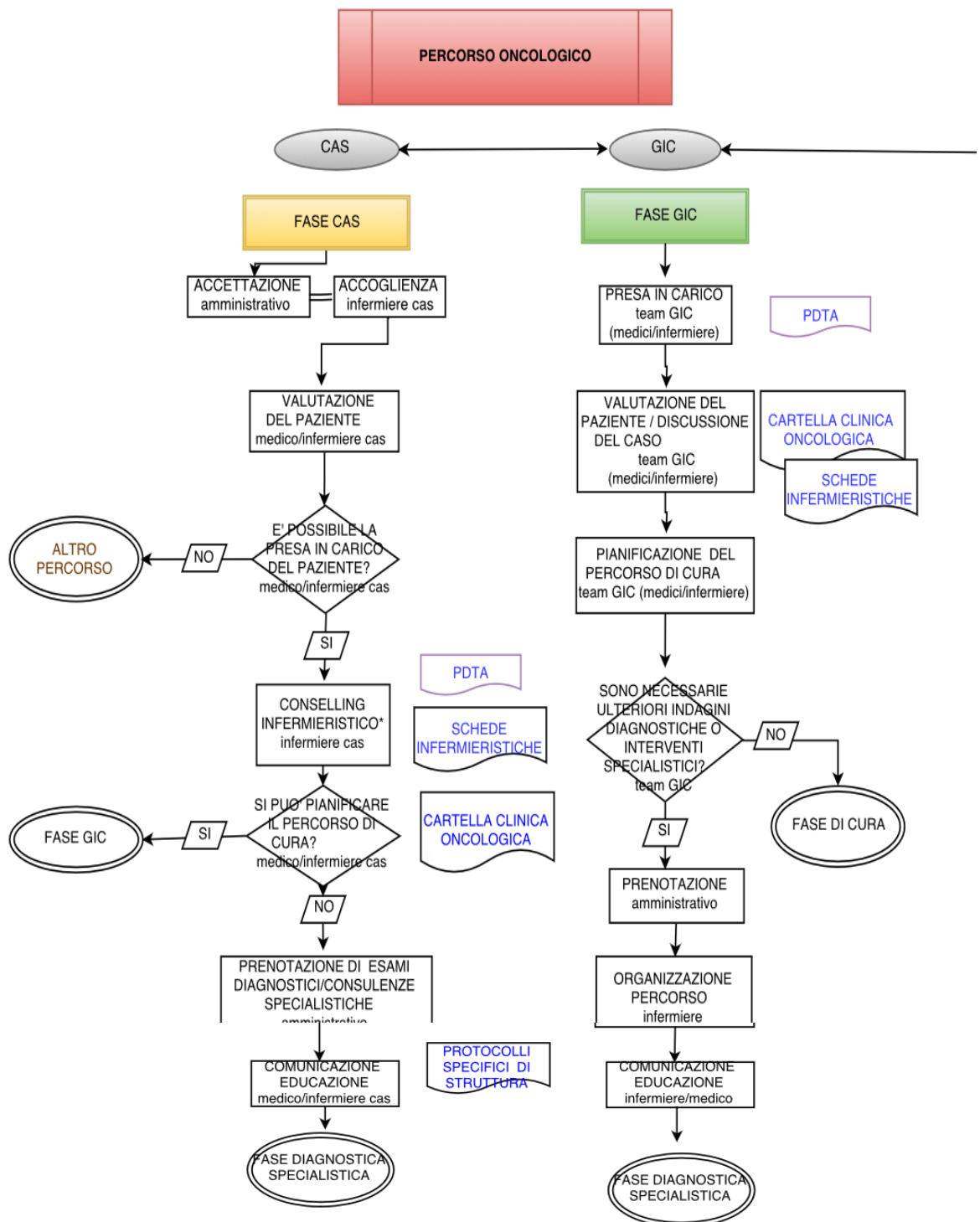
1. https://www.reteoncologica.it/images/stories/resoconti_gruppi_di_lavoro/Infermieri/LineeIndirizzoStesuraApdta.pdf (ultima consultazione 7 ottobre 2018)
2. https://www.reteoncologica.it/images/stories/resoconti_gruppi_di_lavoro/Infermieri/DEF_PROF_COMPET_INFERMIERE_CAS.pdf (ultima consultazione 7 ottobre 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)
3. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research.
4. Food, Nutrition, Physical Activity, and Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC : AIRC 2007
5. Journal of Clinical Oncology 2002
6. Journal of the National Cancer Institute 2006
7. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002
8. Food and health in Europe: A new basis for action. – WHO Regional Publications European Series 2004;
9. Linee di indirizzo per la stesura dei percorsi diagnostici terapeutici nell'ambito dell'assistenza infermieristica relative alle patologie oncologiche (2016)
10. Profilo competenze Infermiere del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC 2018)
11. Scheda profilo competenze infermiere del centro accoglienza servizi (CAS 2018)
12. <https://www.anoteanigea.it/linee-guida-public/linee-guida-reprocessing-in-broncoscopia>
Ravini M., Magni L., Il drenaggio pleurico, Edizioni Auriga, Milano, 1991
13. Costa Angeli M., Bolognesi L., "I drenaggi del torace", Nursing oggi".n1,1997,pag26-43 5.
14. BIBLIOGRAFIA Canadian Hospice Palliative care Association (CHPCA) – 2002 (ULTIMA CONSULTAZIONE 31 OTTOBRE 2018)
15. Il Core Curriculum dell'infermiere in cure palliative – SICP – 2013 (ultima consultazione 30 ottobre 2018)

