



EONS

eonsnewsletter

The Quarterly Newsletter of the European Oncology Nursing Society

Fall 2006

Contenuti:

Dai nostri colleghi

**Cancro al seno:
I risultati di uno
studio Europeo**

**Notizie dal
Consiglio**

**Il Premio
"Excellence in
Patient Education
(EPE)": edizione
2006**



Capo-Redattore:

Jan Foubert, RN, MSc

Redazione:Steve O'Connor, MSc., Grad Dip Onc., RN
Carol Krmar, RN, MN
Emile Maassen, RN, CRN

L'obiettivo della Newsletter EONS è informare gli infermieri circa la Società e le sue attività e fornire uno strumento di collegamento per gli infermieri oncologici europei. Le informazioni pubblicate hanno lo scopo di stimolare gli infermieri a migliorare l'assistenza ai malati oncologici attraverso un miglioramento delle conoscenze.

La corrispondenza può essere indirizzata al Capo-Redattore alla mail:
eons@village.uunet.be

Segreteria EONS:

Rudi Briké
Avenue E Mounier 83/4
B-1200 Brussels, Belgium
Tel: + 32 (2) 779 9923
Fax: 32 (2) 779 9937
E-mail: eons@village.uunet.be
Sito web:
www.cancereurope.org/EONS.html

EONS ringrazia Amgen, Astra Zeneca, Merck, MSD, Novartis and Roche per il loro continuo supporto alla Società come Sustaining Members.

Copie stampate: 3200
La versione elettronica è accessibile a 18000 EONS members

Printed by:

Drukkerij Trioprint Nijmegen BV
The Netherlands

Disclaimer:

Le informazioni riportate nella rivista costituiscono il punto di vista degli autori e non rispecchiano necessariamente le posizioni dell'European Oncology Nursing Society. Le agenzie/compagnie presenti con annunci pubblicitari sono le uniche responsabili dell'accuratezza delle informazioni presentate.

Tradotto a cura dell'AIIO.



Editoriale

Jan Foubert, Capo-Redattore

Un'attività nodale per il controllo del tumore, sia in riferimento alla popolazione generale che ai singoli individui, ne è l'appropriata stadiazione. Gli attuali sistemi di classificazione dei tumori solidi sono basati su caratteristiche e estensione dei tumori primari, prendendo in considerazione la presenza di metastasi locali e periferiche: lo schema noto come "Tumor-Node-Metastasis" (TNM). Mentre le scelte terapeutiche sono spesso basate sulla classificazione TNM, più recentemente sono stati presi in considerazione ulteriori fattori: le caratteristiche biologiche del tumore stanno diventando sempre più strumenti per la pianificazione del trattamento appropriato. Perciò è stato proposto un nuovo schema di classificazione che integri i parametri relativi all'estensione del tumore con le caratteristiche biologiche dello stesso. Lo scopo è quello di trasformare la classificazione TNM in uno schema più analitico e integrato che includa le variabili biologiche e che consenta un'individuazione di stadi più flessibile e funzionale per le attività cliniche e di ricerca. I cambiamenti proposti sono i seguenti:

- I Abolire il termine carcinoma per i tumori non invasivi
- I Fornire una completa descrizione metrica di tutti i parametri piuttosto che la categorizzazione
- I Valutare le caratteristiche biologiche come parametro predittivo

Il tumore al seno è oggi un argomento caldo. E' difficile trovare una rivista femminile popolare che non contenga un articolo relativo a qualche aspetto di questo problema. Ma gli infermieri oncologici hanno dimostrato interesse a questo argomento molto prima che diventasse una strategia di aumento delle vendite. La cura infermieristica del seno è stata sviluppata per prima nel 1980, in Gran Bretagna. Altri paesi europei ne hanno seguito l'esempio e ora stanno sviluppando servizi di assistenza senologica. Il ruolo di tale assistenza tradizionalmente include fornire informazioni e assistenza per le protesi, ma il ruolo si è esteso a comprendere un più ampio range di funzioni ed attività, compresa la consulenza ai pazienti, la discussione sulle opzioni di trattamento e il supporto emozionale a pazienti e familiari.

Gli infermieri che si occupano del seno sono una parte

importante del gruppo multi-disciplinare che, presso la maggior parte dei centri del tumore, si incontra per decidere la migliore strategia di trattamento per i pazienti. Più recentemente gli infermieri di assistenza al seno hanno esteso il proprio ruolo includendo la formulazione di procedure diagnostiche, la conduzione post-operatoria dei controlli della ferita e l'accertamento e la gestione del linfedema. E' divenuto abituale per gli infermieri costituire il primo punto di contatto con il paziente nelle cliniche specializzate nel percorso di dimissione del paziente. L'EONS ha partecipato alla stesura delle linee-guida sugli standards per la formazione di professionisti della salute che si occupano del cancro al seno EUSOMA (membro dell'European Journal of Cancer). Lo scorso Marzo alla conferenza EBCC, tenutasi a Nizza, ho scoperto che gli infermieri che si occupano di cancro al seno non solo sono largamente rappresentati, ma che la definizione, il ruolo e il luogo di lavoro di tali infermieri sono estremamente variegati in Europa. Inoltre gli infermieri che si occupano di cura del seno sono impegnati nello sviluppo di un percorso di formazione a riguardo e rivendicano di essere rappresentati nella comunità dell'assistenza oncologica. Questi messaggi sono stati raccolti dall'EONS e questa Newsletter è il primo passo per offrire a questi professionisti il risalto che meritano. A questo fine, Ilana Kadmon, infermiera di assistenza al seno e membro del Consiglio dell'EONS, tratta i recenti sviluppi sul ruolo dell'assistenza infermieristica al seno. Anche autori di due organizzazioni del malato, con cui spesso l'EONS collabora, Lynn Faulds Wood (Presidente dell'European Cancer Patient Coalition) e Ingrid Kössler (Presidente di Europa Donna), hanno proposto degli articoli. I pazienti sono di aiuto agli infermieri come emerge dalle dichiarazioni della Swedish Breast Cancer Association di voler comparare le cliniche di follow-up della medicina convenzionale con quelle condotte dall'assistenza infermieristica. L'Eons continuerà a seguire questi argomenti e in un prossimo futuro progettiamo di estendere il nostro coinvolgimento nella gestione infermieristica del seno. Nel frattempo, godetevi la lettura della Newsletter e di quanto rimane delle vostre vacanze estive. Abbiate cura dei vostri pazienti, amici, familiari, ma soprattutto abbiate cura di voi stessi.

La Newsletter EONS adesso è disponibile in italiano!!



EONS è lieta di annunciare che la prossima edizione della Newsletter EONS sarà disponibile per gli iscritti di lingua italiana grazie allo sforzo dell'Associazione Italiana Infermieri di Oncologia (AIIO) che ha richiesto il permesso di tradurre la newsletter in italiano per i suoi iscritti. E' un'eccitante sfida per entrambi: l'EONS News Team e il Gruppo Traduttori che lavora all'interno dell'AIIO, e speriamo che la decisione consenta una maggiore diffusione della newsletter ai membri di entrambe le società. Le copie in italiano della

newsletter saranno distribuite dall'AIIO, maggiori informazioni rispetto alla loro disponibilità possono essere richieste all'associazione all'indirizzo di posta elettronica info@aio.it. Ulteriori informazioni circa finalità ed attività dell'AIIO si trovano sul sito web all'indirizzo www.aio.it

EONS è orgoglioso di lavorare a questa iniziativa in collaborazione con l'AIIO ed è disponibile a promuovere la traduzione della newsletter EONS con altre società nazionali di oncologia medica full members dell'EONS

La Società di Nursing Oncologico Finlandese Finland



La Società di Nursing Oncologico Finlandese fondata nel Dicembre 1986 è felice di celebrare quest'anno il ventesimo anniversario. La Società mira a sviluppare il nursing oncologico sostenendo lo sviluppo delle competenze cliniche e professionali degli infermieri che operano in campo oncologico. Inoltre, uno degli obiettivi della Società è di aumentare la sua partecipazione in attività internazionali.

La Società organizza conferenze e corsi di formazione, quando necessario da consigli su questioni di assistenza oncologica e si sforza a migliorare la cooperazione tra ospedale e territorio. Oltre a ciò, la Società collabora con istituti di formazione sanitaria e con società oncologiche.

Attualmente la Società Finlandese di Nursing Oncologico consta di 500 membri. Tutti gli infermieri interessati all'assistenza dei pazienti oncologici ne possono far parte. La Società consta anche di diversi membri associati. Il Consiglio esecutivo consiste in un Presidente, 6 Consiglieri e 6 Vice Consiglieri. Tutti i membri del Consiglio partecipano a riunioni e costituiscono un quorum. I membri del consiglio durano in carica 2 anni. I membri uscenti possono essere rieletti se lo desiderano e nuovi membri vengono eletti per sostituire i membri uscenti. I membri del consiglio provengono da tutte le parti della Finlandia e rappresentano diversi gruppi professionali connessi all'assistenza dei pazienti oncologici, esempio: infermieri coordinatori, infermieri dirigenti, consulenti della riabilitazione dei reparti oncologici, infermieri che lavorano con pazienti a domicilio, dipendenti della società oncologica finlandese, redattori di case editrici e lettori (docenti) di istituti di formazione.

La Società di Nursing Oncologico Finlandese opera come organizzazione indipendente. Gli iscritti possono partecipare alla riunione annuale durante la quale vengono presentati: il piano delle attività, il report annuale e il budget.

La Società di Nursing Oncologico Finlandese organizza un congresso nazionale di due giornate. L'evento ha luogo in una città diversa ogni anno. Il programma del primo giorno comprende argomenti attuali connessi all'assistenza dei pazienti oncologici. Il secondo giorno gli argomenti selezionati vengono trattati dal punto di vista infermieristico. Quest'anno il tema è "20 anni di assistenza infermieristica oncologica". Le giornate studio sono state programmate per il 13-14 ottobre 2006 a Tampere -Hall nella città di Tampere. Si prevede la partecipazione di circa 250 infermieri che operano in oncologia.

La Società organizza anche eventi formativi serali per i soci. Questi eventi vengono tenuti cinque sei volte all'anno in differenti località. In questi eventi lettori (docenti) esperti parlano di argomenti rilevanti per l'assistenza infermieristica in oncologia e mettono al corrente su attività che gli infermieri che operano in campo oncologico stanno validando.

'Syöpäsairaanhoitaja' (L'infermiere Oncologico) è una rivista trimestrale ed è spedita a tutti gli iscritti. Il direttore è un membro



Tarja & Työkuvia

del Consiglio. 'Syöpäsairaanhoitaja' è a colori e infermieri, medici, teologi, assistenti sociali, dietisti scrivono articoli per la rivista. Ciascun numero si focalizza in un tema diverso. I membri del Consiglio sono responsabili della sollecitazione degli articoli.

La Società di Nursing Oncologico Finlandese mette da disposizione dei suoi membri delle borse di studio per la partecipazione a corsi di formazione e conferenze riguardanti l'assistenza infermieristica in oncologia. Questo è un modo attraverso il quale la Società supporta i suoi membri e accresce le competenze di nursing oncologico.

La Società collabora con società oncologiche locali, la società finlandese dei pazienti ammalati di cancro (Suomen Syöpäpotilaiden ry), l'associazione degli infermieri finlandesi, la società di cure palliative (Suomen Palliativisen Hoidon Yhdistys ry) e la società di medicina palliativa (Suomen Palliativisen Lääketieteen Yhdistys ry). La Società di Nursing Oncologico Finlandese collabora anche con le case farmaceutiche. Quest'ultime forniscono i fondi per le borse di studio. Molte case farmaceutiche partecipano al congresso nazionale. La società ha organizzato corsi di formazione esempio, i programmi di NOEP e TITAN sviluppati dall'EONS, in collaborazione con le case farmaceutiche. Uno dei membri del Consiglio ha partecipato alla riunione della Nordic Oncology Nursing Society.

La Società di Nursing Oncologico Finlandese è membro dell'EONS da molti anni. Uno dei membri del consiglio ha partecipato all'EONS Advisory Council. Siamo molto compiaciuti che Ms Tarja Suominen è diventata nel 2005 il primo membro finlandese del consiglio EONS.

Nel futuro sarà importante sviluppare la nostra cooperazione con l'EONS. Sarebbe splendido se l'EONS Spring Convention fosse organizzato in Finlandia. Questo permetterebbe una migliore rappresentanza internazionale delle competenze del nursing oncologico finlandese, farebbe conoscere il nursing oncologico internazionale ai nostri membri, e ci incoraggerebbe ad aumentare e sviluppare la cooperazione internazionale. Forse un giorno la Convention avrà luogo in Finlandia!

Photo: Tarja & Työkuvia



Bondronat[®]

ibandronate



Keep life in motion[®]



- Proven prevention of bone events^{1,2}
- Sustained relief of metastatic bone pain^{1,2}
- Renal safety comparable to placebo^{1,3}
- No requirement for renal monitoring prior to each dose

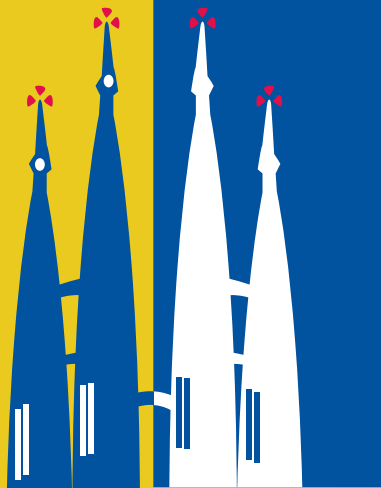
Actual size



Go to www.BonePain.com

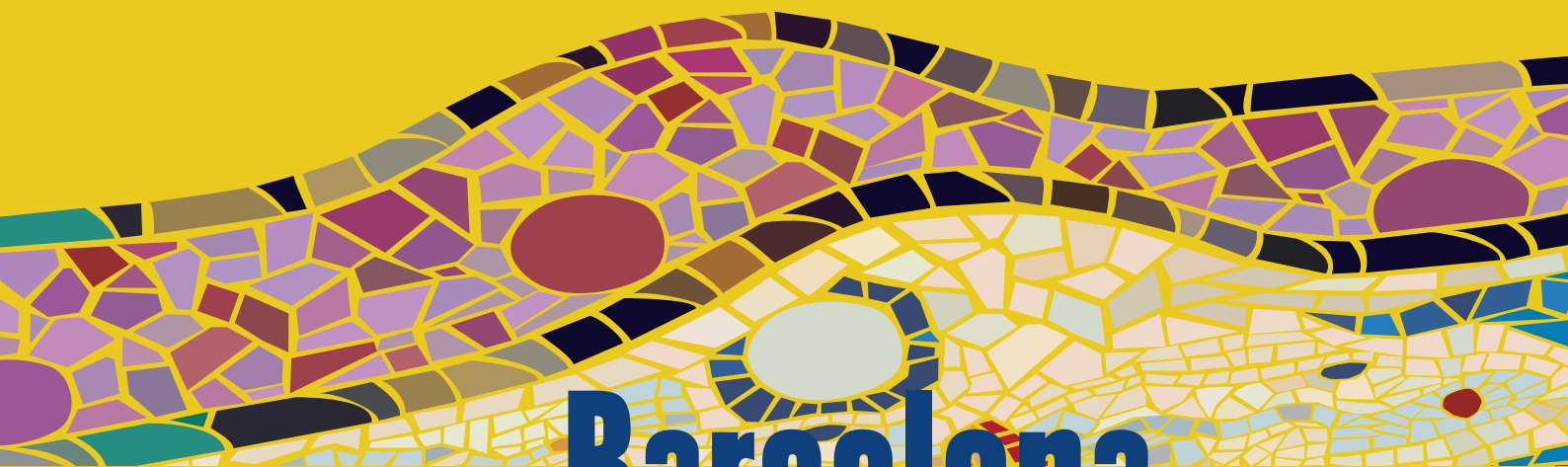
Prescribing information (refer to full data sheet or summary of product characteristics before prescribing). **Therapeutic indications:** Prevention of skeletal events (osteological fractures, bone complications requiring radiotherapy or surgery) in patients with breast cancer and bone metastases. Treatment of tumour-induced hypercalcaemia with or without metastases (only IV Bondronat). **Dosage and administration:** For oral and intravenous administration. **Prevention of skeletal events in patients with breast cancer and bone metastases:** 50mg oral Bondronat daily (taken with a glass of plain water after an overnight fast (at least 8 hours) and 30 minutes before the first food), or 6mg IV given every 2-4 weeks infused over 1 hour. **Treatment of tumour-induced hypercalcaemia:** Bondronat should be used only by physicians experienced in the treatment of hypercalcaemia. Prior to treatment with Bondronat the patient should be adequately rehydrated with 0.9% sodium chloride. In most patients with severe hypercalcaemia (albumin-corrected serum calcium $\geq 3.0\text{mmol/L}$ or $\geq 12\text{mg/dL}$) 4mg is an adequate single dosage. In patients with moderate hypercalcaemia (albumin-corrected serum calcium $< 3.0\text{mmol/L}$ or $< 12\text{mg/dL}$) 3mg is an adequate dose. Repeat treatment may be considered in case of recurrent hypercalcaemia or insufficient effect. Bondronat concentrate for injection for infusion should be infused over 2 hours. Patients with hepatic impairment: No dosage adjustment is needed to be necessary. Patients with renal impairment: No dosage adjustment is necessary for patients with mild or moderate renal impairment where a positive clearance is equal to or greater than 30ml/min. Below 30ml/min creatinine clearance, the dose for prevention of skeletal events in patients with breast cancer and bone metastases should be reduced to 60mg oral weekly or 2mg IV every 2-4 weeks, infused over 1 hour. **Elderly:** No dose adjustment is necessary. **Children and adolescents:** Safety and efficacy have not been established in patients less than 18 years old. **Contraindications:** Hypersensitivity to the drug substance or to any of the excipients. Should not be used in children. **Precautions:** Caution: Hypersensitivity to other bisphosphonates. Clinical studies have not shown any evidence of deterioration in renal function with long-term Bondronat therapy. Nevertheless, according to clinical assessment of the individual patient, it is recommended that renal function, serum calcium, phosphate and magnesium should be monitored. Dehydration should be avoided in patients at risk of cardiac failure. Patients should receive supplemental calcium and/or vitamin D if dietary intake is insufficient. Caution is advised when bisphosphonates are administered with antacids, since both agents can lower serum calcium levels in prolonged periods. In clinical studies, Bondronat has been administered concomitantly with commonly used anticancer agents, diuretics, antibiotics and analgesics without clinically apparent interactions occurring. Oral bisphosphonates have been associated with dyspepsia, nausea/vagitus and oesophagitis or gastric ulcers. Therefore, patients should be instructed to discontinue Bondronat and seek medical attention if they develop symptoms of oesophagitis (irritation such as pain or worsening dysphagia, pain on swallowing, retrosternal pain) or heartburn. Caution with concurrent NSAIDs. **Pregnancy and lactation:** No adequate data. Therefore, Bondronat should not be used during pregnancy. Caution should be exercised when using in breast-feeding women. **Undesirable effects:** Prevention of skeletal events in patients with breast cancer and bone metastases: IV Bondronat - infection, peripheral oedema, headache, dizziness, dyspepsia, tasteless, bundle branch block, paresthetic/dysesthetic, skin disorders, erythema, myalgia, arthralgia, joint disorder, interstitial nephritis, rash, influenza-like illness, cystitis, peripheral third, gamma-GT increased, creatinine increased. Oral Bondronat - hypocalcaemia, swollen dyspepsia, nausea, abdominal pain, oesophagitis. For diarrhoea events, please consult full PI. **Treatment of tumour-induced hypercalcaemia:** Treatment was most commonly associated with a rise in body temperature. Occasionally, a flu-like syndrome consisting of fever, chills, aches and/or muscle/ache-like pain was reported. Hypocalcaemia. Hypersensitivity. Hypotension. oedema. Bronchospasm. **Overdose:** No experience of acute dosing. **At overdose:** Kidney and liver function should be monitored. Hypocalcaemia should be corrected. **Oral overdose:** Possibly upper gastrointestinal events such as upset stomach, heartburn, dyspepsia, pain or ulcer. Milk or antacids should be given to limit Bondronat. **Legal category:** ATC Code: M08B A 06. **Presentations:** Bondronat 50mg tablets, Bondronat 2mg/20ml, Bondronat 6mg/60ml.

