

**7° Convegno
Infermieristico Rete Oncologica**

**Gli infermieri per la Rete,
la Rete per gli infermieri**

**A PICCOLI
PASSI VERSO
NUOVI
ORIZZONTI.**

19 settembre 2022 | Città Studi | Biella

LA RILEVAZIONE DELLE TOSSICITÀ DA TRATTAMENTI ONCOLOGICI: PRESENTAZIONE DI UNO STRUMENTO DI VALUTAZIONE

Dott.ssa Monica Brunetti

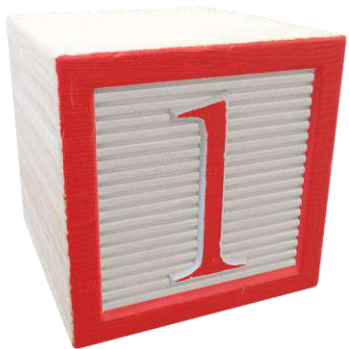
Dott.ssa Valentina Ariu

Dott.ssa Federica Cavalieri

19 settembre 2022

BIELLA

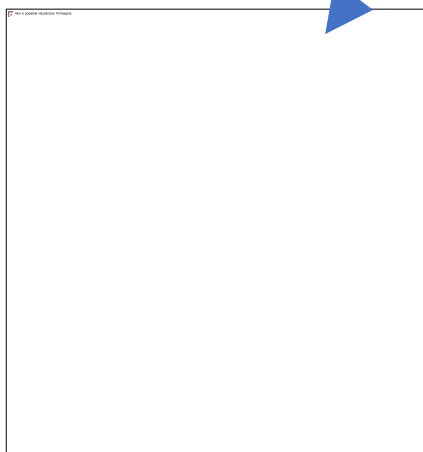
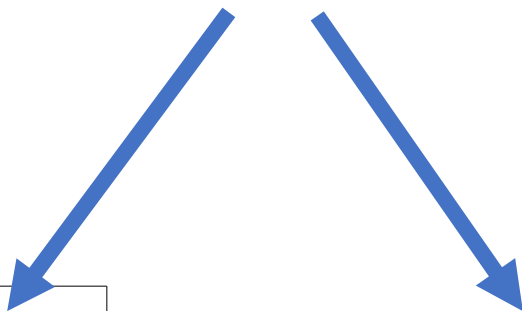




SETTEMBRE-DICEMBRE 2021

- ❖ DEFINIZIONE DEL TEMA «LA TOSSICITA' DEI TRATTAMENTI ANTITUMORALI»
- ❖ SUDDIVISIONE IN DUE SOTTOGRUPPI

(ricerca/survey)



REVISIONE DELLA
LETTERATURA



SURVEY PIEMONTE E
VALLE D'AOSTA

MARZO-SETTEMBRE 2022



SCHEDE TOSSICITA'
Adulti/bambini



REVISIONE DELLA LETTERATURA

La conoscenza e la valutazione dei potenziali benefici e rischi associati ai trattamenti oncologici è fondamentale per formulare **RACCOMANDAZIONI E PRENDERE DECISIONI**

TERAPEUTICHE OTTIMALI per garantire una **BUONA QUALITÀ DI VITA** dei pazienti durante il percorso. (COMU, 2018)



The Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)

National Cancer Institute, 2015

Questo sistema rischia di sottovalutare le tossicità soggettive per diversi motivi, legati alla qualità delle prestazioni dei vari professionisti o ad aspetti più complessi di interazione e comunicazione tra medici e pazienti. (Di Maio, 2016)



Gli autori dello studio “*The central role of patient in safety evaluation of chemotherapy: A specific patient pathway for the evaluation of adverse event with pro-ctcae as part of routine care*” del 2019 segnalano che **l’accuratezza dei dati relativi alla tossicità è maggiore laddove viene previsto il coinvolgimento attivo del paziente.** (Pagan, 2019)



PRO – Patient Reported Outcomes

A tale scopo è stato utilizzato come **strumento di valutazione la PRO-CTCAE** nella versione italiana. I risultati hanno permesso di evidenziare che spesso erano omessi dal medico i sintomi percepiti dal paziente in grado lieve, mentre erano segnalati sia dal medico sia dall’infermiere, gli eventi avversi percepiti con un livello di severità elevata. (Pagan, 2019)



