



EONS

eons newsletter

The Quarterly Newsletter of the European Oncology Nursing Society

Winter 2006

Contenuti:

Collegi di...

Malnutrizione

L'arte
dell'accertamento

Notizie dal consiglio

Vincitore EPE 2006



Capo-Redattore

Jan Foubert, RN, MSc

Redazione

Steve O'Connor, MSc., Grad Dip Onc., RN
Carol Krcmar, 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

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 presenticon annunci pubblicitari sono le uniche responsabili dell'accuratezza delle informazioni presentate.

Tradotto a cura dell'AIIO.



Editoriale

Mangiare sano tenendo un peso giusto è facile per molti di noi infermieri. Ma per i nostri pazienti? I problemi legati a una dieta bilanciata con quelli correlati alla digestione di cibi nutrienti, aggravati dal metabolismo alterato, possono contribuire alla malnutrizione nei pazienti oncologici.

Il primo passo nell'assistenza nutrizionale in oncologia è un accertamento nutrizionale completo, come messo in luce nel contributo "Lo screening dello stato nutrizionale da parte degli infermieri", offerto alla newsletter da J. K. Brown di Buffalo, Stati Uniti. Ella sostiene che tutti i pazienti dovrebbero avere una valutazione regolare dello stato nutrizionale, sin dalla diagnosi per tutta la durata del trattamento. L'importanza di un accertamento nutrizionale standard e sistematico non si sottolinea mai troppo. I suoi usi sono: (1) determinare se un paziente abbia, o rischi di sviluppare, malnutrizione o deficit nutrizionali specifici; (2) quantificare il rischio del paziente di sviluppare complicanze correlate alla malnutrizione; (3) fornirli di linee-guida per un supporto nutrizionale a breve e a lungo termine; (4) monitorare l'adeguatezza della terapia nutrizionale (cf. Bloch, 1993; Harrison e Fong, 1997; Mutlu e Mobarhan, 2000; Langer et al., 2001).

Spesso guardiamo i pazienti e li giudichiamo sottopeso. Ma come identifichiamo quei pazienti che sono malnutriti? L'accertamento nutrizionale dovrebbe preferibilmente combinarsi con un'attenta valutazione delle capacità funzionali e della qualità di vita per assicurare che il supporto nutrizionale sia tagliato su misura dei bisogni del paziente ed

effettuato facilmente. Per saperne di più, leggete l'articolo eccellente scritto in questo numero da Claire Shaw.

I bisogni nutrizionali dei pazienti oncologici critici sono facilmente trascurati e messi in ombra dal ritmo febbrile delle unità di cura intensiva. Nell'articolo di Jabrun Alys possiamo leggere che, sebbene l'alimentazione del paziente critico sia stata una questione molto dibattuta nel passato, le evidenze cliniche la sostengono pienamente. Stephen O'Connor è stato l'autore di vari articoli sull'accertamento infermieristico dei bisogni nutrizionali. I primi risultati dei suoi studi sulla situazione dell'accertamento infermieristico nutrizionale sono, come scrive in questo numero, del tutto scoraggianti!

Col progetto NOEP, EONS ha mostrato che gli infermieri hanno voglia di imparare di più sull'alimentazione e che la formazione vi è necessaria. In molti Paesi esistono corsi NOEP (cf. la precedente newsletter EONS e il sito internet EONS) ed EONS ha sottolineato l'importanza di accertare e indirizzare l'alimentazione nell'assistenza infermieristica in oncologia programmando l'argomento in diversi corsi, tra cui l'ultima ECCO di Parigi.

EONS farà tutto il possibile per mantenere l'alimentazione nell'agenda degli infermieri e speriamo che questo numero aiuti gli infermieri in Europa a interessarsi all'argomento e a includere gli aspetti nutrizionali nella pratica quotidiana.

Invito alla candidatura per il Distinguished Merit Award 2007

EONS ha il piacere di annunciare la richiesta per le nomine del Distinguished Merit Award. Il Distinguished Merit Award è assegnato a un individuo in riconoscimento del contributo eccezionale all'avanzamento dell'arte e della scienza dell'infermiere oncologico in Europa. Esso include, ma non solo, avanzamenti nelle aree di pratica, ricerca e/o educazione. Inoltre, saranno premiati meriti che riguardano il contributo allo sviluppo e al rinforzo della professione infermieristica oncologica attraverso il lavoro nella comunità o attività politica.

Il premio è assegnato ogni due anni e sarà presentato alla European Cancer Conference (ECCO 14) che si terrà a Barcellona, Spagna, dal 23 al 27 Settembre 2007.

Eleggibili per il premio sono infermieri attivamente coinvolti nella pratica clinica, nel management/amministrazione, insegnamento,

ricerca, consulenza o in qualche altra posizione professionale nella quale hanno svolto un ruolo innovativo nella professione infermieristica oncologica oltre quello previsto normalmente nella loro posizione abituale. I candidati dovrebbero essere membri EONS, vivere e lavorare in Europa.