References: 1. Body JJ et al. *Ann Oncol* 2008;19:1395-406. 2. Body JJ et al. *Br J Cancer* 2004;90:1193-7. 3. Body JJ et al. *Par* 2004;11(10):6-12. 4. Del D et al. *Int J Cancer* 2004;90:1704-07.



ECCO 14

**the European
Cancer
Conference**



Barcelona

23 - 27 September 2007

**ECCO 14 – a truly outstanding MULTIDISCIPLINARY oncology conference -
unique in its kind**

A comprehensive educational and scientific programme with
a strong integration of science and clinical medicine

A focus on the increasing role of nurses in care, research and education

A platform for health care providers and patients to meet
in a two-day Patient Forum



Organised by the Federation of European Cancer Societies

info: www.fecs.be

Notizie dal Consiglio

Un caloroso benvenuto ai nuovi membri EONS.

EONS è lieto di annunciare che tre organizzazioni che si occupano di cancro sono diventate recentemente membri del gruppo. La prima è la European Nursin Academy for Care of Older Persons (ENACO): siamo lieti di dare il benvenuto al prof. Koen Milisen dal Centre for Health Services and Nursing Research presso l'Università Cattolica di Leuven (Belgio) come punto di riferimento per il gruppo. EONS è impaziente di collaborare con ENACO e con le altre due organizzazioni – il Groupe de Soignant en Oncologie (Lussemburgo) e il Bildungszentrum Schlump (Germania) – per raggiungere gli scopi del gruppo in futuro. EONS è altresì lieta di annunciare la recente firma di un Memorandum of Understanding con l'Oncology Nursing Society (ONS) che rappresenta più di 33.000 infermieri oncologici e professionisti sanitari statunitensi. Il Memorandum sigilla formalmente la fitta rete di lavoro che le due società hanno intessuto per lungo tempo e le impegna a una collaborazione più stretta e allo sviluppo di progetti congiunti nel riconoscimento delle sfere di influenza e dell'ambito geografico di ciascuna. Un vantaggio immediato del documento è che le due società hanno concordato un maggiore scambio dei materiali prodotti, particolarmente quelli non in inglese, e a mirare a uno sviluppo di risorse 'on-line' di infermieristica oncologica per i membri delle due associazioni.

Cambiamenti alla guida delle associazioni.

Elezioni recenti hanno dato luogo a cambiamenti nella guida o rappresentanza di alcune associazioni collegate a EONS. Theodora Tappa, ex Presidente della sezione oncologica dell'Hellenic National Graduate Nursing Society, rappresenterà l'associazione al Consiglio Consultivo EONS. Saranno con lei Dolores Fernandez Perez della Spanish Oncology Nursing Society (SEEO) ed Erik Aerts a nome dell'European Blood and Marrow Transplantation Nurses group (EBMT) al posto di Barry Quinn, sostituita come Presidente dell'associazione da Monica Fliedner. Jonina Helga Jonsdottir è succeduta a Gudbjorg Gudmundsdottir come Presidente dell'Icelandic Oncology Nursing Society, mentre Rob van Boxel è subentrato a Hermanneke Ensing come Presidente della Dutch Oncology Nursing Society. Vorremmo salutare i nuovi membri del Consiglio Consultivo EONS e speriamo di lavorare presto con loro. Vorremmo pure dire i nostri 'grazie!' e 'arrivederci' ai Presidenti e ai rappresentanti del Consiglio Consultivo non più in carica per il loro sostegno e contributo al lavoro dell'EONS in passato, augurando loro successo negli impegni futuri.

Risultati dall'indagine EONS sulle priorità di ricerca.

EONS continua a collaborare con le associazioni nazionali e con altre figure di spicco per elevare il profilo della ricerca europea nel campo dell'infermieristica oncologica e per individuare le priorità di ricerca dei propri membri. All'incontro del Consiglio Esecutivo EONS tenuto a Bruxelles in Luglio, il prof. Davina Porock ha delineato i risultati principali dell'indagine recente condotta dal Gruppo di Ricerca EONS. Da 25 Paesi sono giunti ritornati 125 questionari. Senza sorprendere più di tanto, la maggior parte dei partecipanti ha visto la più grande urgenza di ricerca nella gestione dei sintomi non dolorosi

e nell'identificazione dei bisogni di cure di sostegno da parte dei pazienti. A seguire, argomenti legati alla professione come i problemi dati dal continuo ampliamento dei ruoli dell'infermiere, la valutazione dei risultati del suo lavoro e lo sviluppo di linee-guida basate sulle evidenze; ancora: educazione del paziente, interventi psicologici, bisogno di cure palliative e bisogni dei familiari. Il Gruppo si prenderà carico di tali risultati con ulteriori analisi per stabilire le priorità di ricerca dell'EONS, sviluppando un piano d'azione di ricerca forte di un budget di 100.000 euro, stabilito per l'anno finanziario corrente. La strategia finale sarà concordata nel Consiglio Consultivo EONS di settembre.

Le nuove linee-guida EORTC e ASCO a sostegno di un migliore accertamento e gestione del rischio di neutropenia.

Le nuove linee-guida dell'European Organisation for Research and the Treatment of Cancer (EORTC) e le raccomandazioni aggiornate dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO) circa l'uso di fattore stimolante colonie di granulociti (G-CSF) per ridurre l'incidenza di neutropenia indotta da chemioterapia aggiungono peso al materiale educativo TITAN recentemente aggiornato e sostengono il razionale alla base dell'uso dei calcoli di accertamento del rischio di neutropenia da parte degli infermieri formati dal corso. I materiali aggiornati del corso sono stati resi ufficiali quest'anno alla EONS Spring Convention di Innsbruck ma le nuove linee-guida – apparse brevemente su European Journal of Cancer Care e su Journal of Clinical Oncology – potrebbero aumentare la consapevolezza degli infermieri circa il bisogno di condurre l'accertamento sui pazienti a rischio usando i calcoli EORTC raccomandati nei nuovi materiali del corso TITAN. Più di 1600 persone, fino a oggi, hanno preso parte o si sono iscritti a un corso TITAN in 23 diversi Paesi europei: ulteriori dettagli si possono ottenere alla pagina TITAN sul sito web di EONS presso www.cancerworld.org/EONS o mediante la segreteria dell'associazione, contattabile presso eons@village.uunet.be. I professionisti verrebbero pure a sapere che, mentre le precedenti linee-guida raccomandavano l'uso di G-CSF in pazienti con un rischio di neutropenia febbrile del 40% o maggiore, le nuove linee-guida ASCO ed EORTC ne raccomandano l'impiego sia nel primo sia nel successivo ciclo di chemioterapia già quando tale rischio sia del 20% o più o nei pazienti "ad alto rischio" come gli anziani. Se volete aggiornarvi sulla pratica corrente in quest'area clinica, considerate l'ipotesi di iscrivervi a uno dei corsi TITAN organizzati in tutta Europa o consultate le nuove linee-guida che potete trovare sulle rispettive pagine web delle riviste su:

<http://www.jco.org/cgi/content/abstract/CO.2006.06.4451v2>
<http://www.dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2006.05.002>

TITAN è sostenuto con un contributo educativo senza limitazioni da Amgen (Europa) GmbH.

Il pacchetto BONE (Biphosphonates Oncology Nurses Education) è disponibile in italiano, inglese, francese, tedesco e spagnolo.

Un CD Rom facile da seguire basato su sistemi di apprendimento lanciati da EONS è stato progettato per aumentare la conoscenza della malattia da metastasi ossee e per aiutare gli infermieri di oncologia a scoprire la via migliore per la consulenza e l'approccio ai pazienti riguardo a fornire indicazioni su incidenza e fisiopatologia

delle metastasi ossee, uso dei bifosfonati per sollevare dal dolore osseo e per prevenire complicanze, argomenti di gestione del paziente. L'opera, elaborata in risposta all'analisi EONS 2004 sui bisogni di apprendimento, è stata descritta da un recensore come 'un'ottima fonte di bibliografia, ben illustrata e molto chiara' ed è stata ben accolta al suo lancio durante la 5^a EONS Spring Convention di Innsbruck. Progettata e rivista da un gruppo di esperti – inclusi infermieri esperti e specializzati in oncologia e cure palliative inglesi – si spera che il suo uso porti beneficio in Europa a infermieri e pazienti. Il pacchetto dura circa 5 ore ed è ideato come un sistema di autoapprendimento che si possa adattare alle esigenze di lavoro e di casa di ciascuno: attualmente è disponibile in italiano, inglese, francese, tedesco e spagnolo. Si può avere attraverso la propria associazione nazionale o compilando una richiesta presente sul sito web di EONS: www.cancerworld.org oppure scrivendo a BONE@shirehealthlondon.com. Una copia del CD Rom si può anche avere compilando il modulo che si trova all'indirizzo: <http://bonevoucher.uniteform.com>.

Target

Terapie con recettori del fattore della crescita per l'epidermide: formazione degli infermieri in TARGET per una diffusione europea.

TARGET, l'eccitante iniziativa formativa sviluppata da EONS con il sostegno di Merk KgaG (Darmstadt, Germania) riguardante l'utilizzo di farmaci recettori per l'epidermide del fattore della crescita (anti-EGFR), si diffonderà quest'anno in tutta Europa a partire dai tre centri di Manchester (Gran Bretagna), Dresda (Germania) e Roosendaal (Olanda) – che hanno attirato circa 70 partecipanti – e da un corso 'Train the Trainers' svoltosi a Milano in Maggio, nel quale circa 60 infermieri esperti di cancro di 13 nazionalità europee si sono incontrati per pianificare dei corsi da tenere nei propri Paesi. I materiali formativi TARGET sono stati già tradotti dall'inglese in italiano, francese, tedesco, spagnolo, e presto in olandese. Le associazioni di infermieri oncologici nazionali intenzionate a tradurre i materiali nella propria lingua possono fare richiesta di una sovvenzione di 5.000 euro ciascuno contattando la segreteria EONS presso eons@village.uunet.be o scrivendo a EONS Secretariat, Avenue E. Mounier 83/4, B-1200 Brussels, Belgium. L'aggiornamento di un giorno è stato interamente accreditato dall'EONS e frutta ai frequentatori 8 ore di crediti EONS per 2 ore di lettura preparatoria e 6 ore di tempo effettivo. I partecipanti si accollano pure un progetto di diffusione allo scopo di condividere le proprie nuove conoscenze con colleghi e pazienti diffondendo così informazioni e benefici a un gruppo il più ampio possibile. Gli interessati a partecipare a uno dei corsi TARGET che gireranno per l'Europa quest'anno possono visitare il sito internet dell'EONS www.cancerworld.org/EONS per trovare il luogo più vicino dove si svolge il corso e i dettagli necessari.

Il pacchetto FACET (Facilitating Cancer Education and Training).

Il programma di specializzazione EONS in nursing oncologico è stato tradotto in francese, olandese e spagnolo dall'originale inglese e presto lo sarà in tedesco. Sovvenzioni per la traduzione sono disponibili per le associazioni nazionali che desiderino tradurre i materiali in altre lingue, contattando la segreteria EONS presso eons@village.uunet.be o scrivendo all'indirizzo precedente. L'associazione ha pure prodotto un documento di facilitazione al corso che spiega come completare e adattare questo curriculum e quello sul nursing oncologico nell'anziano per l'utilizzo nazionale. Si tratta del documento detto 'FACET' (Facilitating Cancer Education and Training) ed è una guida utilissima: non è un libro di teoria della formazione ma è un testo pensato per guidare i lettori attraverso il processo di mutamento didattico con definizioni, consigli e regole sullo sviluppo degli obiettivi di apprendimento, strategie di valutazione, con metodi di misura di qualità garantita e con una sezione sulle domande

più frequenti ed esempi delle esercitazioni migliori. Revisionato da un gruppo esperto di formatori europei in nursing oncologico, il documento sottolinea l'importanza di una formazione professionale continua che metta la pratica al centro e fornisce consigli sullo sviluppo di una pratica basata su obiettivi di apprendimento e competenze per quei direttori, formatori e clinici che vogliono sviluppare l'efficacia della professione infermieristica in campo oncologico per il futuro. L'EONS prevede un ruolo più ampio per questo gruppo di formazione come parte della sua strategia CARE e guarda avanti verso una collaborazione più stretta con clinici e pedagogisti per lo sviluppo e la divulgazione dei materiali tipo i due programmi di formazione, il documento FACET, gli aggiornamenti per formatori di area oncologica. Il testo FACET sarà reso disponibile da settembre 2006 sul sito internet dell'EONS e sarà aggiornato regolarmente.

Anticipazione: la 6^a EONS Spring Convention.

A seguito del fenomenale successo della 5^a edizione tenutasi a Innsbruck, in Austria, quest'anno il Consiglio è lieto di annunciare che la 6^a EONS Spring Convention avrà luogo a Ginevra, in Svizzera, dal 26 al 29 marzo 2008. Ulteriori dettagli sul programma e la richiesta di abstract saranno resi noti a tempo debito, ma non dimenticate di annotare sulla vostra agenda questa formidabile opportunità di formazione e di incontro.

Incontro dell'Assemblea consultiva dell'EONS

Sabato 16 Settembre, dalle 9.30 alle 18.00 e Domenica 17 Settembre dalle 9.30 alle 12.30 si terrà l'incontro dell'Assemblea consultiva (Advisory Council), a Bruxelles presso il Crowne Plaza Hotel, Brussels Airport.

Informazioni preliminari sul meeting e dettagliate informazioni sul luogo di ritrovo sono state inviate ai membri dell'Assemblea Consultiva. Ricordando che nell'Advisory Council del Settembre 2004 era stato deciso di aprire il meeting ai membri generali dell'EONS, si è pensato anche quest'anno di tenere un incontro generale straordinario che avrà luogo Domenica 17 Settembre alle 8,30. Con la presente tutti i membri sono invitati, in qualità di osservatori, all'Assemblea Consultiva e a questa riunione generale straordinaria. Viaggio e sistemazione sono a carico dei singoli.

Accreditation Update

- L' EONS Accreditation Council ha il piacere di annunciare l'accREDITamento dei seguenti corsi educazionali, brevi e lunghi:
- Greek Cancer Society, Assistenza infermieristica di supporto ai pazienti oncologici e ai loro familiari, corso breve, lingua: Greco. Per informazioni: www.esdne.gr
- Bildungszentrum Schlump, Zentrum für Gesundheitsberufe, Hamburg, „Konzept Onkologische Weiterbildung für Pflegekräfte“, Oktober 2006, longer course, lingua: tedesco. Per informazioni: www.bildungszentrum.drk.de
- Soins Infirmiers en Cancérologie, Federation Nationale des centres de Lutte contre le cancer, Ecole de formation Européenne en Cancérologie (FNCLCC-EFEC), Paris. Module 4: Prise en charge de la personne malade dans le cadre d'un traitement médical spécifique, short course, Per informazioni: www.fnclcc.fr
- Soins Infirmiers en Cancérologie, Federation Nationale des centres de Lutte contre le cancer, Ecole de formation Européenne en Cancérologie (FNCLCC-EFEC), Paris. Module5: Prise en charge de la personne malade dans le cadre d'un traitement chirurgical, short course, Per informazioni: www.fnclcc.fr

www.Xeloda.Roche.com

Helping you support your patients

Xeloda
capecitabine

Nursing resources at your fingertips

With new Patient Management sections designed especially for the chemotherapy nurse, www.Xeloda.Roche.com offers you the information you need to manage patients taking the highly effective oral chemotherapy, Xeloda.