OGGETTIVA

**VALUTAZIONE
CLINICO-
ASSISTENZIALE**
LABORATORIO/
STRUMENTALE



**ESPERIENZA
DEL PAZIENTE**



SOGGETTIVA

**VALUTAZIONE
GLOBALE
DELLE
TOSSICITA'**

VALUTAZIONE
CLINICO-
ASSISTENZIALE
+LABORATORIO
+STRUMENTALE



ESPERIENZA
SOGGETTIVA
DEL PAZIENTE

The Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)

National Cancer Institute, 2015

CTCAE+**RTOG** (*Radiation Therapy Oncology Group*)

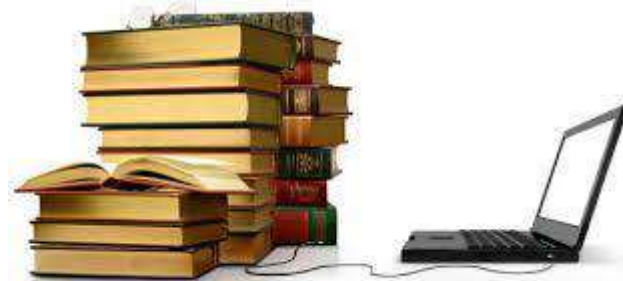
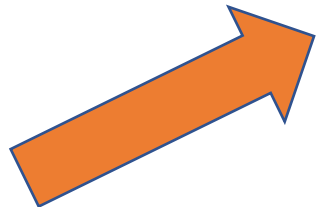
+**EORTC** (*European Organisation for Research and Treatment of Cancer*) - Acute e Late

Sanchez, 2016

Patient Reported Outcomes (PRO)

Pediatric Patient Reported Outcomes (Ped-PRO)

Bash, 2004-2005-2006-2014 - Di Maio, 2016, 2021



**Il futuro prossimo è la
digitalizzazione dei PRO**



19 settembre 2022 | Città Studi | Belle



Linee Guida ESMO 2022

ESMO > Guidelines > Guidelines by topic > Supportive and Palliative Care

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE – THE ROLE OF PATIENT-REPORTED OUTCOME MEASURES IN THE CONTINUUM OF CANCER CLINICAL CARE



SPECIAL ARTICLE

The role of patient-reported outcome measures in the continuum of cancer clinical care: ESMO Clinical Practice Guideline

M. Di Maio¹, E. Basch², F. Denis^{3,4}, L. J. Fallowfield⁵, P. A. Ganz⁶, D. Howell⁷, C. Kowalski⁸, F. Perrone⁹, A. M. Stover^{2,10}, P. Sundaresan^{11,12}, L. Warrington¹³, L. Zhang¹⁴, K. Apostolidis¹⁵, J. Freeman-Daily¹⁶, C. I. Ripamonti¹⁷ & D. Santini¹⁸,
on behalf of the ESMO Guidelines Committee*

CONTESTO

AREA CLINICA

- ONCOLOGIA MEDICA
- EMATOLOGIA
- RADIOTERAPIA

AMBITO DI INTERESSE

- ADULTO
- PEDIATRICO

TRATTAMENTI ANTITUMORALI

- CHEMIOTERAPIA
- IMMUNOTERAPIA
- TERAPIE A BERSAGLIO MOLECOLARE
- RADIOTERAPIA

OBIETTIVO DELLA RICERCA

Descrivere gli strumenti e le modalità operative sulla valutazione delle tossicità da trattamento antitumorale, presenti all'interno dei centri oncologici del Piemonte e della Valle d'Aosta, al fine di produrre un documento di consenso.

SETTING DI INDAGINE

REPARTI DI DEGENZA-AMBULATORI-DAY HOSPITAL, SERVIZI DI RADIOTERAPIA



MATERIALE E METODI

Disegno dello studio

Studio osservazionale descrittivo

Durata dello studio

8 novembre - 19 novembre 2021

Professionisti coinvolti

Coordinatori infermieristici, Direttori di struttura, DiPSa, Direzioni Sanitarie per
diffusione ai

PROFESSIONISTI INFERMIERI E MEDICI DEI SETTING SOPRA CITATI



PROCEDURA DI RACCOLTA DATI

FASE 1. RICERCA BIBLIOGRAFICA

Banche dati

Pubmed, Google scholar, Embase, Cochrane Library.