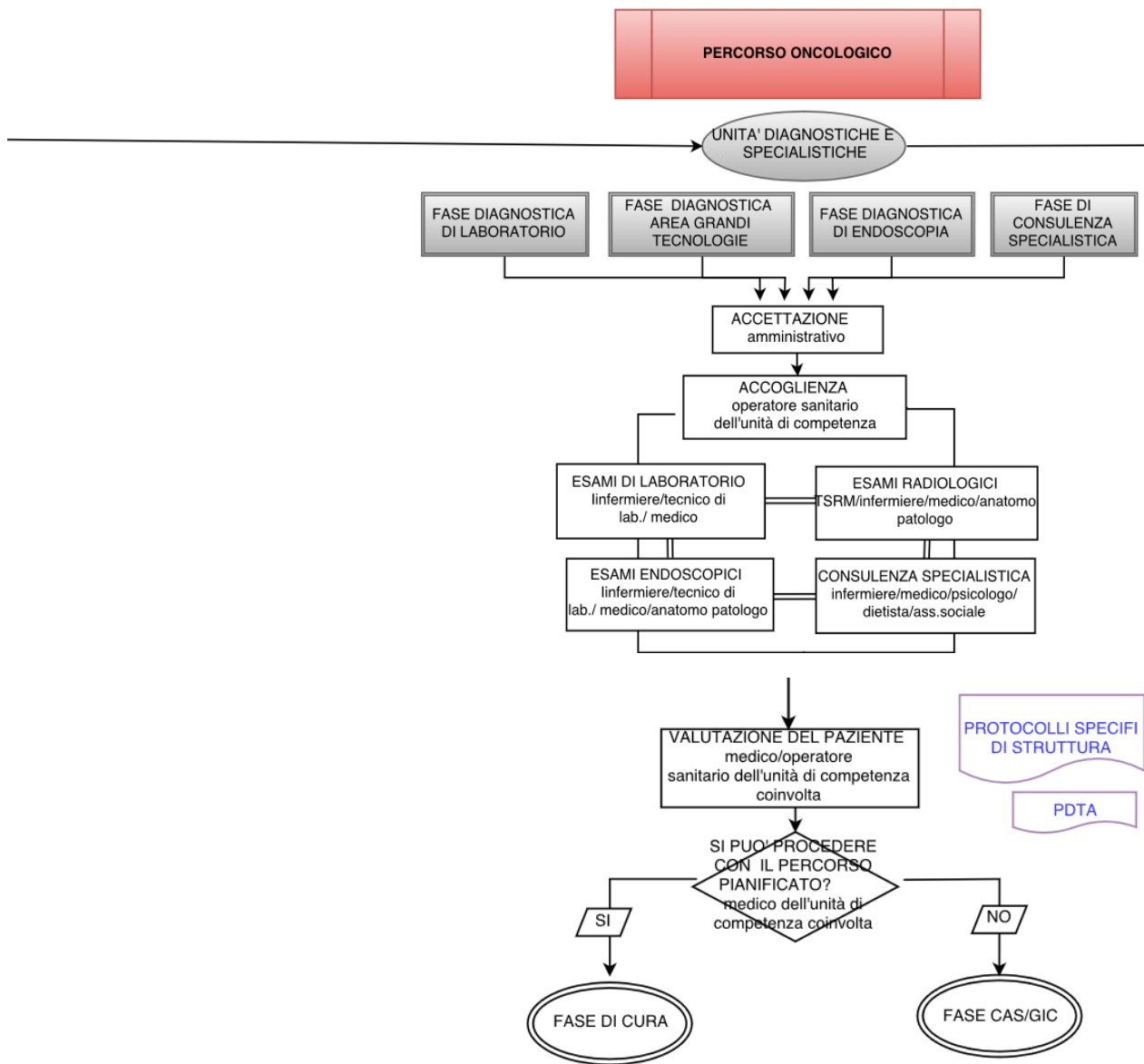
10. Allegati

Allegato 1. La Bussola dei Valori della Rete Oncologica



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















Allegato 3. Common Toxicity Criteria

EVENTO AVVERSO	DESCRIZIONE	GRADO				
		0	1	2	3	4
EMATOLOGICO	Globuli bianchi (totali)	LLN	<LLN e $\geq 3.0 \times 10^9/L$ <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
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	< $38.0^\circ C$	$38.0 - 39.0^\circ C$	$> 39.0 - 40.0^\circ C$	$> 40.0^\circ C$ (< 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)	_____
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 significativa 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 formicolio) 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