The website, designed with input from leading oncology nurses, allows you to:

- Test your clinical knowledge in an interactive case study developed by a specialist nurse
- Find out about dosing, patient education, compliance and quality of life issues relevant to your daily work
- Download information to give to your patients, available in several European languages
- Catch up on the latest data in breast and colorectal cancer

...and much more!

Website membership is restricted to practising healthcare professionals outside the USA. Registration is free of charge.



Biosimilari

Una nota di attenzione circa l'efficacia delle Terapie Biosimilari: "Similari" non presuppone una copia esatta dello stesso farmaco generico.

Le medicine biologiche sono prodotte usando organismi o sistemi viventi attraverso la biotecnologia. Essi includono prodotti derivati da sangue umano, ormoni ed altre medicine come i fattori di crescita. Essi giocano un ruolo sempre maggiore nella medicina e nella sanità pubblica, e consentono un progresso nella prevenzione, diagnosi e cura di patologie come il cancro, i disordini neurologici, le malattie cardiache, il diabete, la sclerosi multipla, l'AIDS e l'artrite.

Come tutte le medicine, sviluppate con alti costi dalle compagnie attraverso la ricerca, viene un momento in cui il loro brevetto scade e le altre compagnie sono libere di sviluppare la loro versione di questi farmaci. Per i farmaci tradizionali, questo implica un chiaro processo di replicazione della struttura farmacologica del farmaco registrato per produrre una copia generica che utilizza gli stessi fisiologici effetti dell'originale. Tuttavia, la replica esatta di prodotti derivati da sostanze vive usando la biotecnologia è molto più complessa. La struttura unica e la qualità di questi prodotti richiede un grande rigore e un'attenzione nei processi produttivi, ma nonostante questo, l'esatta replicazione del farmaco non è completamente possibile. La costruzione di una linea cellulare per produrre una proteina è molto complessa, dove ogni linea cellulare, come ogni individuo è unica, e spesso le piccole variazioni nel processo di produzione possono determinare la produzione di risultati molto differenti.

Di conseguenza, la European Medicines Evaluation Agency (EMA) ha dichiarato che le copie generiche degli agenti biologici non possono essere prodotte ed ha suggerito l'uso del termine "Biosimilare" per descrivere un farmaco che è simile a, ma non l'esatta copia di un prodotto biologico registrato. Inoltre, le metodiche e i test analitici hanno bisogno di essere valutati, per esempio, la sensibilità e la consistenza di un farmaco biosimilare non è chiaramente stabilito; ugualmente se è possibile costruire "simili" (anche se "inesatte") copie delle terapie biologiche, non è allo stesso modo possibile garantire che gli effetti terapeutici dei loro prodotti sono esattamente gli stessi di quelli che hanno simulato. Tenendo presenti queste difficoltà l'Unione Europea ha proposto meccanismi di regolamentazione differenti per l'approvazione dei biosimilari, che sono molto più severi di quelli per la produzione di farmaci generici, sebbene inferiori rispetto a quelli per approvare gli agenti biologici.

Le prime linee guida sulla qualità e la valutazione clinica dei prodotti biosimilari sono state adottate dal Committee on Human Medicinal Products (CHMP) nel Dicembre 2003* e la commissione ha emesso regole aggiuntive su tali prodotti nel Settembre 2005. Rispetto alla produzione dei farmaci generici, le linee guida per i prodotti biosimilari richiedono test aggiuntivi e analisi con più informazioni significative, incluse quelle riguardanti il loro profilo clinico e tossicologico. Fino ad Aprile 2006, solo due farmaci biosimilari (entrambi ormoni dello sviluppo) sono stati raccomandati per l'accettazione da parte del CHMP, solo uno di essi è stato approvato dalla Commissione Europea alla data odierna. Oltre ai fattori di crescita, altri agenti biosimilari in attesa per la valutazione sono quelli che replicano l'azione dell'epoietina, -un insieme di trattamenti usati in larga misura nella cura dell'anemia, un sintomo comune nella malattia renale e nei pazienti chemioterattati,- oltre alle insuline e agli interferoni (molti dei quali hanno costituiscono trattamenti standard in molte forme di cura per il cancro).

Huub Schellekens, direttore del Central Laboratory Animal Institute all'Università di Utrecht in Olanda, ha svolto studi specifici sui farmaci biosimilari e insieme al Professor David Khayat dell'Hopital Salpêtrière di Parigi, ha presentato una pubblicazione su questo argomento alla American Society of Clinical Oncology conference nel 2004 (abstract no.8224). In esso, presentano numerosi prodotti EPO ricombinanti, attualmente commercializzati fuori dall'Europa (principalmente in Asia), e hanno trovato significative differenze nella loro composizione biologica, nonostante fossero tutti prodotti EPO. Descrivendo alcune di queste variazioni come "large", essi dedussero che queste differenze nella loro composizione possono causare sotto o sovradosaggi, oltre ad imprevedibili effetti collaterali. Una preoccupante scoperta rivelò che differenze di composizione ed efficacia potevano essere riscontrate in prodotti della stessa ditta, indicando inadeguati processi di monitoraggio di produzione e qualità, abitualmente in grado di garantire l'efficacia e il profilo tossicologico di questi prodotti.

E' quindi necessario implementare e aderire a standard rigorosi nel momento in cui viene fornita una licenza ai prodotti biosimilari; e questo può costituire la perdita di un vantaggio iniziale alla loro implementazione, vale a dire la riduzione dei costi per gli agenti biosimilari. Le misure rigorose di qualità e la particolare complessità degli agenti biologici fanno sì che il significativo rapporto costo-beneficio associato abitualmente ai farmaci non può essere replicato in campo biotecnologico, e le prime indicazioni sono che i risparmi attesi sui costi di questi farmaci non potranno essere elevati come prima. I costi di produzione di un agente biologico ben costruito e di una sicura ed efficace sostituzione potranno essere molto simili quando governo, pazienti e sanitari potranno essere rassicurati rispetto alla disponibilità di medicinali di alta qualità e sicurezza, problemi questi, particolarmente acuti dall'inesperienza rispetto a questi nuovi prodotti. Inoltre i biosimilari sono, in virtù delle licenze esistenti e dei meccanismi di regolamentazione, solo copie di agenti biologici vecchi, parte dei quali sono stati migliorati e rimpiazzati da basi regolari dalle ditte farmaceutiche che li avevano promossi. Le nuove versioni proposte dalle ditte proprietarie spesso offrono maggiore efficacia, sicurezza e vantaggi per il paziente (ad esempio minori somministrazioni). Sarebbe importante assicurare che questi sviluppi non siano ostacolati dalla disponibilità di copie inferiori di medicinali già prodotti privi della conoscenza e del consenso di tutti coloro che sono coinvolti nel processo decisionale

Lettere consigliate:

Combe, C., Tredree, R.L. and Schellekens, H. (2005) Biosimilar epoetins: an analysis based on recently implemented European medicines evaluation agency guidelines on comparability of biopharmaceutical proteins. *Pharmacotherapy*, 25:954-962.

Finkelstein, J.B. (2006) EMA tackles 'generic' biologic drug issues. *Journal of the National Cancer Institute*, 98:435-436.

Finkelstein, J.B. (2006) In US., biosimilars still await FDA decision. *Journal of the National Cancer Institute*, 98:435-436.

Schellekens, H. (2004) How similar do 'biosimilars' need to be? *National Biotechnology*, 22:1357-1350.

Schellekens, H. (200) Follow-on biologics: challenges of the 'next generation'. *Nephrology, Dialysis and Transplantation*, 20(supplement 4):31-36.

*Vedi le linee guida su Similar Biological Medicinal Products containing Biotechnology derived proteins as Active substances (<http://www.emea.eu.int/pdfs/human/biosimilar/043704en.pdf>)

Il punto di vista espresso in questo articolo non rispecchia necessariamente quello del team editoriale della newsletter

Dimensioni della pratica dell'assistenza infermieristica nel cancro del seno:

Yvonne Wengström, Ilana Kadmon, Kathy Redmond

Contesto

Gli infermieri rappresentano il più grande gruppo di operatori sanitari in Europa, ma sussistono molte differenze nell'assistenza infermieristica ai malati di cancro nel continente, e le prospettive nella relativa pratica non sono ben definite. Infatti il nursing oncologico non viene riconosciuto come specialità nella maggior parte dei paesi europei, mentre in molte nazioni viene sottovalutato l'importante contributo del personale infermieristico nell'assistenza al malato oncologico. A parte un sondaggio condotto attraverso l'invio di documentazione per posta dall'EONS nel 2001, sono stati compiuti ben pochi sforzi per delineare in modo sistematico il crescente ruolo dell'infermiere di oncologia in Europa. Tuttavia, dato che l'assistenza oncologica è un settore in rapido mutamento, è probabile che la sua natura sia mutata rispetto al 2001, e di conseguenza l'EONS ha deciso di intraprendere una nuova indagine con l'appoggio dell'Oncologia Novartis (Regione Europea) con l'obiettivo di:

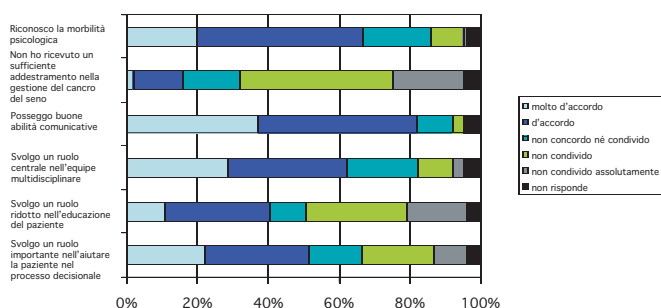
- migliorare, da parte dell'EONS, la comprensione dell'attuale ruolo dell'infermiere di oncologia europeo nell'assistenza al cancro del seno
- acquisire dati che permettano all'EONS di pianificare le iniziative di assistenza ai pazienti affetti da cancro del seno in un modo più strategico

Si è deciso inizialmente di focalizzare l'attenzione sulla pratica infermieristica di assistenza ai malati affetti da cancro del seno in quanto questo tipo di patologia rappresenta la forma più comune di carcinoma tra le donne in Europa, e la relativa assistenza è altamente specializzata anche se è riconosciuta come specialità soltanto nel Regno Unito, in Irlanda, Israele e nei Paesi Bassi.

L'indagine

Gli infermieri che si occupavano di assistenza ai malati affetti da carcinoma del seno furono invitati a completare un questionario distribuito nell'ambito della Conferenza Europea del Cancro del Seno e del Convegno Primavera dell'EONS. Il questionario fu anche pubblicato sul sito web dell'EONS. Si chiedeva ai partecipanti di indicare la misura in cui essi concordavano con tutta una serie di affermazioni riguardanti la pratica di assistenza infermieristica ai pazienti affetti da cancro della mammella. Vale la pena osservare che questa indagine non era limitata agli infermieri specializzati in tale tipo di assistenza, cioè specializzati in campo oncologico. 302 infermieri di 19 paesi completarono il questionario. La maggioranza di questi operatori era rappresentata da infermieri specializzati che lavoravano nei reparti di medicina o di chirurgia oncologica. Quasi un terzo di essi era specializzato in oncologia della mammella, ed il 30% aveva segnalato di aver lavorato in settori clinici specializzati. Come prevedibile si sono riscontrate notevoli differenze nelle risposte degli infermieri dei vari paesi, e in alcuni casi all'interno dello stesso paese. Ad esempio, metà degli infermieri danesi ha affermato che l'assistenza infermieristica nel cancro del seno era riconosciuta come una specialità in Danimarca mentre l'altra metà ha affermato che non lo era!

Nursing care nel cancro del seno:
percezione del ruolo e delle abilità tecniche



Nelle risposte sull'assistenza oncologica venivano indicati il sostegno psicosociale, l'educazione del paziente, la gestione e il controllo degli

Risultati di uno studio europeo.

effetti collaterali nella somministrazione dei farmaci. Gli infermieri segnalavano anche il loro coinvolgimento nell'assistenza pre e post operatoria e nella somministrazione di farmaci citotossici. Molti operatori affermarono parimenti che uno dei loro compiti era quello di aiutare i pazienti a fare una scelta in merito al trattamento del cancro del seno, ma risulta chiaramente dalle loro risposte come la maggior parte di essi ritenga di essere ben preparata, di possedere buone abilità comunicative e di svolgere un ruolo essenziale nell'equipe multidisciplinare. Tuttavia, anche se la maggior parte degli infermieri ha segnalato di svolgere un ruolo importante nell'educazione del paziente e di aiutare lo stesso a prendere delle decisioni, un numero ridotto ma rilevante di infermieri non ha concordato con questa affermazione. Gli operatori coinvolti nell'educazione del paziente hanno affermato che essi ricorrono a tutta una serie di strumenti educativi allorché informano i pazienti circa la loro condizione e la relativa cura, sebbene la maggior parte dei partecipanti al questionario ha affermato di utilizzare soprattutto materiale stampato prodotto all'interno del reparto o fornito da un'industria farmaceutica.

La maggior parte degli intervistati ha affermato che la mancanza di tempo è il più grande ostacolo nello sviluppo della loro pratica. Ciò riflette i risultati di un'indagine condotta nel 2004 dal Royal College inglese per il trattamento infermieristico del cancro del seno (ulteriori dettagli possono essere trovati sul sito

<http://www.rcn.org.uk/news/display.php?ID=1335&area=Press>), mentre altri problemi sono stati individuati nella carenza di personale e nella scarsità di corsi di aggiornamento per infermieri che si occupano di malati affetti da cancro del seno. Ciononostante, quasi tutti i partecipanti al questionario hanno risposto che sarebbe loro desiderio apprendere di più riguardo i vari aspetti dell'assistenza ai malati di cancro del seno, in particolare per quanto riguarda cure di sostegno,



psicosociale ed educative del paziente.

Il questionario includeva anche diverse domande formulate per

valutare la conoscenza degli infermieri circa le diverse modalità di trattamento del cancro del seno. I partecipanti potevano rispondere vero, falso, non so relativamente a dieci affermazioni. La maggior parte degli infermieri risposero correttamente, ma oltre il 25% scrisse di non conoscere la risposta, diede una risposta sbagliata oppure non rispose a nove delle dieci osservazioni. Gli infermieri trovarono particolari difficoltà nel rispondere alle domande riguardanti gli aspetti chirurgici e radioterapeutici dell'assistenza del cancro del seno, ed il 50% di essi non fu in grado di fornire la risposta corretta circa l'affermazione "i pazienti anziani traggono minor beneficio dai trattamenti palliativi del dolore rispetto ai pazienti più giovani".

Discussione

L'indagine ha permesso all'EONS di costruire un quadro più accurato della pratica infermieristica dei malati di cancro del seno in Europa. Risulta chiaramente che vi sono differenze sostanziali nella pratica infermieristica in Europa, ma vi sono anche diversi punti in comune. Nella maggioranza dei paesi europei gli infermieri sono impegnati nell'educazione del paziente, nella sua riabilitazione e nel sostegno psicosociale. La maggior parte degli infermieri svolge parimenti un ruolo centrale nell'ambito dell'equipe multidisciplinare, ritiene di aver ricevuto una congrua preparazione e di essere in grado di svolgere con competenza ed efficienza i propri compiti. Gli infermieri sono inoltre interessati ad un continuo aggiornamento ed allo studio dei vari aspetti dell'assistenza ai malati affetti da cancro del seno:

Nursing Care del Cancro del Seno Una Specializzazione in Via di Sviluppo



*Ilana Kadmon (RN, PhD)
Breast Care Nurse, Hadassah Medical Organization, Jerusalem, Israel*

Introduzione

In questo articolo si affronterà la tematica del ruolo relativamente nuovo dell'assistenza oncologica infermieristica nel cancro del seno. Si tratta di una specialistica che ha dato buoni risultati nelle donne cui è stata diagnosticata la malattia e il ruolo dello specialista può essere impiegato anche in altri settori oncologici. L'EONS ha deciso di promuovere il ruolo degli infermieri nel campo dell'oncologia del seno e, insieme alla Novartis Oncology ha condotto una ricerca per definire la posizione e lo status dell'assistenza oncologica al seno nei diversi paesi europei. I risultati di questo studio saranno pubblicati verso la fine dell'anno ma è auspicabile la costituzione di un forum per gli infermieri di oncologia del seno sotto gli auspici dell'EONS al fine di far convergere queste risorse umane in una rete per uno scambio di conoscenze ed esperienze. Il forum faciliterà inoltre la ricerca e le attività educative per gli infermieri oncologici e permetterà la costituzione di varie lobby di donne a cui è stato diagnosticato un carcinoma maligno del seno.