Key words

evaluation of toxicity, cancer, adverse events, patient reported outcome, anticancer treatment, management of toxicity, nursing evaluation.

FASE 2. SURVEY

QUESTIONARIO – 10 DOMANDE A RISPOSTA CHIUSA

- ❖ contesto lavorativo
- ❖ tipologia di pazienti assistiti
- ❖ strumenti per la rilevazione della tossicità
- ❖ professionisti coinvolti
- ❖ modalità operative

ANALISI DEI DATI

I dati sono stati analizzati dalla piattaforma Google Moduli attraverso frequenze percentuali e assolute per le variabili discrete e rappresentati con grafici a barre.





RISULTATI SURVEY

QUESTIONARI INVIATI 300/100 RISPOSTE

DOMANDA 1.

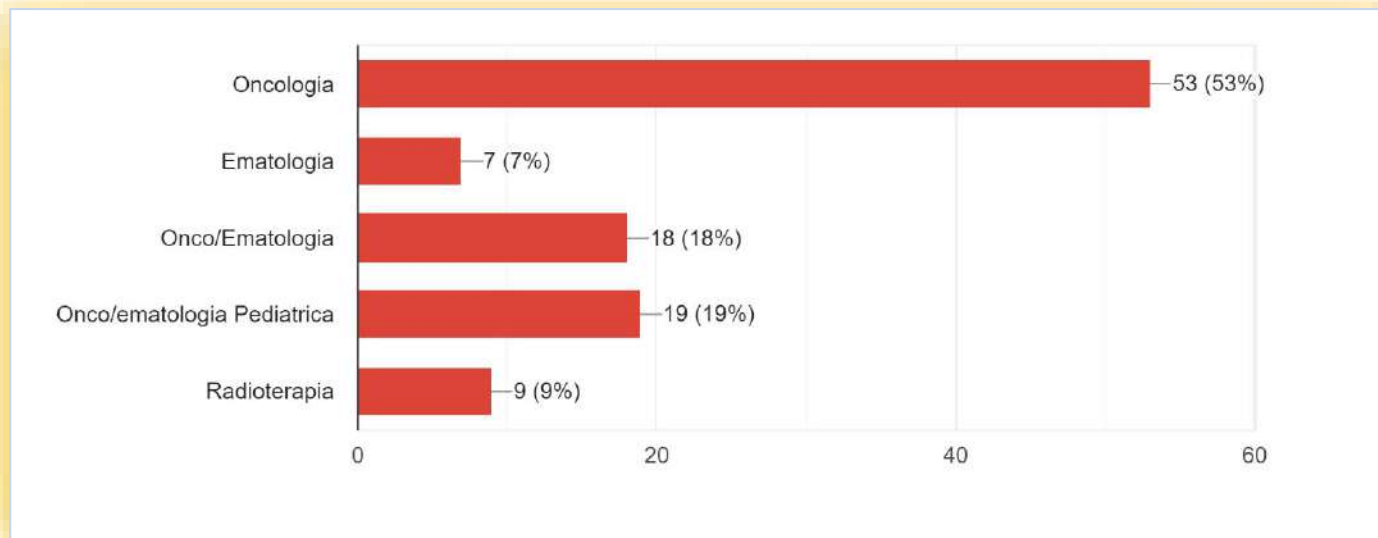
In quale azienda lavori?



Le aree censite riguardano Piemonte e Valle d'Aosta

DOMANDA 2.

In quale ambito lavori?