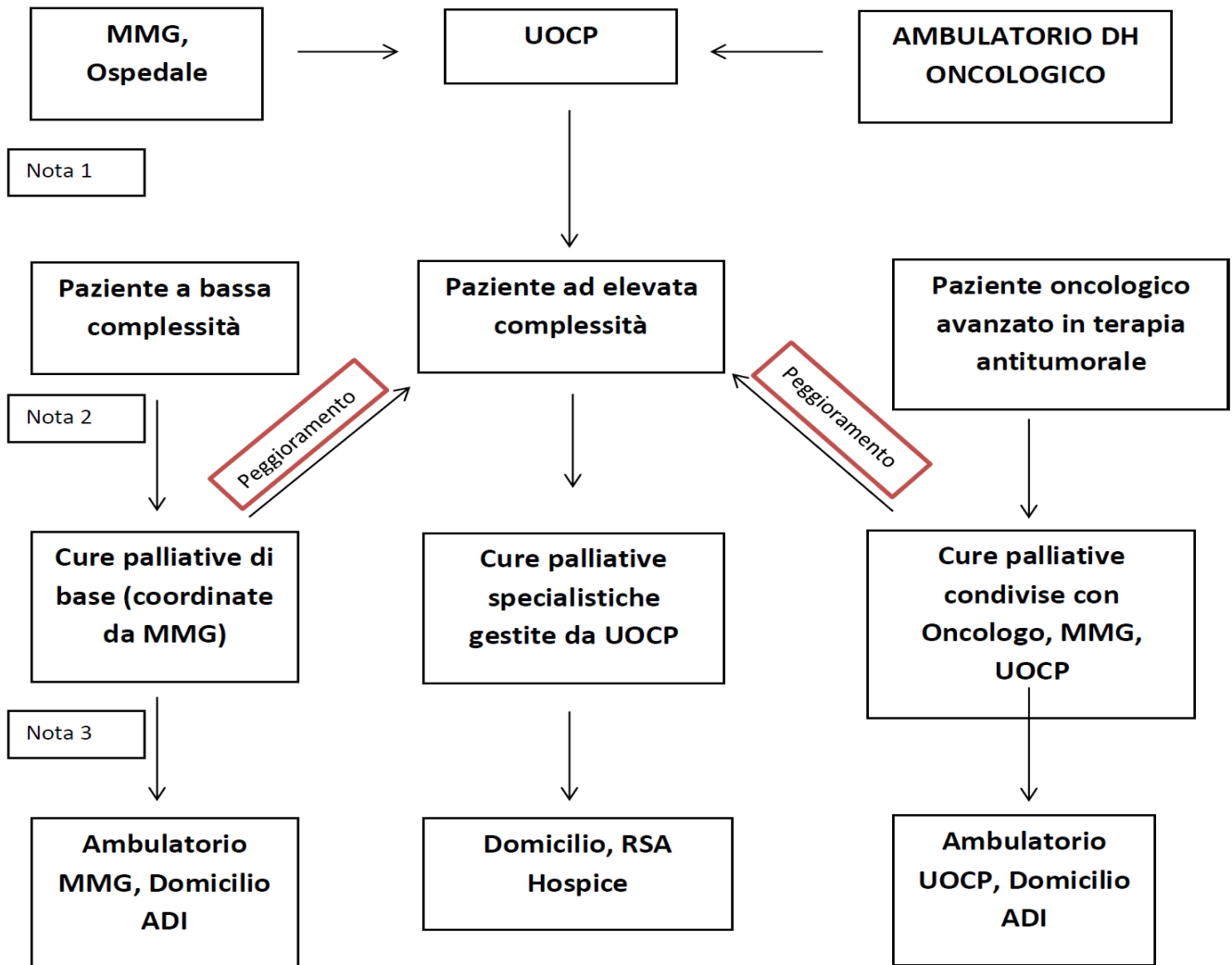
Allegato 4. Scala RTOG

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).

Allegato 6. Score per la segnalazione alla struttura di cure palliative del paziente oncologico

**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 comorbilità 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 (facende 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

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 sintomo/i non controllato/i si intende: dolore, astenia, sonnolenza, nausea, inappetenza, dispnea, ansia-agitazione con **NRS ≥ 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.