Nursing Care nel Cancro del Seno: Storia e Definizioni

L'assistenza alle pazienti affette da cancro del seno nacque come specialistica negli anni 80 (Watson et al, 1988; Burnet et al, 2004) tale ruolo venne adottato in tutta una serie di paesi come gli USA, Australia, Israele e Svezia (Henke-Yarbro, 2003). Tale ruolo implica sostegno, educazione e consigli alle donne a cui è stato diagnosticato un cancro del seno e supporto dal momento della diagnosi durante il trattamento e la cura e nei controlli successivi. L'assistenza basata sull'evidenza viene fornita nel contesto di un'equipe di cura del cancro del seno multidisciplinare situata in appositi centri oncologici. In Europa è stata redatta una dichiarazione di consenso al fine di promuovere la realizzazione di tali centri e di far sì che tutte le donne in Europa possano avere accesso ad una cura specialistica sulla base di questo modello (EUSOMA, 2000; Chang 2001). Diversi studi hanno dimostrato l'importanza dell'assistenza infermieristica nel caso del cancro del seno nel ridurre la morbidità psicologica, cioè l'ansia da depressione (cioè ansia e depressione) (Watson et al, 1988; McArdle et al, 1996) e l'assistenza oncologica specialistica è stata così collocata al centro dell'azione dell'equipe multidisciplinare per coordinare e negoziare l'assistenza del singolo all'interno di tale modello (Amir et al, 2004).

Nel Regno Unito il progetto era stato inizialmente definito in termini di informazioni e consigli cui veniva diagnosticato tale cancro e ci si riferisce ancora agli infermieri come "infermiere consigliere", anche se l'infermiere per l'assistenza delle pazienti con cancro del seno è

diventato un termine comune per indicare tale ruolo sia in Inghilterra che in altri paesi. Negli ultimi anni sia nella letteratura americana che in quella inglese l'operatore sanitario in questione veniva definito come "infermiere clinico specialista" (CNS) mettendo così in rilievo la conoscenza e l'esperienza clinica soggiacenti a tale titolo; in Israele invece ruolo è stato definito come "coordinatore infermieristico", e ciò al fine di incorporare nello stesso sia le componenti cliniche che quelle di counselling.

I molteplici ruoli dell'assistenza infermieristica ai malati affetti da cancro del seno

I ruoli dell'infermiere specialistico sono numerosi e coprono molti settori di cura nella comunità. È qui che inizia l'opera dell'infermiere il quale sollecita ed educa la donna a sottoporsi ad uno screening e prosegue nelle diverse cliniche ove le donne necessitano di sostegno emotivo e psicologico allorché si tratta di valutare e gestire i problemi che insorgono come risultato della malattia o della terapia. A diagnosi ultimata è responsabilità dell'infermiere specialista fornire alla donna e ai suoi congiunti un appropriato sostegno emotivo, informazioni e consigli per quanto riguarda la scelta della terapia stessa. L'infermiere specialista fornisce inoltre informazioni circa la diagnosi e le possibili cure. Anche la preparazione della donna al trattamento (intervento chirurgico, chemioterapia, radioterapia o terapia ormonale) rientra tra le funzioni e i ruoli dell'infermiere specialista che dovrà parimenti seguire la paziente nel tempo.

La decisione medica dell'assistenza, in questa specialistica, ha rappresentato il paradigma della partecipazione del paziente da quando Fisher et al. (1985) dimostrarono l'efficacia della chirurgia conservativa al seno nel caso di donne ai primi stadi della malattia. Usualmente le pazienti possono scegliere tra una mastectomia o una lumpectomia seguita da radioterapia ma possono anche decidere per ulteriori opzioni tra cui la ricostruzione o meno del seno in seguito alla mastectomia oppure una chemioterapia o una terapia ormonale. La scelta di partecipare o meno ad uno studio di ricerca (nel caso affermativo, quale) deve essere parimenti presa in questa fase. Le informazioni sul ruolo e l'efficacia di nuovi farmaci quali Herceptin per donne affette da HER-2-Neu tumori positivi richiede l'intervento dell'infermiere specialista che deve altresì fornire consigli circa le molte scelte che la paziente si trova a dover prendere tra cui la decisione di rivelare o meno la malattia agli

amici e alla famiglia, di continuare a lavorare e di dove reperire sostegno sociale. Gli infermieri specialisti possono svolgere un ruolo importante nell'aiutare le donne a prendere tali decisioni e a far sì che esse optino per la migliore scelta possibile in modo da definire conseguentemente la cura

I campi in cui entra in gioco tale attività di counselling sono

- le opzioni di cura e la scelta
- il significato dell'immagine corporea e del seno
- la ricostruzione del seno
- le relazioni coniugali e sessuali
- di sostegno sociale
- gli effetti della cura sugli altri membri della famiglia
- le responsabilità nella gestione della casa e l'aiuto domestico
- la vitalavorativa e professionale
- i problemi finanziari
- i problemi dell'assicurazione sanitaria
- precedenti esperienze stressanti
- aspettative nei confronti dell'equipe sanitaria.

La filosofia di questa assistenza oncologica specialistica prevede che chiunque sia colpito dalla malattia possa rivolgersi all'infermiere specialista; molte donne a cui è stata diagnosticata tale malattia considerano il loro infermiere specialista come il più importante punto di contatto all'interno del servizio sanitario. In seguito allo sviluppo di svariate opzioni cliniche per il trattamento del cancro del seno il carico di lavoro degli infermieri specialisti è diventato più impegnativo. Così il Breast Cancer Care e il Royal College of Nursing hanno pubblicato un documento dal titolo "Time to Care" che affronta la tematica della crescente richiesta di assistenza e la necessità di disporre di un maggior numero di specialisti in questa area oncologica. Saranno anche sviluppate delle linee guida riguardo ai massimi carichi di lavoro e alla distribuzione di maggiori risorse a coloro che svolgono tale ruolo in quanto "il Breast Cancer Care e il Royal College of Nursing si impegnano ad assicurare che chiunque riceva una diagnosi di cancro del seno possa fare affidamento su un infermiere specialista e riceva informazioni di qualità e sostegno per tutto il tempo necessario" (www.breastcancercare.org.uk)

Il futuro

In sintesi l'assistenza specialistica alle pazienti affette da cancro del seno include quanto segue

- Informazioni, consigli, sostegno emotivo e un costante referente per le donne e le loro famiglie in tutte le fasi della malattia
- La consultazione di altri specialisti allorché questa si renda necessaria
- L'assistenza nell'ambito di un'equipe multidisciplinare
- Il sostegno alle donne affette da tale patologia a molteplici livelli, da quello personale al sociale sino a livello politico
- La promozione della cura del seno e della diagnosi precoce nell'ambito delle varie comunità
- La formazione di altri professionisti della salute in questo settore oncologico

A livello europeo sembra che l'assistenza infermieristica oncologica alle pazienti affette da cancro del seno non si sia ancora affermata come una specialistica separata, cosicché l'EONS chiederà che un maggior numero di infermieri venga preparato per l'assistenza oncologica in tale settore. Al fine di raggiungere tale obiettivo dovrà essere definito un curriculum europeo per il nursing care del cancro del seno.

References

- Amir, Z., Scully, J. and Borrill, C. (2004) The professional role of breast cancer nurses in multidisciplinary breast cancer care teams. *European Journal of Oncology Nursing*, 8:306-314.
- Burnet, K., Chapman, D., Wishart, G. and Purushotham, A. (2004) Nurse Specialists in breast care: developing role. *Nursing Standard*, 18:38-42.
- Chang, J. (2001) The impact of a multidisciplinary breast cancer center on recommendations for patient management. *Cancer*, 91:1231-1237.
- EUSOMA (2000) The requirements of a specialist breast unit. *European Journal of Cancer*, 36:2288-2293.
- Fisher, B., Bauer, M., Margolese, R., Poisson, R., Pilch, Y., Redmond, C., Fisher, E., Wolmark, N., Deutsch, M., Montague, E. et al. (1985) Five year results of a randomized clinical trial comparing mastectomy and segmental mastectomy with or without radiation in the treatment of breast cancer. *The New England Journal of Medicine* 312:665-673.
- Henke-Yarbro, C. (2003) International nursing and breast cancer. *The Breast Journal*, 9:98-100.
- Liebert B. and Furber S. (2004) Australian women's perceptions of a specialist breast nurse model. *Australian Health Review* 27:88-93.
- McArdle, J., George, D., McArdle, D., Smith, D., Moodie, A., Hughson, A. and Murray, G. (1996) Psychological support to patients undergoing breast cancer surgery: a randomised study. *British Medical Journal* 3:813-817.
- Watson, M., Denton, S., Baum, M. and Greer, S. (1988) Counselling breast cancer patients: a specialist nurse service. *Counselling Psychology Quarterly*, 1:25-34.

Il follow-up dopo il trattamento del cancro al seno

Nichola Roche, Consultant Breast Surgeon, Royal Marsden Hospital, London

Le donne alle quali è stato diagnosticato il cancro al seno e stanno seguendo la cura, sopportano visite mediche e consultazioni frequenti. Una volta terminata la cura le visite delle pazienti esterne si diradano e le donne possono sentirsi vulnerabili e ansiose in assenza di contatto costante con il sistema di assistenza sanitaria. E' la prassi in quasi tutti i Paesi provvedere alla terapia di controllo per le pazienti di cancro al seno, ma grazie ai miglioramenti della diagnosi precoce gli aumenti nella sua incidenza e la diminuzione dei tassi di mortalità, c'è stata una rapida espansione del numero delle pazienti che necessitano il follow-up. Nonostante la validità delle cliniche di follow-up sia stata analizzata (Donnelly et al, 2001; de Bock et al, 2004a), la prassi continua ed esistono linee guida che abbozzano la frequenza di programmi di follow-up e indagini che dovrebbero essere interpretate in questi seminari (National Institute of Clinical Excellence (NICE), 2004). L'obiettivo principale del follow-up è considerato la diagnosi precoce di tumori recidivanti oppure nuovi, ma sono state indagate la sua efficacia e il valore della diagnosi precoce sulla qualità della vita e la sopravvivenza delle pazienti con tumori recidivanti è controversa (de Bock et al, 2004). Inoltre non c'è accordo sul fatto se il follow-up debba svolgersi in ospedale oppure nell'ambiente dell'assistenza di base e su chi debba accollarsi questa assistenza (Jiwa et al, 2006; Koinberg et al, 2004).

I punti di vista delle pazienti sul follow-up

Nonostante la scarsità di prove prospettiche che valutino l'efficacia del follow-up (Collins et al, 2004), numerosi studi hanno ottenuto informazioni sui bisogni e le aspettative delle donne che

frequentano le cliniche di follow-up (Koinberg et al, 2001; Brown et al, 2002; de Bock et al, 2004b). Gli argomenti salienti che si ripetono in questi studi possono riassumersi così:

- rassicurazione che il cancro non si è riformato
- continuità dell'assistenza
- informazione (individuale, accurata e profonda)
- possibilità e tempo per parlare dei sentimenti e dei propri interessi
- accesso a servizi e tests specialistici
- rapporto confidenziale con il personale assistenziale e relazioni interpersonali

Nella maggior parte dei casi la terapia di follow-up per il cancro al seno è fondamentalmente in ospedale e fornita da un chirurgo specializzato, da un oncologo o da altri medici. La frequenza degli appuntamenti e degli esami tende a seguire protocolli standard, ma si concorda nel fatto che gli esami del sangue di routine che comprendono indicatori del tumore e raggi x (ad eccezione delle mammografie) non siano suggeriti (NICE, 2004) fino a quando sono inefficaci nella diagnosi della malattia in metastasi precoce prima che diventi sintomatica (Rosselli et al, 1994). Ciononostante la presenza di agenti terapeutici così come degli inibitori delle Aromatasi e della Herceptin significano che questo potrebbe non essere il caso, ma potrebbero servire prove cliniche per stabilire se la diagnosi precoce e il trattamento della recidiva asintomatica possa migliorare la mancanza di malattia o almeno la sopravvivenza, la qualità della vita e in alcuni casi i profili di tossicità. La prassi comune si concentra sulla scoperta della recidiva locale o collaterale della malattia, ma si sa che

la maggior parte delle recidive viene scoperta dalle pazienti stesse in ospedale tra un appuntamento e l'altro. Una meta-analisi sull'efficacia del follow-up ha concluso che il 40% delle recidive locali isolate sono state diagnosticate durante le normali visite in pazienti asintomatiche con la mammografia o esami clinici, ma non è stato possibile dimostrare un aumento della sopravvivenza o una migliore qualità della vita come risultato di questa indagine (de Bock et al, 2004a). Inoltre, la continuità dell'assistenza non è garantita se le pazienti normalmente vedono un medico diverso ad ogni visita e le consultazioni sono generalmente forzate, con poco tempo per parlare degli effetti collaterali del trattamento o dei risvolti psicologici come ansia e depressione. Alcuni studi provano che i medici non riescono a percepire questi sintomi oppure non sono preparati ad occuparsene realmente (Fallowfield et al, 2001), pertanto dovrebbe essere evidente che la prassi corrente – costosa in tempo e lavoro – non soddisfa il bisogno della paziente e che pertanto bisogna analizzare differenti modelli di assistenza.

Il follow-up a carico dell'infermiere

Come gli infermieri, i medici generici possono garantire una maggiore continuità di assistenza, dato che alcuni studi ci dicono che vorrebbero giocare un ruolo più attivo nel follow-up delle loro pazienti di cancro al seno (Paradiso et al, 1995; Worster et al, 1996). Ciò potrebbe essere utile quando le pazienti spesso si presentano al loro medico con sintomi di recidiva nominalmente sotto l'assistenza dei servizi ospedalieri per il seno e esperimenti casuali condotti da Grunfeld et al (1996; 2006) in GB e in Canada provano che non c'è differenza nella recidiva di eventi legati al cancro o nella qualità della vita tra chi è seguito da praticanti generici e che da medici ospedalieri.

Follow up in primary care

Like nurses, general practitioners are also able to provide better continuity of care, some studies suggesting that they would like to play a more active role in following-up their breast cancer patients (Paradiso et al, 1995; Worster et al, 1996). This may be useful since patients frequently present to their GP with signs of recurrence although nominally under the care of hospital-based breast care services and randomised trials conducted by Grunfeld et al (1996; 2006) in both the UK and Canada found that there was no difference in the occurrence of cancer-related events or quality of life in those followed up by general practitioners or hospital based breast care teams.

Conclusioni

I bisogni delle donne le aspettative e il gradimento dell'assistenza nella terapia di follow-up del cancro al seno cambiano moltissimo

(Koinberg et al, 2001), ma sembrerebbe che la confusione della paziente nel decidere sia maggiore dove ciò accade e sarebbe necessario essere più flessibili nell'offerta del follow-up per le malate di cancro al seno nell'adempimento del loro trattamento (Anderson and Urban, 1999). Quelle più ansiose, potrebbero preferire il regolare follow-up in ospedale, ma dovrebbero essere informate (sulla base dell'evidenza) che la scoperta della recidiva asintomatica non influisce sulla sopravvivenza o sulla qualità della vita. Mentre la rassicurazione che il cancro non si è riformato deve essere garantita, dovremmo forse insegnare alle donne che la diagnosi precoce non è così importante come la disponibilità di trattamenti reali per la malattia ricorrente, che dovrebbero essere spesso forniti con scopi curativi. Comunque molte donne sembrano riluttanti ad accettare metodi di follow-up meno frequenti o alternativi e sembrerebbe ragionevole permettere a ciascuno di scegliere ciò che risponde meglio alle proprie esigenze – ma serve più enfasi sulla scoperta dello stato patologico del trattamento connesso e la valutazione degli interventi designati per migliorare la qualità della vita e lo stato patologico in queste pazienti. E' anche necessarie analizzare il valore del follow-up intensivo nelle pazienti con tumori positivi agli estrogeni o al recettore Her2, con esperimenti controllati a macchia di leopardo che diano inizio ai trattamenti per queste tipologie di tumori.

References

- Anderson, M.R. and Urban, N. (1999) Involvement in decision-making and breast cancer survivor quality of life. *Annals of Behavioural Medicine*, 21:201-201.
- Brown, L., Payne, S., Royle, G. (2002) Patient initiated follow up of breast cancer. *Psycho-oncology*, 11:346-355.
- Collins, R.F., Bekker, H.L. and Dodwell, D.J. (2004) Follow-up care of patients treated for breast cancer: a structured review. *Cancer Treatment Review*, 30:19-35.
- de Bock, G.H., Bonnema, J., van Der Hage, J., Kievit, J. and van de Velde, C.J.H. (2004a) Effectiveness of routine visits and routine tests in detecting isolated locoregional recurrences after treatment for early-stage invasive breast cancer: a meta-analysis and systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, 22:4010-4018.
- de Bock, G.H., Bonnema, J., Zwaan, R.E., van de Velde, C.J.H., Kievit, J. and Stiglebout, A.M. (2004b) Patient's needs and preferences in routine follow up after treatment of breast cancer. *British Journal of Cancer*, 90:1144-1150.
- Donnelly, J., Mack, P. and Donaldson, L.A. (2001) Follow-up of breast cancer: time for a new approach. *Intern Journal Clinical Practice*, 55:431-433.
- Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V. and Saul, J. (2001) Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *British Journal of Cancer*, 84:1011-1015.
- Grunfeld, E., Levine, M.N. and Julian, J.A. (2006) Randomised trial of long-term follow-up for early stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *Journal of Clinical Oncology*, 24:848-855.
- Grunfeld, E., Mant, D.M. and Yudkin, P. (1996) Routine follow up of breast cancer in primary care: a randomised trial. *British Medical Journal*, 313:665-669.
- Jiwa, M., Thompson, J., Coleman, R. and Reed, M. (2006) Breast cancer follow-up: could primary care be the right venue? *Current Medical Research Opinion*, 22:625-630.
- Koinberg, I.L., Fridlund, B., Engholm, G.B. and Holmberg, L. (2004) Nurse-led follow-up on demand or by a physician after breast cancer surgery: a randomised study. *European Journal of Oncology Nursing*, 8:109-117.
- Koinberg, I.L., Holmberg, L. and Fridlund, B. (2001) Satisfaction with routine follow-up visits to the physician. *Acta Oncologica*, 40:454-459.
- National Institute of Clinical Excellence (2002) Guidance on Cancer Services. Improving outcomes in breast cancer. Manual update. London: NICE.
- Paradiso, A., Nitti, P. and Frezza, P. (1996) A survey in Puglia: The attitudes and opinions of specialists, general physician and patients on follow up practice. *Annals of Oncology*, 6:S53-S56.
- Rosselli del Turco, M., Palli, D., Cariddi, A., Ciatto, S., Pancini, P. and Distante, V. (1994) Intensive diagnostic follow-up after treatment of primary breast cancer. A randomised trial. *Journal of the American Medical Association*, 271:1593-1597.
- Worster, A., Bass, M. and Wood, M. (1996) A willingness to follow breast cancer: A survey of family physicians. *Canadian Family Physician*, 42:263-268.