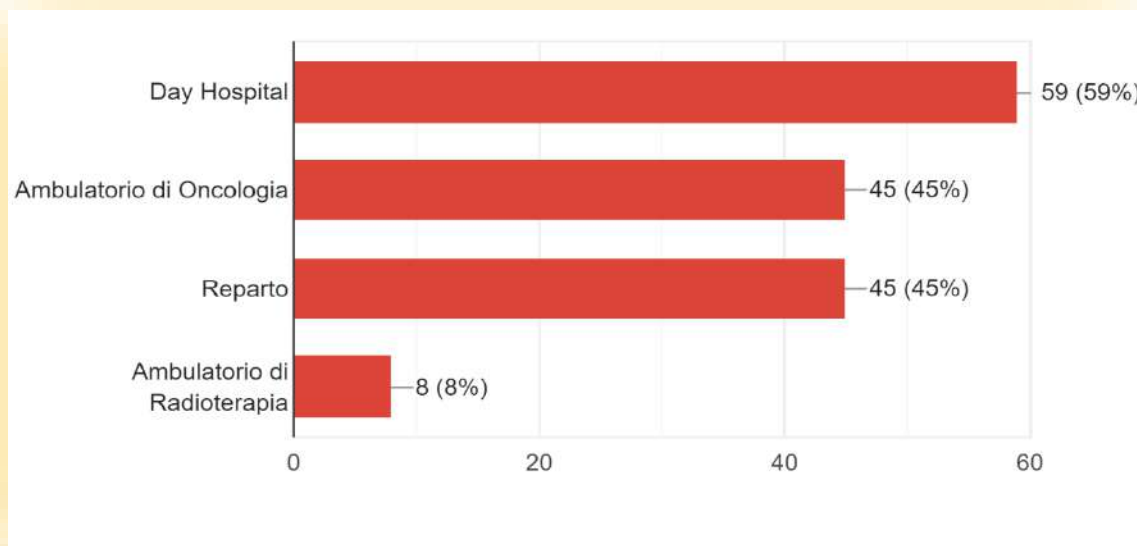


L'ambito maggiormente rappresentativo è **l'oncologia medica** con il 53% di risposte



DOMANDA 3.

In quale setting lavori?



Il *setting* maggiormente rappresentativo è il *Day Hospital* con il **59 %** di risposte.

DOMANDA 4.

Nella tua realtà si rilevano le tossicità da trattamenti antitumorali?

(chemio/radio/ormono/immunoterapia/terapie cellulari ETC)?

Il **94,9%** del campione censito riferisce di rilevare le tossicità da trattamenti antitumorali.





DOMANDA 7.

Con quale strumento?

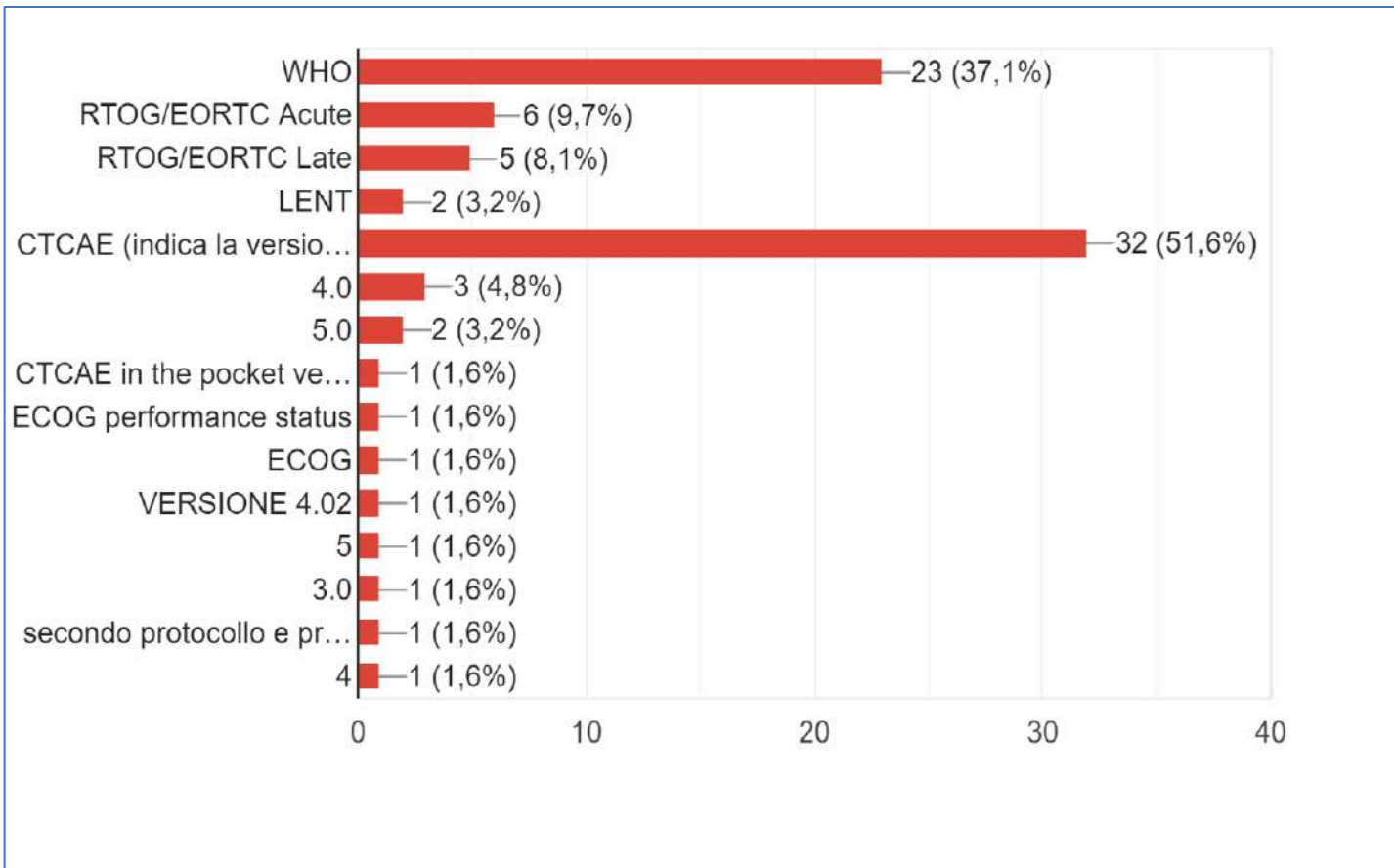
- ❖ Il 18,9% attraverso una scheda di rilevazione personalizzata
- ❖ 13,7% strumento del “diario paziente”.
- ❖ **Nei restanti casi, le tossicità vengono rilevate senza uno strumento specifico e riportate in cartella medica (58,9%) e cartella infermieristica (38,9%)**