Il destinatario del Distinguished Merit Award è tenuto a portare una presentazione che evidenzii i suoi successi nell'avanzamento della professione infermieristica oncologica alla conferenza ECCO 14. L'iscrizione al congresso sarà gratuita e il destinatario del premio sarà presentato con un rotolo commemorativo.

La scadenza per la presentazione delle domande è il 31 Gennaio 2007. Ulteriori informazioni possono essere ottenute mettendosi in contatto con la segreteria EONS o sul sito www.cancerworld.org/eons



La storia dell'Associazione

La Hellenic Oncology Nursing Society è stata fondata nel 1987 da un gruppo di infermieri oncologici. L'associazione è un ramo della Hellenic Nurses Association. Attualmente conta circa 300 infermieri iscritti. Gli iscritti esercitano la loro professione nelle diverse aree oncologiche e danno supporto ai pazienti oncologici ed alle loro famiglie.

Gli obiettivi dell'Associazione

La Hellenic Oncology Nursing Society (HONS) è attiva nel migliorare l'assistenza infermieristica attraverso la formazione orientata agli infermieri che assistono i pazienti oncologici.

Gli obiettivi dell'Associazione sono:

- Migliorare l'assistenza ai pazienti oncologici e alle loro famiglie.
- Formare gli infermieri sull'assistenza oncologica e contribuire a migliorare le conoscenze legate all'assistenza oncologica.
- Sviluppare e promuovere la ricerca infermieristica in oncologia.
- Migliorare la professione degli infermieri in Grecia.
- Incrementare il numero degli iscritti all'HONS.
- Collaborare e sviluppare collaborazioni con le associazioni oncologiche nazionali e internazionali.

Organizzazione dell' HONS

La sede dell'HONS è ad Atene. L'associazione è amministrata da un comitato di cinque membri che sono eletti per quattro anni con la possibilità di essere ri-eletti. Gli attuali membri del comitato sono: D. Pappa (Presidente), C. Kouloukoura (Segretario), D. Papageorgiou (Tesoriere), A. Kambitsi (socio) and E. Charalambidou (Rappresentante e Presidente dell'Hellenic Nurses Association). Il comitato collabora strettamente con l'Hellenic Nurses Association Executive Committee. Gli iscritti dell'HONS sono anche membri dell'Hellenic Nurses Association e pagano un'iscrizione annuale all'associazione.

Vantaggi per gli Iscritti

Gli iscritti ricevono una newsletter mensile pubblicata da HONS, la newsletter EONS, la rivista ufficiale dell'Hellenic Nurses Association, e la rivista ufficiale multidisciplinare dell'Hellenic Cancer Society. Le riviste sono pubblicate quattro volte all'anno. Sono stati pubblicati articoli e progetti di ricerca sull'assistenza oncologica, le cure palliative e sugli aspetti psico-sociali del paziente e della famiglia. Gli iscritti sono incoraggiati a condividere conoscenze ed esperienze attraverso la pubblicazione di articoli nella nostra rivista e nella newsletter. Inoltre, attraverso le nostre pubblicazioni, gli infermieri ricevono informazioni su iniziative formative nazionali ed internazionali in oncologia e sulle attività dell'HONS. Tutti gli iscritti HONS hanno le caratteristiche per poter essere candidati a partecipare a meeting nazionali e/o internazionali o corsi oncologici a nome dell'associazione. Infine, gli iscritti hanno la possibilità di fare domande per ricevere un contributo per partecipare a conferenze internazionali o altri programmi educazionali.

Iniziative Educazionali

L'Associazione organizza corsi per gli infermieri in oncologia da diversi anni. A questi corsi partecipano infermieri oncologici e infermieri che hanno interesse per l'oncologia i quali da questi incontri apprendono e incrementano nuove conoscenze e sviluppano collaborazioni. Sette, otto volte all'anno si svolgono giornate di studio dove gli operatori professionali provenienti da diverse discipline affrontano argomenti rilevanti per l'assistenza oncologica e per le terapie di supporto ad essa correlate.

Il programma 'Cancer Care: priorities for nurses', sviluppato dall'EONS, è stato utilizzato da HONS come linea guida per organizzare brevi corsi. Ad oggi, più di 1000 infermieri hanno partecipato a corsi sull'alterazione dell'immagine corporea, nausea e vomito, problemi psicologici, fatigue e dolore. Nel 2003, un corso sulla manipolazione e somministrazione dei chemioterapici ha ricevuto l'accREDITAMENTO dell' EONS Accreditation Council. Dal 2003 al 2005, corsi a piccoli gruppi si sono svolti a Patra, Halkidiki, Cypro e Atene. L'associazione ha programmato di pubblicare un libro su questi corsi. Recentemente, l' HONS ha organizzato il primo corso TITAN ad Atene con il supporto di Amgen (Greek regional office).