Just Be - by Glenes van Bree



Il follow-up per le pazienti di cancro al seno.

Ingrid Kössler
President Swedish Breast Cancer
Association, President Europa Donna

Bisogni e punti di vista dei malati.



Ogni anno a circa 7.000 donne svedesi viene diagnosticato il cancro al seno. Nonostante significativi miglioramenti nella cura e nella diagnosi precoce il cancro al seno resta la principale causa di morte tra le donne svedesi al di sotto dei 50 anni e la malattia più temuta, anche se l'infarto mieteva ogni anno più vittime. La diagnosi del cancro al seno comporta ansia e paura. Sentire le parole "Lei ha il cancro" è uno shock e subito la donna realizza che potrebbe morire.

Nonostante le buone notizie del crescente numero di donne che sopravvivono è difficile essere ottimisti rispetto al futuro e pensare positivo per una donna a cui è stato appena diagnosticato il cancro.

Alla fine dell'intervento e dei trattamenti aggiuntivi il consiglio migliore per la paziente è di tornare alla sua vita prima della diagnosi. La famiglia e gli amici cercano di consolarla dicendole "E' passato, le cose possono tornare come prima". "Tornare come prima" non è così semplice per la donna malata di cancro al seno, che si sente profondamente cambiata e emotivamente instabile. Finché è la cura e non la malattia a far soffrire la paziente, molte di esse provano un forte senso di sollievo quando il trattamento è finalmente concluso. Le pazienti cercano dal medico la garanzia di essere guarite – non è ancora possibile rispondere positivamente a questa domanda. Per ridurre l'incertezza e la paura della ricaduta quasi tutte le pazienti vogliono controlli regolari con chi si occupa della loro salute.

Il follow-up dopo il trattamento iniziale del cancro al seno è una procedura standard fondata su 3 supposizioni. La prima e più importante è che la diagnosi precoce si valuta da un punto di vista sintomatico. La seconda è che le pazienti si sentono psicologicamente sicure e soddisfatte facendo regolari controlli. Da ultimo, controlli regolari aiutano a raccogliere dati per garantire la qualità. Molte ricerche esaminando i normali metodi dell'equipe di assistenza nel follow-up dubitano dell'efficacia del modello medico e degli esami standard. Le visite di follow-up con valutazioni diagnostiche di routine non sono state valutate adatte e convenienti per il peso socio-economico che comportano.

Nel 2003 è stato spedito un questionario a 1200 membri di 3 diverse organizzazioni locali di cancro al seno aderenti alla Swedish Breast Cancer Association per individuare aspettative ed esperienze delle

donne che seguono il follow-up dopo un intervento di cancro al seno. Le 3 organizzazioni locali rappresentano regioni diverse: una grande città e la periferia; una cittadina e il territorio circostante; una zona poco abitata all'estremo nord della Svezia. Gli stessi questionari sono stati inviati ai partecipanti a un forum su internet. Sono stati compilati e restituiti alla Swedish Breast Cancer Association più di 600 questionari.

I risultati hanno mostrato che la maggior parte delle donne ha preferito recarsi in un centro per le visite di follow-up. E' però risultato anche che gli esami sono stati affrettati, le indagini non rassicuranti, in alcuni casi discontinue e le pazienti sono state visitate ogni volta da un oncologo diverso. Molte donne sentivano di non poter fare domande, esprimere inquietudini emotive oppure di parlare della loro condizione sociale durante le visite.

E' fondamentale che le visite di follow-up vengano modificate per migliorare le esigenze continuative delle pazienti. In alcune parti della Svezia le visite in terapia di follow-up si esauriscono con mammografie programmate che prevedono la palpazione del seno e altri esami. Sono stati fatti degli studi per confrontare il follow-up a carico degli infermieri a quello seguito dai medici, in Svezia e in altri Paesi.

L'aumento del numero delle donne alle quali viene diagnosticato un cancro al seno e le migliori modalità di trattamento hanno aumentato il peso economico della malattia. L'intervento infermieristico avanzato o il controllo insieme alla mammografia potrebbero essere la soluzione per migliorare la soddisfazione delle pazienti. Queste iniziative potrebbero anche abbassare il costo della cura. Mancando dati empirici che confrontino l'efficacia delle visite convenzionali di follow-up seguite dai medici con quelle a carico degli infermieri, la Swedish Breast Cancer Association ha pubblicato una richiesta di studi finalizzati alla valutazione di questi due sistemi, per garantire assistenza conveniente e centrata sul paziente.



Luctor et emergo - by Antoinette Temminck



Chi deve fornire il follow-up per pazienti con patologia tumorale al seno?

Il ruolo dell'infermiere specialista di senologia



S. Claassen, G. Nieuwenhuijzen, H. Rutten, Y. v. Riet

Il dipartimento di chirurgia del "Chatarina Hospital" di Eindhoven (Olanda) ha riorganizzato i percorsi diagnostici e di follow-up del suo servizio di tumore al seno, mettendo a punto la figura dell'infermiere specialista ("nurse practitioner"), che in Olanda significa un infermiere clinico specializzato nelle patologie del seno. Tale figura fornisce alcuni aspetti di cura che prima erano presi in carico dal chirurgo, ora insieme i due sono in grado di proporre ai pazienti un'assistenza più valida e più integrata. Il cambiamento nella progettazione del servizio è stato stimolato dal crescente numero di donne in cerca di aiuto e informazione sui loro problemi al seno, e dalla crescente richiesta di assistenza e informazione nella fase sia diagnostica che di follow-up del trattamento.

E' fondamentale che siano fornite adeguate e tempestive informazioni per aiutare coloro cui venga diagnosticato un tumore al seno ad affrontare meglio la propria diagnosi ed il trattamento, ma ugualmente è importante poter rassicurare coloro che si confrontano con una patologia benigna che non è necessario alcun controllo di follow-up e che possono riacquistare una vita priva di ansie. Allo scopo di fornire un supporto psicosociale effettivo e un follow-up medico dopo il trattamento, si è pensato che l'inserimento di un infermiere specialista avrebbe promosso la continuità assistenziale e la qualità dell'informazione fornita entro un servizio integrato medico/infermieristico. Inoltre si è pensato che i tempi di attesa ambulatoriali e radiologici sarebbero diminuiti grazie agli "input" dell'infermiere senologico appena incaricato.

Gli obiettivi del servizio così ristrutturato erano i seguenti:

- ridurre i tempi di attesa
- promuovere la continuità e la qualità assistenziale
- potenziare il servizio informativo
- fornire supporto effettivo e consulenza nel periodo di follow-up

A tal fine, la procedura nei nostri ambulatori di senologia è attualmente strutturata nelle seguenti fasi:

Fase diagnostica:

Il medico di base invia il paziente con patologia al seno al servizio di senologia entro un giorno lavorativo, qui, questi incontra l'infermiere senologico che registra un'anamnesi completa e esegue una visita. L'infermiere specializzato richiede e coordina ogni indagine necessaria dal reparto radiologico e rivede il paziente dopo due giorni. Il consulente è presente a questi momenti e incontra il paziente insieme all'infermiere specializzato quando si discutono i risultati degli esami e le opzioni di trattamento necessarie. Dopo questo consulto, l'infermiere senologico e il chirurgo forniscono al paziente le informazioni rilevanti e ogni caso clinico viene discusso nell'incontro multidisciplinare degli operatori di senologia che si tiene una volta alla settimana.

Fase di follow-up

Dopo l'intervento, il chirurgo discute i risultati e la pianificazione di ulteriori trattamenti. Dopo il trattamento adiuvante, il follow-up del paziente è coordinato e condotto alternativamente dall'infermiere specializzato e dal chirurgo. Lo scopo del follow-up è la prevenzione di recidive e, ugualmente importante, la proposta di supporto psicologico. In questo progetto, l'infermiere senologico e il chirurgo lavorano a stretto contatto e sono entrambi responsabili del

coordinamento della cura integrata e dei tempi di visita, incrementati a 30 minuti nella fase diagnostica e di 15 minuti nella fase di follow-up.

Per valutare questa riprogettazione, sono stati inviati ai pazienti e ai medici di base dei questionari, e raccolti dati relativi ai tempi di attesa negli ambulatori e nei servizi di radiologia e agli esiti della patologia. Inoltre sono stati rilevati aspetti riguardanti i contatti con i pazienti e le informazioni fornite. Questi dati indicano che la continuità, il coordinamento e la qualità dell'assistenza sono significativamente aumentati, mentre i tempi di attesa sono diminuiti. L'attuale tempo di attesa fra la prima visita del medico di base e la diagnosi finale al servizio di senologia è attualmente di 4 giorni contro i precedenti 12. Inoltre, poiché l'infermiere specializzato lavora 5 giorni a settimana presso il servizio, l'accessibilità per i pazienti, medici di base e altri operatori è aumentata, migliorando la soddisfazione e la velocità di refertazione. Ancora, le informazioni fornite possono essere maggiormente focalizzate sui bisogni specifici del paziente e questi, insieme con gli operatori e i membri della famiglia, può maggiormente essere coinvolto nel processo decisionale durante le visite di consulenza. L'infermiere specializzato



Simone - by Flip Bastiaan



è quindi al centro del percorso di cura per i pazienti con problemi al seno e, mentre tutte le altre figure, per esempio chirurghi, radiologi e infermieri di senologia, giocano tutti un ruolo alla pari, l'infermiere specializzato è centrale nel loro operato, integrando e coordinando la cura del paziente nelle fasi diagnostica, di trattamento e di follow-up. Svolge anche un ruolo importante nella gestione di coloro che temono di avere un tumore al seno e successivamente diagnosticati con patologia non maligna, da quando il servizio tende a scartare il tumore al seno nei pazienti "sani preoccupati".

Per la sua esperienza l'infermiere specializzato è trattato alla pari dagli altri specialisti, la sua conoscenza avanzata della patologia senologica, delle possibilità di trattamento e dei bisogni dei pazienti, lo autorizza ad agire come un importante "avvocato" del paziente negli incontri

multidisciplinari e come interlocutore importante nella discussione sulla gestione del paziente. Allo stesso modo, sul profilo economico, la presenza di questa figura ha consentito un'organizzazione più efficiente dell'assistenza al paziente, con minor perdita di tempo, derivata da esami mancanti, inutili o scorretti, ed una minor quantità di equivoci, da quando è stato incrementato il flusso di informazioni appropriate. Il chirurgo ora si trova un paziente bene informato e ben preparato che gli consente di discutere le opzioni di trattamento e la gestione medica in modo più efficiente, e gli incontri seguenti con l'infermiere di senologia sono più efficaci, perché il bisogno di informazione dei pazienti è già stato soddisfatto, consentendo loro il tempo di chiarire i dubbi del paziente e di concentrarsi su problemi specifici del paziente.

Per maggior informazioni prego contattare saskia.claassen@cze.nl

Breast Care Nurses:

*F. Court^a, C. Char^b, S. Scarrott^c, M. Cassidy-Gray^c, A. Thomas^c, J. Bristol^c.
a Trainee Breast Surgeon, b Consultant Breast Surgeon, c Breast Care Nurse, Department of Surgery, Cheltenham General Hospital, Gloucestershire, UK.*

un aiuto agli utenti ed ai loro medici



Il Breast care nursing (Infermieristica in senologia) si sviluppò negli anni '80 in Gran Bretagna ed è tutt'ora presente solo in quest'area, sebbene altre realtà europee stiano sviluppando dei servizi di cura senologica. Il ruolo dell'infermiere di senologia tradizionalmente include la consulenza ed il posizionamento di protesi mammarie esterne ma il ruolo si è espanso in Inghilterra fino ad includere un largo range di funzioni come fornire informazioni sgradevoli, effettuare counselling prima e dopo la consegna dei risultati, discutere le opzioni dei trattamenti e fornire un supporto emozionale sia agli utenti che ai loro famigliari. Inoltre partecipa al team multidisciplinare che ha l'obiettivo di valutare i trattamenti per le pazienti, e svolge un ruolo vitale nella consulenza clinica. Recentemente, gli infermieri senologici hanno ampliato l'attività includendo l'aspirazione di raccolte sierose, la valutazione post operatoria e la valutazione ed il management del linfedema. La Gran Bretagna è ancora padrona del campo dell'infermiere di senologia ma alcuni altri paesi stanno iniziando a valutare il valore del servizio che può essere offerto, in termini economici, di miglioramento della soddisfazione del paziente e della varietà delle funzioni che questa figura può svolgere. Ad oggi ci sono pochi dati pubblicati riguardo al ruolo esatto svolto dagli infermieri di senologia ed al loro reale valore, è quindi difficile per gli altri paesi valutare l'effettivo valore di quel servizio. Tre infermieri senologici che lavorano complessivamente 91 ore a settimana (2,3 unità a tempo pieno) costituiscono la parte infermieristica del team chirurgico senologico del Cheltenham General Hospital che include due chirurghi a tempo pieno che trattano una media di 340 nuove pazienti all'anno. In uno studio "time-and-motion" condotto dal Cheltenham General Hospital su un periodo di un mese ha fornito indicazioni sul ruolo che gli infermieri senologici svolgono nel supportare sia i pazienti sia i medici che lavorano con loro. Lo studio ha mostrato che la maggior parte del loro tempo è impiegato per consulenze alle utenti e per fornire supporto emozionale nella fase successiva alla diagnosi di tumore al seno e al successivo trattamento. A tutte le pazienti visitate nella clinica senologica è data la possibilità di parlare con un infermiere di senologia indipendentemente dalla benignità o malignità della diagnosi. La paziente, la sua famiglia, gli infermieri territoriali e i medici di medicina generale possono accedere telefonicamente al servizio senologico durante l'orario di lavoro e gli infermieri spesso organizzano un incontro con la paziente se il problema non può essere gestito telefonicamente. Queste consulenze avvengono all'interno del servizio, all'interno del dipartimento di senologia, a casa dell'utente o nel reparto; Un numero esiguo di queste consulenze richiedono l'intervento di un chirurgo senologico. Gli infermieri senologici possono impiegare un tempo maggiore nel



supportare e informare i pazienti in queste consulenze rispetto ai venti minuti previsti per una nuova utente o i dieci minuti per il follow-up ambulatoriale. Questo è cruciale perché le pazienti con nuova diagnosi o quelle sottoposte a chemio o radioterapia spesso si pongono domande o problemi tempo dopo la consulenza con il chirurgo o l'oncologo ed è importante che entrambi e i loro famigliari abbiano facile accesso a una informazione in itinere e al supporto emozionale. Il coinvolgimento degli infermieri senologici dal momento della diagnosi lungo tutte le fasi del trattamento fornisce alla paziente un senso di continuità e di rassicurazione affinché possano sapere chi contattare in caso di bisogno. Il ruolo assunto da questi infermieri riduce i tempi del chirurgo consentendogli di offrire trattamenti più rapidi e ad un maggior numero di pazienti con patologia oncologica. Il ruolo ha così notevoli risvolti economici evitando inutili appuntamenti ospedalieri o consulenze e visite presso il medico di base. Mediamente, ogni infermiere senologico al Cheltenham General Hospital utilizza 26 ore a diretto contatto con le pazienti, equivalente a 7 casi a settimana per infermiere (3,5 ore per caso). Circa il 49% del loro tempo è utilizzato per il supporto delle pazienti fuori dal circuito ospedaliero, sia di persona o per telefono. Tre ore sono utilizzate per le pratiche di aspirazione di siero e una media di due ore alla settimana per l'addestramento e l'informazione relativi alle protesi mammarie, mentre ulteriori due-tre ore alla settimana sono utilizzate per la valutazione e la gestione del linfedema. Senza gli infermieri senologici, molte di queste funzioni dovrebbero essere svolte dallo staff medico, sottraendo così del tempo utile per la diagnosi ed il trattamento delle utenti con tumore al seno. L'esperienza al Cheltenham General Hospital e il feedback delle utenti confermano che gli infermieri senologici sono una risorsa che fornisce un servizio facilmente accessibile ed economicamente efficace di cui beneficiano le pazienti, lo staff medico ed in generale il dipartimento di chirurgia senologica. Domande relative a questo articolo o al ruolo dell'infermiere senologico possono essere indirizzate a: Breast Care Nurses, sue.scarrott@glos.nhs.uk

*“Change does not roll in on the wheels of inevitability,
but comes through continuous struggle.”*

Dr. Martin Luther King jr.
1929 - 1968



Photo by Benedict Fernandez

Political **A**genda

“Il cambiamento non avanza sulle ruote dell'ineluttabilità, ma giunge attraverso un continuo sforzo”

Agenda Politica

- a. EONS appoggia e supporta i membri nello sforzo per il riconoscimento e la condivisione degli standards dell'addestramento/educazione oncologica, attraverso il riconoscimento dell'infermieristica oncologia entro ogni paese socio
- b. L'EONS fornisce informazioni aggiornate ai rappresentanti professionali (inter)nazionali per promuovere la conoscenza e la consapevolezza del contributo degli infermieri oncologici in Europa





1st MASTERCLASS IN ONCOLOGY NURSING

24 FEBRUARY - 2 MARCH 2007, ST. JULIANS, MALTA

Chair: J. Fildes, MD, R. Janssens, MD

THE MASTERCLASS IS:

- A one-week residential educational event
- Full immersion
- Clinical placement
- Multidisciplinary
- An inspirational faculty of experts delivering lectures focusing on nursing research, clinical need, quality improvement and supportive care.