DOMANDA 8.

Per rilevare le tossicità, vengono utilizzate delle scale di valutazione?

SI, nel 70,2% dei casi

DOMANDA 9. Se sì, quali?




- ❖ **51,6% CTCAE, versione 4 e 5**
- ❖ 37,1% WHO
- ❖ 17,8% RTOG e EORCT (acute/late) radioterapia



DISCUSSIONE

✓ Il **94,9%** del campione indagato riferisce di **rilevare le tossicità** da trattamenti antitumorali 

✓ Le tossicità vengono rilevate **senza uno strumento specifico** e riportate in cartella medica (58,9%) e cartella infermieristica (38,9%) 

✓ **MAGGIORI TOSSICITA'** → mucosite-sintomi gastrointestinali-fatigue-dolore-febbre

✓ 70% scale di valutazione validate dalla letteratura

✓ **87% medici/infermieri – 19% pazienti** 

✓ **80% durante la visita medica**



**PATIENT REPORTED OUTCOMES
+ TELE-ASSISTENZA/DISPOSITIVI ELETTRONICI**



...PROPOSTE per il 2022



CONDIVIDERE I PRINCIPI E COSTRUIRE INSIEME
UNO STRUMENTO DI VALUTAZIONE DELLE
TOSSICITA'



2022



**SCHEDE DI
RILEVAZIONE DELLE
TOSSICITA'**



ADULTI

NCI- PRO-CTCAE® ITEMS-ITALIAN

Item Library Version 1.0



Quando un individuo è in terapia per un tumore, talvolta può sviluppare diversi sintomi ed effetti collaterali. Per ciascuna domanda, selezionare la risposta (una sola) che meglio corrisponde all'esperienza vissuta negli ultimi sette giorni...

ADOLESCENTI

Ped-PRO-CTCAE® ITEMS-ITALIAN

Item Library Version 1.0



BAMBINI

Ped-PRO-CTCAE® [Caregiver]-ITALIAN

Item Library Version 1.0















SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLE TOSSICITA' PER ADULTI

Nome e Cognome

Data compilazione

Pensi ai fastidi o sintomi che ha avuto dall'ultimo ciclo ad oggi e metta una crocetta sul riquadro che meglio specifica l'INTENSITA' del sintomo, se ha avuto più sintomi in ogni casella specifichi il peggiore.