IDEAL MASTERCLASS CANDIDATE:

- Bachelors & Masters degree (obtained in the last 5 years) in nursing/oncology nursing or equivalent in the country of residence
- Is involved in direct cancer patient care, cancer nursing research, cancer nursing education (post-graduate and master level), clinical management, organisation and coordination of cancer patient care
- Is fluent in English reading and speaking
- Is planning and advancing his/her professional career
- Is an individual ESO member or willing to become an individual ESO member (please visit www.cancerworld.org/certs for information on membership application procedure and fees)

HOW TO APPLY:

Interested participants should fill in the application form (www.cancerworld.org/certs) or request to conservation@unet.it or esoc@unet.it.

- Letter describing motivation for attending
- CV with list of eventual publications and master topics
- Supporting letter from head of department or mentor
- Provide an abstract of 500 words on the topic:
Evidence Based Nursing and its Contribution to Cancer Care

APPLICATION DEADLINE: 1 DECEMBER 2006

For Information:

ESO Secretariat - 4000 Biele
E: ESOsecretariat@unet.it
T: +32 (0) 77 9 89 20 Fax: +32 (0) 77 9 89 17
E-mail: esoc@unet.it



**ATTENDANCE TO THE
MASTERCLASS IS BY
APPLICATION ONLY**

**SUCCESSFUL APPLICANTS ARE
GRANTED FREE REGISTRATION
AND ACCOMMODATION**

**(Travel costs are to be covered by
the participant
or participant's institution)**

Educational needs of Finnish Cancer Nurses

Suominen Tarja, PhD, RN
Rankinen Sirkku, MScN, RN

Introduction

Earlier reports indicate that the educational needs of cancer nurses are related primarily to the prevention of cancer, the assessment of personal risk factors, the biological basis of cancer treatment modalities (including pharmacological and non-pharmacological therapies), symptom management and the provision of psychological support for cancer patients (Foubert et al., 2005; King 2004). In this article, data acquired from an open-ended questionnaire as part of a larger study into the educational needs of Finnish cancer nurses are described and their implications discussed in relation to cancer nursing in that country. The questionnaire was sent to 250 randomly selected nurse members of the Oncology Nursing Society of Finland, and responses were received from 137 nurses or 55% of the sample chosen.

Methodology and Data Analysis

A content analysis was conducted on responses obtained from 105 nurses. Five nurses reported that they did not have any further learning needs in respect of their role and did not require further education or training whilst others felt that they did have additional learning needs which might be met by such means. The text was coded, or broken down, into manageable categories on a variety of levels such as word, word sense, phrase, sentence, or theme; and then examined using content analysis methodology.

Results

The study population was representative of cancer nurses working in Finland. Most of the respondents were women with a mean age of 46 years. More than half work in in-patient units. On average, the respondents had more than 16 years' experience after graduation and 12 years' experience at their present place of work. Most of them had a permanent work contract and the majority (78%) believed that the work they did was appreciated by society at large. Almost all of the respondents (98%) valued the autonomy they enjoyed and 97% regarded themselves as being motivated at work. However, only 89% expressed satisfaction with their job and some possible explanations for this will be discussed later in the paper.

Respondents experienced strong 'work-related empowerment' (mean 8.19, SD 0.81) as measured by the Work Empowerment Questionnaire developed by Irvine et al. (1999). This tool consists of 22 items divided into three areas: verbal empowerment (6 items), behavioural empowerment (9 items) and outcome empowerment (7 items). Respondents were asked to say how confident they were in

their ability to execute a certain course of action on a scale from 0 to 10 where 0 meant 'not at all confident' and 10 'fully confident'. Higher scores were recorded for verbal and behavioural empowerment (mean 8.56, SD 1.02, mean 8.36, SD 0.76 respectively) than for outcome empowerment (mean 7.65, SD 1.15). Educational needs were related to the care of patients and / or relatives, care management, the nurse herself and the organisation of education (Table 1). Several themes were evident from the data but three reasons emerged to explain why some did not currently feel that they required further education or training:

- The education and training already received is sufficient.
- Additional training is not required but regular clinical supervision might be useful.
- No current learning needs are identified but additional education and training are easily accessible if needed.

Respondents who indicated that they had unmet learning needs indicated that they would like more education and training in order to provide better psychological support to patients and relatives, feel more confident when encountering / communicating with patients and relatives; and be better equipped to deal with patients and relatives at times of loss, grief and bereavement. Additional educational needs included the need for more education and training in relation to different aspects of the disease process and particular cancers, pharmacological management of the disease and its effects, nursing management, palliative care and the care of dying patients. Attending to the multi-cultural aspects of care was also identified as a learning need, particularly the need to understand multiculturalism in relation to patients' attitudes and beliefs to cancer treatments. Analysis of the data revealed a variety of themes which sought to explain the changing educational needs of Finnish cancer nurses and what might be required as follows:

- Cancer treatments are improving very rapidly all the time.
- Research is constantly producing new knowledge, especially in the areas of cancer diseases and their treatment.
- More information is needed about ways of curing cancer patients, methods and treatments.
- More information is needed in relation to drug interactions.
- There is a need for more education about pharmacology.
- The provision of training nowadays is more or less random.
- Training should be a continual, systematic process with updates at least once a year.

The need for more education in interpersonal skills was identified, particularly in regard to working in a female dominated group, interacting with others and negotiation skills. The need for better coping skills was also identified, together with the need for better training in computing and administrative skills. The perceived need for further education in these areas was indicative of staff concerns about the changing nature of nursing and the increased expectations placed on nurses in relation to their administrative and managerial functions, one in five respondents identifying knowledge deficits in relation to their computing skills and others regarding better training in personal coping strategies an important requirement given the ever accelerating pace of nursing work and change in the workplace, one respondent saying, 'Computers - there's no time at all to learn this 'jungle' with new stuff appearing on top of the old ones'. The need for supervisory and management training was also raised, particularly in relation to the management of change, managing expertise within the workforce and training in organisational management, 'To help you understand how things are run in the workplace'.

Patient	Mental support
Relatives	Support
Care	Cancer diseases and their treatment Medications Palliative care Care of the dying patient Multicultural issues
Nurse	Interaction Human relation skills Female dominated group in the workplace Coping Computer skills Administrative aspects
Organisation of education	Participation in educational conferences Training days organised by cancer nursing society

Table 1. Perceived needs for further education

Needs related to the organisation of education and training were the opportunity to get away from the clinical environment to take part in training courses and conferences, as well as those organised by the Oncology Nursing Society of Finland. Stepping outside one's own organisation was seen as important if one was to, 'learn what is new in cancer care' and some respondents felt that courses and training days organised by pharmaceutical companies and those run by the oncology nursing society were the most effective in putting forward these new developments. It was expressed moreover, that, 'Employers should recognize the importance of study days for cancer nurses' and that, 'All cancer nurses should automatically have access' to such training, an important consideration given that 77% of respondents said that they had continuing educational needs.

Conclusion

Whilst over three-quarters of respondents expressed a need for additional education or training in the area of cancer care, only 5 reported that their current level of training and education was sufficient. Despite their strong sense of work-related empowerment, the respondents reported a wide range of educational needs in relation to the ever accelerating pace of nursing and the growing expectations of others. Interestingly, one-fifth of the respondents voiced a need for more training in computer skills, but educational needs in relation to IT, coping and interaction skills are not unique to cancer nurses. Computers have become ubiquitous in all nursing jobs and it is therefore important that all nursing staff have a sound

knowledge of their use. The need to educate staff in the use of information technology has been identified in other areas such as surgical units, but it is interesting that it has such prominence in this study. This may perhaps, be due to the heavy reliance upon and multiplicity of 'high technology' healthcare management projects in Finland in order to guarantee continuity of care and support the better delivery of information in cancer care as elsewhere. However; in spite of this, the main areas highlighted by Finnish cancer nurses for further educational development continue to be those which have the most impact upon clinical care (such as communication skills and symptom management) and the organisation and delivery of cancer patient care.

Acknowledgements

The results reported in this article are based on a larger study supported by the Oncology Nursing Society of Finland.

References:

Foubert, J., Kearney, N., Ouwerkerk, J., Uhlenhopp, M. and Vaessen, G. (2005) Knowledge of haematological toxicities amongst European nurses – a learning needs assessment. *European Journal of Oncology Nursing*, 9:239–247.

Irvine, D., Larr, P., Evans, M. and Baker, R. (1999) Measurement of staff empowerment within health service organizations. *Journal of Nursing Measurement*, 7:79–95.

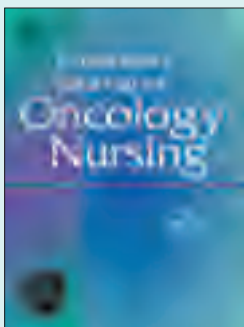
King, R.L. (2004) Issues and innovations in nursing education. Nurses' perceptions of their pharmacology educational needs. *Journal of Advanced Nursing*, 45:392–400.



Did you know?

European Journal of Oncology Nursing is a valuable tool in providing oncology nurses worldwide with information on contemporary practice issue and the latest cancer research.

- Upgrade your EONS membership to include EJON at a cost of only €69/£49
- Your subscription includes online access via ScienceDirect
- Submit your work to to see it published in print and online - <http://ees.elsevier.com/yejon>



European Journal of Oncology Nursing



The Official Journal of the European Oncology Nursing Society

Editor: **Professor Alex Molassiotis**, *University of Manchester, UK*

Founding Editor: **Alison Richardson**, *London, UK*

Associate Editors: **Stephen J. O'Connor**, *Chalfont St Giles, UK* and **Faith Gibson**, *London, UK*

For more information on the journal, including details about writing for the journal and information about online access via ScienceDirect visit the EJON homepage:

intl.elsevierhealth.com/journals/ejon

SAVING LIVES IN CANCER: POLICIES AND PRACTICES THAT MAKE A DIFFERENCE

21-22 NOVEMBER 2006, BRUSSELS, BELGIUM

Organizing Committee: P. Berman, IE - J. Higgins, UK - J. Foubert, BE - V. Kesic, CS - R. Otter, NL
M. Richards, UK - H. Sundseth, BE

Co-ordinator: K. Redmond, IT - A. Wagstaff, UK

in collaboration with

Cancerworld



Cancer World is holding its first conference with the aim of:

- Raising awareness about the diverse factors that impact on the planning and delivery of cancer services
- Facilitating the sharing of best practice in tackling problems through the organisation and management of cancer services
- Identifying creative approaches for improving cancer outcomes

An important output from this conference will be a green paper that will be published as a CancerWorld supplement and sent to national and European policy makers as well as Cancer World readers

TARGET AUDIENCE

All the stakeholder groups involved in the planning and delivery of cancer services including health professionals, managers, policy makers and patients

TOPICS

- **Cancer care in Europe:** An Overview
- **Integrated cancer care**
- **Centralisation or decentralisation:** what makes sense?
- **Centralising Cancer Services:** the Reality
- **Innovative approaches to promoting quality cancer services**
- **Planning cancer services: policies that make a difference**
- **Promoting quality cancer care:** What levers can be used?

Under the auspices of



ORGANIZATION AND CONTACT

ESO, Milan, Italy

Tel: +39 02 85 46 45 22

Fax: +39 02 85 46 45 45

e-mail: mcassese@esoncology.org





Q3W
Aranesp[®]
 (darbepoetin alfa)

SureClick[™]

Aranesp[®], the first and only once-every-3-week (Q3W) erythropoietic protein.

Aranesp[®] SureClick[™] prefilled pen - a simple, secure way to provide Q3W anaemia correction. In adult cancer patients with non-myeloid malignancies receiving chemotherapy.

Aranesp[®] (darbepoetin alfa) SureClick[™] Brief Prescribing Information

Please refer to the Summary of Product Characteristics before prescribing Aranesp[®].
Pharmaceutical Form: Solution for injection presented in prefilled pens containing 150, 300 and 500 micrograms of darbepoetin alfa, for single-dose use only. **Indication:** Treatment of symptomatic anaemia in adult cancer patients with non-myeloid malignancies receiving chemotherapy. **Dosage and Administration:** **Cancer Patients:** Aranesp[®] should be administered by the subcutaneous route to patients with anaemia (e.g. haemoglobin concentration ≤ 11 g/dl (6.8 mmol/l)). The recommended initial dose is 6.75 μ g/kg given once every 3 weeks. If the clinical response (fatigue, haemoglobin response) is inadequate after 9 weeks, further therapy may not be effective. Alternatively, once weekly dosing can be given at 2.25 μ g/kg body weight. For patients receiving Aranesp[®] on a weekly basis if the increase in haemoglobin is inadequate (less than 1 g/dl (0.6 mmol/l)) after 4 weeks the dose should be doubled. If the haemoglobin response still remains inadequate 4 weeks after dose doubling, then further therapy may not be effective. Aranesp[®] therapy should be discontinued approximately 4 weeks after the end of chemotherapy. Haemoglobin level should not exceed 13 g/dl (8.1 mmol/l). Once the therapeutic objective for an individual patient has been achieved, the dose should be reduced by 25 to 50% in order to maintain haemoglobin at that level. If required, further dose reduction may be instituted to ensure that haemoglobin level does not exceed 13 g/dl. If the rise in haemoglobin is greater than 2 g/dl (1.3 mmol/l) in 4 weeks, the dose should be reduced by 25 to 50%. **Contraindications:** Hypersensitivity to darbepoetin alfa, r-HuEPO or excipients. Poorly controlled hypertension. **Special Warnings and Precautions:** Iron status should be evaluated for all patients prior to and during treatment and supplementary iron therapy may be necessary. Non-response to therapy with Aranesp[®] should prompt a search for causative factors. Deficiencies of iron, folic acid or vitamin B12 reduce the effectiveness of erythropoietic stimulating agents and should therefore be corrected. Intercurrent infections, inflammatory or traumatic episodes, occult blood loss, haemolysis, severe aluminium toxicity, underlying hematologic diseases, or bone marrow fibrosis may also compromise the erythropoietic response. A reticulocyte count should be considered as part of the evaluation. If typical causes of non-response are excluded, and the patient has reticulocytopenia, an examination of the bone marrow should be considered. If the bone marrow is consistent with PRCA, testing for anti-erythropoietin antibodies should be performed. Pure red cell aplasia caused by neutralising anti-erythropoietin antibodies has been reported in association with recombinant erythropoietic proteins, including darbepoetin alfa. These antibodies have been

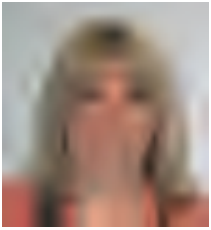
shown to cross-react with all erythropoietic proteins, and patients suspected or confirmed to have neutralising antibodies to erythropoietin should not be switched to darbepoetin alfa. Active liver disease was an exclusion criteria in all studies of Aranesp[®], therefore no data are available from patients with impaired liver function. Since the liver is thought to be the principal route of elimination of Aranesp[®] and r-HuEPO, Aranesp[®] should be used with caution in patients with liver disease. Aranesp[®] should also be used with caution in those patients with sickle cell anaemia or epilepsy. Misuse of Aranesp[®] by healthy persons may lead to an excessive increase in packed cell volume. This may be associated with life-threatening complications of the cardiovascular system. The needle cover of the pre-filled syringe contains dry natural rubber (a derivative of latex), which may cause allergic reactions. **Cancer patients:** Effect on tumour growth. Epoetins are growth factors that primarily stimulate red blood cell production. Erythropoietin receptors may be expressed on the surface of a variety of tumour cells. As with all growth factors, there is a concern that epoetins could stimulate the growth of any type of malignancy. Two controlled clinical studies in which epoetins were administered to patients with various cancers including head and neck cancer, and breast cancer, have shown an unexplained excess mortality. In patients with solid tumours or lymphoproliferative malignancies, if the haemoglobin value exceeds 13 g/dl, the dosage adaptation described in section "dosage and administration" should be closely respected, in order to minimise the potential risk of thromboembolic events. Platelet counts and haemoglobin level should also be monitored at regular intervals. **Interactions:** If darbepoetin alfa is given concomitantly with drugs highly bound to red blood cells, eg cyclosporin & tacrolimus, monitor blood levels and adjust the dose of these drugs as haemoglobin rises. **Pregnancy and Lactation:** No adequate experience in human pregnancy and lactation. Exercise caution when prescribing Aranesp[®] to pregnant women. Do not administer to women who are breastfeeding. When Aranesp[®] therapy is absolutely indicated, breast-feeding must be discontinued. **Undesirable Effects:** **General:** There have been rare reports of potentially serious allergic reactions including dyspnoea, skin rash and urticaria associated with darbepoetin alfa. **Cancer Patients:** In clinical studies with subcutaneously administered Aranesp[®], the incidence of hypertension and cardiovascular events were comparable in cancer patients receiving placebo, r-HuEPO or Aranesp[®]. Furthermore, these adverse events were not associated with either haemoglobin concentration (< 13 versus > 13 g/dl) or a rapid rise in haemoglobin (> 2.0 g/dl in four weeks). Clinical studies have shown a higher frequency of thromboembolic reactions including deep vein thrombosis and pulmonary embolism in cancer patients receiving Aranesp[®] therapy compared to patients receiving placebo. In general, adverse events reported in clinical trials with Aranesp[®]

in cancer patients receiving concomitant chemotherapy were consistent with the underlying disease and its treatment with chemotherapy. Undesirable effects considered related to treatment with Aranesp[®] from controlled clinical studies with incidence of > 1% to < 10% are arthralgia, peripheral oedema, injection site pain, and thromboembolic reactions. Injection site pain was the most frequently reported adverse event considered related to treatment with Aranesp[®] (< 5%). The injection site discomfort was generally mild and transient in nature. **Overdose:** Wide therapeutic margin. In the event of polycythaemia, Aranesp[®] should be temporarily withheld. If clinically indicated, phlebotomy may be performed. **Pharmaceutical Precautions:** Aranesp[®] should not be mixed or administered as an infusion with other medicinal products. Store at 2°C to 8°C (in a refrigerator). Do not freeze. Keep container in outer carton to protect from light. For ambulatory use, Aranesp[®] may be removed from storage once for a maximum single period of 7 days at room temperature (up to 25°C). The Aranesp SureClick[™] pre-filled pen delivers the complete dose of each presentation. **Legal Category:** Medicinal product subject to restricted medical prescription. **Presentation and Marketing Authorisation Numbers:** Aranesp[®] 150 μ g: 1 prefilled pen: EU/1/01/185/054; Aranesp[®] 300 μ g: 1 prefilled pen: EU/1/01/185/055; Aranesp[®] 500 μ g: 1 prefilled pen: EU/1/01/185/056; Availability of presentations may vary in national regions. **Marketing Authorisation Holder:** Amgen Europe B.V., Minervum 7061, NL-4817 ZK Breda, The Netherlands. Further information is available from Amgen (Europe) GmbH, Dammstrasse 23, P.O. Box 1557, Zug, Switzerland CH-6301. Additional information may be obtained from your local Amgen office. **Date of preparation:** June 2006. Amgen (Europe) GmbH, Zug, Switzerland © 2005 Amgen Inc. All rights reserved.

PLEASE NOTE UK ONLY
 Information about adverse event reporting can be found at www.yellowcard.gov.uk. To report an adverse event in a patient taking an Amgen product call +44 (0)1223 436441.

AMGEN[®]
 Oncology

Wanted! Aiutaci a trovare pazienti con cancro al colon promotori in Europa!



Lynn Faulds Wood,
President of the European Cancer Patient Coalition

Il cancro al colon è probabilmente il cancro più comune e la seconda maggior causa di morte correlata a cancro in Europa, ma pochi

riconoscono l'importanza della malattia e, diversamente dal cancro al seno o al polmone, essa è scarsamente presa in considerazione dall'opinione pubblica. I forti tabù che ostacolano il discorso su funzioni corporali e abitudini intestinali significano che molti Europei muoiono inutilmente di questo cancro curabile ma in molti Paesi considerato erroneamente una malattia della vecchiaia. Questa mancanza di consapevolezza fa sì che molti tumori restino non diagnosticati fino a quando sono inoperabili e di conseguenza che i tassi di sopravvivenza siano più bassi in Europa che negli Stati Uniti con variazioni enormi tra i diversi stati del vecchio continente. Conoscenze migliori, diagnosi più precoci e trattamenti efficaci del cancro al colon sono solo alcune delle priorità dell'European Cancer Patient Coalition (EPCP), istituita tre anni or sono per migliorare le vite di tutti i pazienti oncologici. Come presidente dell'associazione e sopravvissuto a un cancro al colon in stadio avanzato, io sono particolarmente appassionato nel promuovere la conoscenza di questo comune cancro e, con il tuo aiuto, possiamo. La mia esperienza di presentatore televisivo e giornalista curioso in Gran Bretagna mi ha insegnato che infermieri e pazienti possono fare una grande differenza quando lavorano insieme e, all'interno dell'EPCP, noi abbiamo ottenuto già molto con l'aiuto di gente come te. Rappresentando più di 200 organizzazioni di pazienti oncologici per l'Europa, abbiamo un ruolo chiave nei comitati strategici della Commissione Europea e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità tra cui il gruppo di lavoro dell'OMS sui clinical trials, l'European Medicines Agency e il MEPS Against Cancer (il cui segretariato è gestito dall'EPCP) per assicurare che le voci dei pazienti siano ascoltate al livello strategico ove si decide la politica sanitaria. La nostra è una campagna fatta di studi riguardanti tutti i pazienti ma si creano anche particolari gruppi "ombrello" che traggano vantaggio dalle migliori risorse esistenti per gruppi specifici di pazienti e combattano per averne di nuove, per minimizzare le ripetizioni e trarre vantaggio dalla forza e dall'esperienza che il nostro essere gruppo fornisce. L'EPCP è inoltre impegnata nella distribuzione di sovvenzioni di prima categoria in tutta Europa, fondando sull'esperienza dei membri organizzazioni tipo Europa Donna che ha fatto un grande lavoro di aiuto nel perfezionare l'approccio al cancro al seno dando la forza alle donne di venire in aiuto di se stesse in queste scoperte vitali. L'EPCP è un partner ufficiale nello sviluppo delle linee-guida per uno screening di qualità nel cancro al colon e in futuro terrà il patrocinio di incontri di formazione per le persone colpite dalla malattia. L'EPCP ha pure incoraggiato continuamente lo sviluppo di una rete per i pazienti di questo tipo di cancro, l'European Colon Cancer Patient Network, ed è il motivo per cui abbiamo bisogno del tuo aiuto! In giro per l'Europa esistono relativamente pochi gruppi che si spendono in favore dei pazienti affetti da cancro al colon e c'è una storica riluttanza a farlo: il consigliere EPCP cipriota Panayotis Mallis, sopravvissuto a tale malattia, attribuisce tutto ciò a "una riluttanza a parlare del cancro al colon". Un altro problema per la gente che mette insieme gruppi di malati di cancro al colon sembra essere la mancanza di accesso all'informazione di qualità; ma ci sono segnali positivi. In Germania, la Burda Foundation ha fatto un bellissimo lavoro per aumentare la conoscenza della malattia e, in Belgio, un gruppo di aiuto formato due

anni fa ad Anversa ha già tradotto i propri volantini in fiammingo/olandese ed è impegnato a completarne una versione francese. "I volantini sono eccellenti", sostiene il professor Luis Denis. Ad Anversa c'è una bellissima statua chiamata "Il Mascalzone" che sfacciatamente mostra a tutti quanti il sedere: ora (una trovata appropriata!) una coperta di volantini ne abbellisce la faccia. Il gruppo belga presto sarà lanciato sulla televisione nazionale e io sono lusingato di essere stato invitato al varo del club che hanno chiamato "Lynn's Club". "La gente pensa si tratti di un club a luci rosse - ride il Professor Denis - ma se quel che fanno continua, bene!". Nel Regno Unito ci sono molti gruppi di solidarietà e gruppi di aiuto per malati di cancro al colon. Io dirigo un'organizzazione di volontari guidata da pazienti la quale si è battuta per una miglior conoscenza e una diagnosi più precoce della malattia. Recentemente siamo stati sulle testate di tutti i telegiornali quando abbiamo portato Sua Altezza Reale il Principe di Galles a incitare "tutti a parlare di sedere e intestini", ma nel Regno Unito la gente non è così imbarazzata sul cancro al colon (o all'intestino come lo chiamiamo in Inghilterra) come tu potresti pensare. Quando lanci un messaggio registrato di tre minuti sui sintomi di questa malattia su una hotline telefonica, essa ricevette 156000 chiamate nel suo primo giorno. Abbiamo anche diffuso quasi 2 milioni di volantini divulgativi sui sintomi a chi la richiedeva, perciò esiste di sicuro un grande interesse verso questa malattia tanto dimenticata.



Negli ultimi 10 anni ho aiutato a istituire una banca-dati ospedaliera di quasi 20000 persone con cancro al colon che ci ha permesso di produrre nuove linee-guida fondate sull'evidenza per la gestione dei sintomi e ho pure aumentato i fondi per agevolare corsi di formazione in modo da permettere a più infermieri e medici di essere formati alla prestazione di colonscopie diagnostiche, componente indispensabile per screening e diagnosi precoci. In molti Paesi stiamo lavorando col personale sanitario, colle associazioni oncologiche esistenti e coi gruppi di pazienti all'impianto del Colon Cancer Patient Network dell'EPCP per condividere risorse, educazione sanitaria e volantini informativi per i pazienti. Quelli prodotti nel Regno Unito sono disponibili per chiunque li voglia tradurre per il proprio uso come fece il cipriota Panayotis Mallis dopo aver scoperto che parecchie famiglie di colleghi di lingua greca erano state colpite dal medesimo male cui egli era sopravvissuto. Questi sta ora incoraggiando lo sviluppo di un gruppo per il cancro al colon a Cipro - uno dei molti in divenire - ma molto di più c'è bisogno di fare se morbilità e mortalità associate al cancro al colon sono da ridurre. Il prossimo mese di marzo sarà il Mese della Conoscenza del Cancro al Colon in Europa e noi stiamo cercando di aumentarne la visibilità tra coloro che plasmano e quelli che compongono l'opinione pubblica. Se tu hai pazienti entusiasti che desiderano aiutare a salvare altri da questo cancro o avere materiale gratuito circa il Mese, ti preghiamo di metterli in contatto con noi. Allo stesso modo, se tu vuoi aiutarci a impostare un gruppo per il cancro al colon nel tuo Paese, vorremmo sentirlo da te!

Lynn Faulds Wood, President, European Cancer Patient Coalition
Website: www.ecpc-online.org email: lynn@ecpc-online.org
Lynn's Bowel Cancer Campaign nel Regno Unito
Sito internet: www.bowelcancer.tv email: lynn@bowelcancer.tv
Indirizzo e telefono: 00 44 208 891 5937
5 St George's Road, Twickenham TW1 1QS, UK
European Colon Cancer Patient Network
Sito internet in costruzione. Email info@bowelcancer.tv per maggiori dettagli.

Un'eccellente risposta al 2006 Excellence in Patient Education (EPE) Award!

By Stephen O'Connor

La risposta all'Excellence in Patient Education (EPE) Award è stata, come da nome, eccellente quest'anno con un totale di 21 nominations provenienti da nove paesi europei sottoposti al giudizio di una commissione internazionale di esperti. Le proposte hanno coperto l'intero range dell'esperienza del paziente oncologico, inclusa una scorrevole guida per aiutare i pazienti a fronteggiare l'impatto emotivo di una diagnosi di tumore, disponibile in lingua finnica e svedese a cura della finlandese Leena Rosemberg. Gli studenti della Berlin's Wannsee Schule und Krankenpflege für Gesundheitsberufe (Germania) hanno proposto un opuscolo informativo per il paziente volto a promuovere la diagnosi precoce del cancro al seno, e un colorato volantino a tabelle che mette a fuoco i fattori di rischio modificabili come il fumo, la dieta e l'esposizione al sole, per promuovere uno stile di vita più salutare come mezzo di prevenzione al cancro.

Dalla Germania inoltre sono stati presentati un opuscolo di esperienze presentato da Alexander Soehnel e dal team infermieristico di Intensivstation 15 della Universitätsklinikums di Erlangen, e un questionario sulla qualità della vita per pazienti chemioterati a cura di Andrea Kuhlmann, Colonia. L'opuscolo di esperienze contiene molte utili informazioni per i pazienti, inclusi una spiegazione dei differenti regimi di isolamento protettivo usati all'interno delle unità e un utile glossario di termini medici; inoltre una promemoria di materiali come: lavori manuali, libri, materiali di scrittura, fotografie e cd personali per alleviare la noia, la deprivazione sociale e la solitudine del paziente in isolamento protettivo per trapianto. I bisogni psicosociali e soprattutto psicosessuali sono anche oggetto di un CD-ROM sviluppato da Ineke Lokker, Suzan van Spijk e Diane Brons, Olandesi, che include informazioni sui problemi sessuali associati a specifici trattamenti di cura e utili consigli sulle risorse attivabili per superarli.

Anne Murphy è stata segnalata dalla Swiss Oncology Nursing Society per il suo contributo nella realizzazione di un opuscolo sulle origini genetiche del cancro pubblicato sotto gli auspici dello Swiss Institute for Applied Cancer Research (SIAC). L'opuscolo chiarisce diversi luoghi comuni circa la familiarità come fattore di rischio ed è concepito per rassicurare i sani mentre procura informazioni accurate a coloro che necessitano di supporto e informazione dai servizi specializzati in genetica. La rassicurazione è anche il tema di un opuscolo di informazione rivolto al paziente scritto da Sonia Barbieri e Celeste Grillo dell'Associazione Italiana Infermieri di Oncologia (AIIO) intitolato "Cosa puoi fare se..."

L'opuscolo scritto in terminologia semplice fornisce suggerimenti pratici su come affrontare i problemi più comuni associati al tumore e ai suoi trattamenti. Descritto come "un diario di bordo" per il paziente oncologico la guida promuove uno sguardo ottimista su questi problemi sottolineando le innumerevoli cose positive che possono essere fatte per alleviare i sintomi problematici associati alla malattia e alla sua gestione.

Una lettera informativa rivolta al paziente di Gabi Battermann (Germania) fornisce utili suggerimenti sulla gestione dell'anemia. L'importanza delle misure di igiene personale nella prevenzione della neutropenia è il soggetto di un utile proposta di Elisabete Maria Sousa Valério dell' Instituto Português Oncologia in Porto (Portugal). La gestione della tossicità ematologica è il tema di un'altra proposta dallo stesso Istituto: Vera Lucia Silva Marques Dias, Le linee guida per la tossicità ematologica che includono un utile algoritmo o percorso di cura per il trattamento di questi problemi mentre un interessante CD-ROM a cura di Margarethe Nolbris e Karin Gustafsson del Queen Sylvia Children's Hospital / Swedish Children's Cancer Foundation in

Stoccolma (Svezia) è stato progettato per aiutare gli infermieri di oncologia pediatrica nell'uso degli adesivi (see-hear-do) durante la spiegazione delle complicanze e della gestione dei disturbi ematologici nei bambini. Gli adesivi, che ora sono utilizzati in tutta la Svezia forniscono agli infermieri uno strumento di insegnamento visivamente attraente che possono usare quando insegnano ai bambini, ai genitori, ai fratelli e ai compagni di classe, le procedure adottate durante il trapianto di cellule staminali e la gestione delle malattie ematologiche del gruppo assistito.

Un dettagliato percorso di cura o algoritmo per raccogliere le informazioni dei pazienti con tumore polmonare costituisce la base del lavoro presentato da Johanna Lynch, Macmillan Lung Cancer Specialist at Hillingdon Hospital (UK) che, insieme ad un diario del paziente, incoraggia gli utenti a indicare ogni domanda che vorrebbero fare e ricorda all'équipe sanitaria di documentare le informazioni fornite al malato ad ogni visita. L'informazione al paziente è anche il tema di una compatta, resistente guida per utenti in chemioterapia prodotta dalla Liga Portuguesa Contra o Cancro con il supporto di Amgen. Questo attraente libretto in formato tascabile contiene informazioni sulle procedure diagnostiche, l'uso dei chemioterapici, la nutrizione e alcuni consigli su come mantenere una buona condizione psicologica ed emozionale durante i trattamenti. Il libretto contiene inoltre lo spazio per registrare indirizzi, numeri di telefono e i dettagli sugli appuntamenti ospedalieri, costituisce un'utile risorsa per chi accede ai servizi oncologici o ai trattamenti per la prima volta.

Altri materiali educativi sugli effetti collaterali dei farmaci chemioterapici sono stati proposti da Cecilia Coelho e dai suoi colleghi dell'oncoematologia dell'Hospital Garcia de Orta (Portogallo), Petra Merkel dal Forchheim Internistische Gemeinschaftspraxis (Germania), Helen Jolande Limborgh Meyer dal Dipartimento di Oncologia medica, Carrara (Italia), Pierino Verrando dall'Universitaire Ziekenhuizen of Leuven (Belgio), Manuel Jorge Freitas Almeida dall'Instituto Português Oncologia of Porto (Portogallo), e Ana Margarida Paguia e colleghe dall'Hospital de São Bernado, sempre in Portogallo.

e finalmente... Il vincitore!

Con un numero così elevato di eccellenti lavori, quest'anno i giudici hanno avuto non poche difficoltà a scegliere un singolo vincitore. Alla fine tuttavia, un lavoro si è chiaramente distinto dagli altri in termini di creatività, chiarezza, linguaggio e focalizzazione del problema. Siamo quindi lieti di annunciare che l'Excellence in Patient Education Award EONS edizione 2006 è stato assegnato a Mr Arno Mank e allo staff del Department of Haematology/Oncology dell'Academic Medical Centre in Amsterdam (Netherlands) per il loro contributo in CD-ROM intitolato *The Patient's Journey: From chemotherapy to stem-cell transplantation* (Il viaggio del paziente: dalla chemioterapia al trapianto di cellule staminali). Utilizzando sequenze di fotografie, video-clips e animazioni, il cd fornisce all'utente, con una chiara spiegazione della patologia e dei suoi trattamenti, informazioni pratiche rispetto al Servizio e all'équipe di cura specializzata e una serie di interviste che forniscono al lettore, parte delle loro esperienze in modo onesto ed immediato, incoraggiando uno sguardo positivo verso l'ospedalizzazione e le cure affrontate. Ulteriori informazioni circa il lavoro premiato ed una intervista al primo firmatario Arno Mank saranno proposte nella prossima edizione della Newsletter EONS; nel frattempo vogliamo esprimere le nostre sincere congratulazioni a Arno e al suo team dell'AMC e augurare loro ogni successo possibile nella loro carriera professionale.