	HA AVUTO DISTURBI ALLA BOCCA? (Secchezza, piaghe, screpolature agli angoli, modifiche o difficoltà a sentire il sapore o gusto del cibo/bevande, altri) Se Sì, Indichi quali.....	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	HA AVUTO SINTOMI GASTRO-INTESTINALI? (Nausea, vomito, diarrea, stitichezza, inappetenza, alterazione del gusto) Se Sì, indichi quali.....	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	HA AVUTO DIFFICOLTA' A RESPIRARE? (Tosse, mancanza di fiato, respiro sibilante, altri) Se Sì, indichi quali.....	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	HA AVUTO FEBBRE? SE Sì, indichi la temperatura massima riscontrata TC.....	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	HA NOTATO CAMBIAMENTI DELLA PELLE? (Pelle: irritazioni, variazioni di colore, secchezza, altri) SE Sì, indichi quali.....	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	HA NOTATO CAMBIAMENTI DELLE UNGHIE? (Unghie: solchi, ispessimenti, variazioni colore, caduta, altri) SE Sì, indichi quali.....	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>





	<p><u>SPECIFICO PER LA RADIOTERAPIA</u></p> <p>HA NOTATO BRUCIATURE O PIAGHE SULLA CUTE IN SEGUITO AI RAGGI? Se Sì, specifichi cosa ha avuto e la sede </p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	<p><u>SPECIFICO PER LA RADIOTERAPIA</u></p> <p>HA AVUTO DISTURBI DELLA SFERA CERVICO-CEFALICA? (Difficoltà a deglutire per dolore, riduzione anormale della saliva, infiammazione alla bocca, etc...) SE Sì, indichi quali.....</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	<p>HA AVUTO PRURITO? SE Sì, indichi la sede.....</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	<p>HA AVUTO PROBLEMI ALLE MANI E/O AI PIEDI? (Edema, desquamazione, intorpidimento e/o alterazioni della sensibilità alle mani e/o piedi) SE Sì, indichi quali.....</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	<p>SI È SENTITO STANCO? (Senso di fatica, mancanza di energie, debolezza)</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	<p>HA AVUTO DOLORE? SE Sì, con quale intensità?</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>

(IN UN PUNTEGGIO DA 0-10, METTA UNA CROCETTA SULLA LINEA NEL PUNTO CHE ESPRIME MEGLIO L'INTENSITA' DEL SUO DOLORE)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SE SÌ, INDICARE LA SEDE.....



	<p>HA AVUTO DIFFICOLTA' A DORMIRE? (insonnia, difficoltà a mantenere il sonno, risveglio precoce) SE Sì, indichi quali.....</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	<p>HA AVUTO DISTURBI DELLA VISTA E DELL'UDITO? (appannamento, lampi davanti agli occhi, eccessiva lacrimazione, ronzio delle orecchie) SE Sì, indichi quali.....</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	<p>HA AVUTO DISTURBI DELLA CONCENTRAZIONE O DELLA MEMORIA? Specifici.....</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	<p>HA AVUTO DISTURBI DELL'UMORE? (Ansia, tristezza, morale basso, si è sentito scoraggiato) SE Sì, indichi quali.....</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	<p>HA AVUTO DISTURBI DELL'APPARATO GENITO-URINARIO? (disturbi a urinare, bruciore, dolore o urgenza alla minzione, irregolarità del ciclo mestruale, perdite vaginali, secchezza) SE Sì, indichi quali.....</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	<p>HA AVUTO DISTURBI DELLA SFERA SESSUALE? (difficoltà a raggiungere o mantenere l'erezione, calo del desiderio, dolore durante il rapporto, problemi di eiaculazione, difficoltà a raggiungere l'orgasmo) SE Sì, indichi quali.....</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
<p>HA AVUTO ALTRI DISTURBI? SE Sì, indichi quali.....</p>		PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>

LEGENDA DELLA SCALA LIKERT ASSOCIATA AL GRADING DELLE TOSSICITA'

GRADO 0	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3	GRADO 4
PER NULLA	UN PO'	ABBASTANZA	MOLTO	MOLTISSIMO

Grading secondo il Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0

Grado 1: lieve, paziente asintomatico o con sintomi lievi, solo osservazione clinica o diagnostica; intervento non indicato.