Un incontro al vertice per discutere il ruolo dell'infermiere

nella somministrazione di Bifosfonati per il trattamento delle metastasi ossee

Judith Kelliher, Managing Editor, Fusion Medical Education LLC

Infermieri da 10 nazioni europee e nord americane hanno presieduto ad un meeting a Roma l'8 e il 9 marzo presieduto da Margareth Fitch (Canada), presidente dell' International Society of Cancer Nurses e Cathy Maxwell direttrice delle operazioni cliniche del gruppo oncematologico del sud della Florida a Miami (USA), per discutere il ruolo dell'infermiere nella somministrazione di bifosfonati in pazienti con metastasi ossee associate a diversi tipi di tumori solidi ed ematologici.. I bifosfonati sono una categoria di farmaci conosciuti come inibitori del riassorbimento osseo che interferiscono con l'attività metabolica degli osteoclasti, inibendo in questo modo il rilascio di calcio che comunemente avviene dalle ossa metastatizzate. Se non trattato tutto questo può causare un severo indebolimento delle ossa che porta ad una serie di eventi scheletrici correlati (SRE) quali fratture patologiche, compressione delle vertebre e dolore osseo severo che richiede il trattamento chirurgico o radioterapico. Tali eventi possono drasticamente diminuire la qualità di vita dei pazienti e la loro indipendenza funzionale indice di progressione di malattia in un'ampia gamma di tumori. Durante il meeting di Roma sono stati presentati i risultati di studi clinici che documentano una ridotta probabilità di SRE in pazienti trattati con bifosfonati o acido zoledronico versus placebo. Comunque i dati presentati suggeriscono anche che molti pazienti sospendono prematuramente tali cure a dispetto dei loro evidenti effetti benefici a lungo termine. Una spiegazione per la carente adesione dei pazienti alle terapie con bifosfonati indica che i pazienti potrebbero essere ignari circa i benefici in quanto sono prescritti come profilassi per gli eventi scheletrici correlati e che potrebbero essere ignari circa i benefici ricevuti dal trattamento. Questo potrebbe indurre alla prematura sospensione della terapia e la perdita dei benefici derivanti da essa. Gli infermieri presenti al meeting erano d'accordo sul fatto che la migliore educazione per il paziente è cruciale dato che l'adesione al trattamento profilattico deve essere incrementata e che il loro impegno in questo campo ha la capacità di incoraggiare i pazienti a continuare

con il trattamento. Inoltre, essendo assistenti empatici e avvocati del paziente, gli infermieri sono ben posizionati ad educare circa i benefici derivanti dalla terapia con bifosfonati e al meeting si è discusso circa la necessità di strumenti per l'educazione ai bifosfonati che devono essere integrati nella valutazione e nel trattamento di pazienti con metastasi ossee. E' stato comunque messo in rilievo che i nuovi strumenti non dovrebbero aggiungere ulteriore carico al lavoro infermieristico e che essi devono essere facili e veloci da integrare nella pratica clinica senza essere d'impatto all'assistenza di routine. I presenti hanno anche suggerito che il punto cruciale dell'educazione dei pazienti alla terapia con bifosfonati consiste nella capacità di tali farmaci di prevenire o annullare gli eventi scheletrici correlati e mantenere integre le capacità funzionali. Studi clinici hanno dimostrato che la terapia con bifosfonati riduce il dolore e migliora il performance status agendo di conseguenza sul benessere emotivo così come sull'autonomia funzionale.

Si vorrebbe inoltre dimostrare che c'è un' inadeguata misurazione di queste variabili nei pazienti con metastasi ossee e maggiori valutazioni formali potrebbero essere garantite in quest'area. L'integrazione nella pratica di routine della misurazione della qualità di vita e delle funzioni fisiche nella valutazione del paziente può aiutare gli infermieri nell'identificazione di tali problemi e incoraggiare i pazienti a segnalare qualsiasi sintomo correlato all'apparato scheletrico. Interviste routinarie da parte degli infermieri circa questi problemi possono chiarire le preoccupazioni dei pazienti e coinvolgere loro nelle decisioni che riguardano i trattamenti e diventare alleati nella gestione della malattia. I delegati al meeting di Roma erano d'accordo sul fatto che una carta di accordo scritto da e per gli infermieri sull'importanza e sull'uso di bifosfonati nelle metastasi ossee può aiutare a chiarire circa l'uso di questi agenti e sul ruolo degli infermieri che somministrano e controllano tali trattamenti. Il meeting è stato sponsorizzato con il contributo di Novartis.

The European Nursing Academy for Care of Older persons (ENACO)

Gli infermieri possono svolgere un ruolo chiave nella cura della popolazione anziana debole ma la complessità dell'esperienza di salute e dei problemi sociali degli anziani richiedono buoni livelli di conoscenza e motivazione per una loro presa in carico. Maggiori investimenti rispetto alla leadership clinica, alla ricerca, ai programmi educazionali, alle iniziative di clinica pratica e ai programmi politici di formazione alla salute sono quindi richiesti per conoscere lo stato dell'arte dell'assistenza sul quale implementare le cure rivolte agli anziani e alle loro famiglie, sia nella comunità che nei servizi. Per questa ragione un gruppo di infermieri geriatriche di differenti paesi europei hanno promosso l'European Nursing Academy for Care of Older persons (ENACO), per aumentare la qualità delle risposte cliniche per gli anziani e i loro caregivers mediante il rinforzo di leadership, educazione, ricerca e strategia politica sugli infermieri geriatrici gerontologici con un contesto multidisciplinare. ENACO è felice di incontrare la comunità EONS. Infatti l'assistenza agli anziani con patologie oncologiche sta acquisendo progressiva importanza soprattutto da quando la popolazione anziana è più esposta ad alcuni tipi di cancro. Sinceramente ammiriamo e supportiamo il ruolo guida dell'EONS nello sviluppo della conoscenza, della sensibilità e della ricerca rispetto ai problemi della

presa in carico infermieristica degli anziani oncologici e siamo fiduciosi che attraverso una fruttuosa collaborazione e anche grazie all'esperienza dell'EONS, ENACO riuscirà nello sforzo di sviluppare una rete europea di leaders altamente specializzati e motivati a favorire lo sviluppo dell'infermieristica geriatrica e gerontologica nel futuro. Maggiori informazioni circa l'ENACO e i suoi obiettivi possono essere letti nelle seguenti recenti pubblicazioni:

Milisen, K., Schuurmans, M. and Hayes, N. (2006) Urgent need for leadership in nursing care for older persons. *Applied Nursing Research*, 19:171-172.

Milisen, K., De Geest, S., Schuurmans, M., Steeman, E., Habets, H., Defloor, T. and Schwendemann, R.. (2004) European Nursing Academy for Care of Older persons. Meeting the challenges for gerontological nursing in Europe: The European Nursing Academy for Care of Older persons (ENACO). *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 8(3):197-199.

Se siete interessati a partecipare a questa rete, potete farlo contattando Koen Milisen, koen.milisen@med.kuleuven.be o Marieke Schuurmans, Segreteria.

Koen Milisen, Presidente di ENACO

Koen Milisen,
president of ENACO



Federation of European Cancer Societies (FECS) SPECIAL PROJECT

Collaboration between doctors and nurses in paediatric oncology: a basic requirement for quality of care

We invite pairs of doctors and nurses who work together in paediatric oncology centres in Eastern and Western Europe to participate in this exciting developmental research project

This is a two-year programme where each pair of participants **must** be able to attend **all** three weekend seminars, and undertake work in between in their own workplace

Aim: The overall aim of this study and learning workshops is to improve the way doctors and nurses in paediatric oncology centres work together for the good of the patient.

It will:

- Describe and measure the level of integration between doctors and nurses in several areas of care
- Improve the integration in specific areas of care
- Promote the exchange and enrichment of theoretical and technical knowledge between professionals (doctors and nurses) in the same working environment

Attendance at the seminars is fully funded

The first will take place from November 17th-19th 2006 in Milan, Italy

For more details please contact:

Ms. Rosalinde Kennis
SIOP Secretariat
Raiffeisenstraat 9
5611 CH Eindhoven
The Netherlands

T: +31 40 269 75 44, F: +31 40 269 75 45, E-mail: secretariat@siop.nl

Closing date for applications: 30 September 2006



This is a joint project between SIOP and EONS

I progetti comuni tra SIOP Europe e

EONS migliorano la collaborazione tra infermieri e medici di oncologia pediatrica mediante progetti FECS

La dottoressa Faith Gibson a sostegno del gruppo di progetto. Senior Lecturer in Children's Cancer Nursing Research, Institute of Child Health and Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust, London UK.

Il rapido avanzamento della conoscenza clinica e dello sviluppo del lavoro multiprofessionale, insieme allo sviluppo delle aspettative e dei bisogni dei pazienti (e dei loro familiari) ha sfidato medici e infermieri a ripensare alle loro pratiche ricorrenti; specialmente rispetto al lavoro multiprofessionale ed all'esigenza di migliori e migliorate abilità di comunicazione. In molti casi, questo richiede un aumento nella loro conoscenza di base specialistica, mentre in altri, richiede lo sviluppo di nuovi modelli e percorsi organizzativi di lavoro. E' tuttavia cruciale, che qualsiasi percorso sia adottato, ci sia integrazione migliore fra tutti i membri del team di cura affinché i miglioramenti reali nella qualità di cura erogata ai pazienti e alle loro famiglie possano essere completamente realizzati.

Un'efficace squadra di lavoro multiprofessionale richiede che tutti i membri ripartiscano gli scopi e gli obiettivi comuni e lavorino insieme per sviluppare i protocolli e le vie che garantiscano la buona comunicazione e continuità di cura durante tutto il percorso di cura dei pazienti. Ciò richiede l'impegno e la partecipazione attiva di ciascuna delle parti impegnate nella decisione clinica e nella trattativa dei risultati di cura. E' ingenuo tuttavia pensare che sistemi come questi si sviluppino spontaneamente o solo con la benevolenza. Il buon funzionamento della squadra richiede investimento personale, organizzativo e professionale che dovrebbe essere promosso ed abbracciato sotto l'ombrello del "governo clinico" poichè né i programmi di studi medici né infermieristici forniscono adeguate conoscenze o esperienza di reali collaborazioni pratiche nel team lavorativo nelle fasi formative del loro addestramento.

Una reale integrazione deriva e dipende più di tutti da uno sviluppo culturale e favorito dall'esperienza di lavorare insieme a realizzare obiettivi comuni ed è questo fine che due società membre della Federazione Europea delle Società del Cancro (FECS) hanno collaborato allo sviluppo di un programma educativo e di ricerca biennale per aiutare infermieri e medici a lavorare insieme in collaborazione. Il programma consistente in un laboratorio di azioni di ricerca a più step è stato promosso dal ramo europeo della società di oncologia pediatrica (SIOP Europa) (compreso il gruppo infermieristico del SIOP) e dalla società europea di nursing oncologico (EONS) che furono fortunati nel ricevere il Grant per i progetti speciali nel 2005. Il progetto è aperto a tutte le unità pediatriche di oncologia in Europa.

Questo progetto si chiama: Collaborazione tra infermieri e medici in oncologia pediatrica mira a migliorare il percorso medici e infermieri nei centri di oncologia pediatrica che lavorano insieme per il beneficio dei pazienti descrivendo e misurando il livello di integrazione fra medici e infermieri in diverse aree di cura e

promuovendo lo scambio di conoscenze teoriche e tecniche tra infermieri pediatrici e medici nello stesso luogo di lavoro. La comunicazione personale e tra i siti web di SIOP e EONS sarà usata per reclutare un'infermiere e un medico da 15 centri di oncologia pediatrica attraverso l'Europa. Ogni coppia accoppiata assisterà a seminari di fine settimana, il primo avverrà a Milano, in Italia dal 17 al 19 Novembre 2006. I seminari richiameranno teorie relative ad integrazione ed collaborazione, i metodi per realizzare questo e le strategie per sormontare tutte le sfide incontrate. Ogni coppia sarà

impegnata a identificare i problemi reali e ad effettuare progetti che promuoveranno l'integrazione e la collaborazione fra gli infermieri ed i medici nel loro centro. Il supporto e le risposte continui saranno forniti dai coordinatori del corso e dai membri del comitato scientifico.

Il processo ciclico coscientemente e deliberatamente progettato, agendo, valutando quelle azioni e ulteriori progettazioni descritte da Coghlan e Brannick (2001) sarà usato per strutturare ciascuno dei tre seminari. "L'inchiesta elogiata" formerà la struttura per il progetto (Cooper e Srivastva 1987; Carter 2006). Questa forma di ricerca di azioni si è dimostrata efficace nel cambiamento della cultura organizzativa, permettendo ai partecipanti di analizzare le interazioni fra gli individui e ripensare al percorso delle funzioni organizzative e darne il senso

I risultati di un progetto precedente (Di Giulio e altri, 2004) condotto in 16 centri pediatrici italiani tra il 2001 ed il 2003 sono stati segnalati in una pubblicazione monografica sul giornale di nursing italiano Assistenza infermieristica e ricerca (volume 23 pagina 3). Alcuni

dei progetti sviluppati e effettuati dai centri partecipanti hanno incluso l'elaborazione di un protocollo integrato per la gestione del bambino ricoverato per febbre e neutropenia, lo sviluppo della comunicazione integrata tra infermieri, medici e genitori dei bambini sono stati scaricati per la prima volta e effettuata la rilevazione del dolore durante le procedure invasive. Approssimativamente 70 persone hanno assistito a tutti i seminari e nonostante i problemi comuni relativi alla quota di lavoro e le difficoltà che coinvolgono altri colleghi, i 13 progetti infine sono stati effettuati. Si spera che il successo iniziale dello studio sia replicato in questo speciale progetto unito SIOP Europa e EONS che saranno giudicati con continue valutazioni dei seminari come pure l'esecuzione e la diffusione dei progetti clinici iniziati dai partecipanti allo studio. Il progresso futuro dello studio sarà segnalato in entrambe le newsletters di EONS e SIOP ed ulteriori informazioni sul progetto potranno essere ottenute dal segretario della SIOP a secretariat@siop.nl

Riferimenti

- Cooper, D.L. and Srivastva, S. (1987) Appreciative Inquiry and Organisational Life. *Organisational Change and Development*, 1:129-169.
- Coghlan, D. and Brannick, T. (2001) *Doing action research in your own organisation*. London: Sage.
- Carter, B. (2006) 'One expertise among many'- working appreciatively to make miracles instead of divining problems: using appreciative inquiry as a way of reframing research. *Journal of Research in Nursing*, 11:48-63.
- Di Giulio, P., Cotta, R., Bastianello, D., Garaventa, A., Jankovic, M., Perilongo, G., Salgarello, M.C., Tecchiato, D. a nome del gruppo PRIMIX (2004) L'integrazione medico-infermiere in oncoematologia pediatrica: condizione indispensabile per un'assistenza qualificata. Laboratorio triennale di studio, formazione e intervento Assistenza Infermieristica e Ricerca, 23:142-149.



NEW Adjuvant Indication



For her early breast cancer,
Nothing is more important than a strong beginning.

Start strong with FEMARA.

FEMARA significantly reduces risk of recurrence versus tamoxifen, providing¹:

- 19% overall reduction in recurrence ($P=0.003$)
 - 29% reduced recurrence in women with node-positive disease ($P=0.0002$)
 - 28% reduced recurrence in women who required chemotherapy ($P=0.02$)
- 27% reduction in distant metastases ($P=0.001$)

Analyses demonstrate that FEMARA provides significant benefits in disease-free survival for patients at increased risk of recurrence (women with node-positive disease and women who required chemotherapy).

Femara
(letrozole)

START STRONG

FEMARA® 2.5 mg film-coated Tablets

Presentation: letrozole. Film-coated tablet containing 2.5 mg active substance for oral use.

Indications: Adjuvant treatment of postmenopausal women with hormone-receptor-positive early breast cancer. Extended adjuvant treatment of hormone-dependent early breast cancer in postmenopausal women who have received prior standard adjuvant tamoxifen therapy for 5 years. First-line treatment in postmenopausal women with hormone-dependent advanced breast cancer. Advanced breast cancer in women with natural or artificially induced postmenopausal status after relapse or disease progression, who have previously been treated with antiestrogens. Neoadjuvant therapy in postmenopausal women with localized hormone-receptor-positive breast cancer; to allow subsequent breast conserving surgery in women not originally considered candidates for this type of surgery. Subsequent treatment after surgery should be in accordance with standard of care.

Dosage: 2.5 mg once daily.

Contraindications: Hypersensitivity to letrozole or excipients. Premenopausal endocrine status; pregnancy, breast-feeding.

Precautions/Warnings: Careful consideration of risk/benefit in patients with creatinine clearance <10 mL/min. Patients with severe hepatic impairment (Child-Pugh score C) should be kept under close supervision.

Adverse reactions: The most common adverse reactions are: hot flushes, increased sweating, fatigue, arthralgia. Other common adverse reactions are: anorexia, appetite increase, peripheral oedema, headache, dizziness, nausea, vomiting, dyspepsia, constipation, diarrhoea, alopecia, rash, myalgia, bone pain, osteoporosis, bone fractures, weight increase, hypercholesterolemia, malaise, depression.

Other rare but potentially serious adverse reactions include: leukopenia, cataract, cerebrovascular accident or infarction, thrombophlebitis, pulmonary embolism, arterial thrombosis, ischemic cardiac events.

Packs and prices: Country specific.

Note: Before prescribing, please read full prescribing information.

Not all indications are approved in every country.

Reference: 1. FEMARA [summary of product characteristics]. Basel, Switzerland: Novartis Pharma AG; 2006.