Grado 2: moderato; indicato trattamento locale o non invasivo.

Grado 3: grave o clinicamente significativo ma non immediatamente pericoloso per la vita; può richiedere il ricovero ospedaliero o il prolungamento del ricovero in ospedale; disabilitante.

Grado 4: pericoloso per la vita, richiede intervento urgente.

Grado 5: morte correlata a intervento avverso.

National Cancer Institute. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), Version 5.0. Bethesda: National Cancer Institute; 2017. Available from: https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/ctc.htm





QUALI DIFFERENZE TRA LE SCHEDE?



SCHEDA PEDIATRICA DI VALUTAZIONE DELLE TOSSICITA'

Nome e Cognome





Data compilazione

Pensa ai fastidi o sintomi che hai avuto dall'ultimo ricovero ad oggi e metti una crocetta sul riquadro che meglio specifica l'INTENSITA' del sintomo, se hai avuto più sintomi in ogni casella specifica il peggiore.

		PER NULLA	UN PO'	ABBASTANZA	MOLTO	MOLTISSIMO
	HAI AVUTO DISTURBI ALLA BOCCA O GOLA O NASO? (Secchezza, afte, screpolature agli angoli, difficoltà a sentire il sapore o gusto del cibo/bevande, gusti strani, mal di gola, voce rauca, singhiozzo, sangue dal naso) Se Sì, Indica quali.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HAI AVUTO DISTURBI GASTRICI? (Ti sei sentito poco bene di stomaco (nausea), vomito, non hai voluto mangiare) SE Sì, indica quali.....			ANZA	MOLTO	MOLTISSIMO
	HAI AVUTO SINTOMI INTESTINALI? (Cacca liquida/acquosa, stitichezza) Se Sì, indica quali.....			A	MOLTO	MOLTISSIMO
	HAI AVUTO DOLORI? (dolore alle articolazioni, dolore a fare la pipì, hai fatto pipì addosso per sbaglio?) SE Sì, indica quali.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HAI AVUTO DIFFICOLTÀ NEL RESPIRARE? (Respiro corto, tosse, fischio nel petto mentre respiri) Se Sì, indica quali.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HAI AVUTO FEBBRE, BRIVIDI O TREMORI? SE Sì, indica la temperatura massima riscontrata TC.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

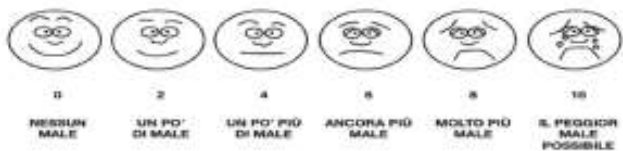
STESSE TOSSICITA'

VALUTAZIONE DOLORE In base all'età

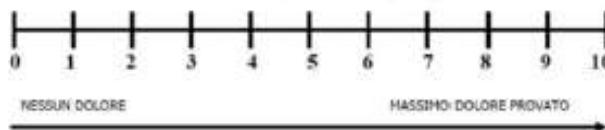
	HAI NOTATO CAMBIAMENTI DELLA PELLE? (Pelle secca, comparsa di brufoli sul volto o torace, ferite aperte o puntini rossi, lividi, hai sudato più del solito, ti sei scottato al sole più facilmente, hai avuto caldo all'improvviso) SE SÌ, indica quali.....	PER NULLA	ABBASTANZA	MOLTO	MOLTISSIMO	
	HAI AVUTO PRURITO? SE SÌ, dove		ABBASTANZA	MOLTO	MOLTISSIMO	
	HAI AVUTO DOLORI AI BRACCI O ALLE MANI? (Addoloramenti ai polsi, alle mani, ai polsi, alle braccia) SE SÌ,		UN PO'	ABBASTANZA	MOLTO	MOLTISSIMO
	HAI AVUTO DOLORI ALCUNI ALTRI PUNTI DEL CORPO? (Dolore a qualsiasi parte del corpo, ad esempio gomiti/ginocchia/spalle/caviglia, mal di testa) Dove?	PER NULLA	UN PO'	ABBASTANZA	MOLTO	MOLTISSIMO



SE SÌ, metti una crocetta per indicare quanto hai avuto male.

Bambini 3-8 anni



Bambini > 8 anni



	HAI AVUTO BATTITI DEL CUORE VELOCI?	PER NULLA	UN PO'	ABBASTANZA	MOLTO	MOLTISSIMO
	HAI AVUTO DIFFICOLTA' A DORMIRE? (Difficoltà ad addormentarti o a mantenere il sonno) SE SÌ, indica quali.....	PER NULLA	UN PO'	ABBASTANZA	MOLTO	MOLTISSIMO



		PER NULLA	UN PO'	ABBASTANZA	MOLTO	MOLTISSIMO
	HAI AVUTO DISTURBI DELLA VISTA E DELL'UDITO? (Vista offuscata/appannata, lampi di luce che non c'erano quando i tuoi occhi erano aperti o chiusi, occhi che lacrimavano, occhi secchi, rumore che hai sentito nelle orecchie come un ronzio, squillo, fischio, ruggito, schiocco) SE SÌ, indica quali.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TI SEI SENTITO STANCO? (Affaticato, senza energie, debole, hai avuto giramenti di testa) SE SÌ, indica quali.....			ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	HAI AVUTO DISTURBI DELLA MEMORIA? (Problemi nel ricordare, problemi di attenzione) SE SÌ, indica quali.....			ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	HAI AVUTO DISTURBI DEL SONNO? SE SÌ, indica quali.....			ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	HAI AVUTO ALTRI DISTURBI? SE SÌ, indica quali.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SOLO SE HAI FATTO LA RADIOTERAPIA HAI NOTATO BRUCIATURE O PIAGHE SULLA CUTE IN SEGUITO AI RAGGI? Se SÌ, specifica cosa hai avuto e dove	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IL LINGUAGGIO



LEGENDA DELLA SCALA LIKERT ASSOCIATA AL GRADING DELLE TOSSICITA'

GRADO 0	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3	GRADO 4
PER NULLA	UN PO'	ABBASTANZA	MOLTO	MOLTISSIMO

Grading secondo il Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0

Grado 1: lieve, paziente asintomatico o con sintomi lievi, solo osservazione clinica o diagnostica; intervento non indicato.

Grado 2: moderato; indicato trattamento locale o non invasivo.

Grado 3: grave o clinicamente significativo ma non immediatamente pericoloso per la vita; può richiedere il ricovero ospedaliero o il prolungamento del ricovero in ospedale; disabilitante.

Grado 4: pericoloso per la vita, richiede intervento urgente.

Grado 5: morte correlata a intervento avverso.

National Cancer Institute. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), Version 5.0. Bethesda: National Cancer Institute; 2017. Available from: https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/ctc.htm



**ABBIAMO SCELTO DI NON INSERIRE I DISTURBI
DELLA SFERA SESSUALE PERCHE':**

1. TROPPO PRECOCI NEI BAMBINI
2. ARGOMENTO TROPPO DELICATO NEGLI ADOLESCENTI



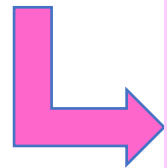
**OVVIAMENTE DA NON TRASCURARE MA INDAGABILE CON ALTRI
STRUMENTI E/O MODALITA' A DISCREZIONE DEL PROFESSIONISTA**



TAKE HOME MESSAGE



- ✓ CENTRALITÀ DEL PAZIENTE E LA SUA PARTECIPAZIONE ATTIVA
- ✓ RELAZIONE DI CURA -ALLEANZA TERAPEUTICA –FIDUCIA
- ✓ FAVORIRE L’EMPOWERMENT E L’AUTOCURA
- ✓ INDIVIDUARE E UTILIZZARE AL MEGLIO LE COMPETENZE DEI PROFESSIONISTI DEL TEAM



**INTERVENIRE TEMPESTIVAMENTE SUI SINTOMI
PER GARANTIRE L’EFFICACIA DELLE CURE E
UNA BUONA QUALITÀ DI VITA**



GRAZIE

7° Convegno
Infermieristico Rete Oncologica



Gli infermieri per la Rete,
la Rete per gli infermieri

**A PICCOLI
PASSI VERSO
NUOVI
ORIZZONTI.**