Nel 1999, l'Associazione ha organizzato un seminario di ricerca sulla metodologia della ricerca e sulle fasi per sviluppare un'idea in un progetto di ricerca. L'obiettivo di questo seminario era di aiutare i professionisti a comprendere il processo di ricerca, supportare la ricerca in ambito clinico e favorire la pratica basata sulla ricerca. Alla fine del programma, i partecipanti hanno intrapreso una ricerca sotto la supervisione di un infermiere docente universitario. Il lavoro di collaborazione tra i centri oncologici e i reparti oncologici ha permesso agli infermieri di condurre uno studio al fine di valutare la percezione degli infermieri professionali greci sulle barriere a implementare le scoperte scientifiche nell'assistenza oncologica. Al team di ricerca è stato assegnato il premio dell' EONS-Roche 2001. Altri iscritti HONS hanno ricevuto il premio dell'EONS come ricercatore principiante, il premio EONS-Roche 2003 dato all' Hellenic Nurses Association per i loro progetti di studio. In Grecia l'infermieristica in oncologia non è ancora una specialità riconosciuta. Tuttavia, l'Università di Atene ha istituito un master biennale in infermieristica in oncologia e cure palliative. Nel 1996, il Ministero della Salute ha approvato un corso di perfezionamento di 500 ore in infermieristica in oncologia.

Collegamenti con le altre Associazioni

L'Associazione è molto conosciuta in Grecia e collabora con altre organizzazioni a livello nazionale. Attualmente collaboriamo con l'Hellenic Cancer Society, l'Hellenic Society of Medical Oncology, la scuola infermieri dell'Università di Atene e il Centro Oncologico di Cipro. In stretta collaborazione con l'Hellenic Cancer Society, stiamo svolgendo un corso multidisciplinare sulle terapie di supporto e palliative che ha ricevuto l'accREDITAMENTO dall'EONS Accreditation Council.

La collaborazione continuativa con EONS è molto importante per HONS: siamo soci dell'EONS da molti anni.

Siamo consapevoli che la lingua rappresenta un ostacolo per una comunicazione ottimale e della mancanza di un approccio strutturato per affrontare i problemi. La traduzione di importanti progetti EONS in greco è molto utile per favorire la comunicazione tra i nostri iscritti e l'EONS.

Per il futuro, speriamo di incrementare le attività dell' HONS e di sviluppare ulteriori collaborazioni con l'EONS. Siamo convinti di dover valutare, cambiare, migliorare e pensare in modo creativo al fine di andare incontro ai nuovi cambiamenti in oncologia.

La malnutrizione legata al cancro: è importante?

Clare Shaw PhD RD, Consultant Dietitian, The Royal Marsden NHS Foundation Trust, London and Sutton

Si sente spesso dire che gli indici di obesità sono aumentati in Europa. La ricerca ha dimostrato che l'obesità è un fattore di rischio per lo sviluppo di alcune tipologie di tumore. Ma che si sa sui pazienti oncologici? Siamo in grado di indagare sul calo di peso e riusciamo a dare un supporto adeguato al paziente?

È importante la perdita di peso nei pazienti?

Il calo di peso altera la composizione del corpo e le sue funzioni. Il corpo perde una combinazione di grasso e massa muscolare proporzionale alla minore assunzione di cibo e ad alcuni altri fattori, come i cambiamenti del metabolismo o lo stress, più occasionali. Spesso la funzione muscolare si deteriora prima che ci siano dei cambiamenti nella massa muscolare (Stratton et al, 2003). La perdita di peso e la malnutrizione intaccano spesso il sistema immunitario rendendo il paziente più vulnerabile alle infezioni e probabilmente meno capace di guarire dalle ulcere. Altre funzioni possono essere intaccate, tra cui quelle gastro-intestinali.

La perdita di peso nei malati di cancro può mettere a rischio salute generale, qualità della vita e capacità di tollerare il trattamento. Uno studio retrospettivo su 1555 malati di tumore gastrointestinale che si sono sottoposti a chemioterapia ha dimostrato che quei pazienti che hanno perso peso prima di iniziare la terapia sono sopravvissuti di meno (Andreyev et al, 1998). Le minori conseguenze da trattamento nei pazienti con perdita di peso è riconducibile a un dosaggio ridotto nella chemioterapia (necessario per il precario stato nutrizionale dei pazienti) e a un'incidenza maggiore dei fattori nocivi. Questo studio riporta anche che quei pazienti che continuano a dimagrire hanno una percentuale più bassa di sopravvivenza senza ricadute rispetto a quelli che mantengono un peso stabile.

La perdita di peso prima di un intervento aumenta il rischio dello stato patologico del paziente, abbinato spesso alla più lunga permanenza in ospedale e a una ridotta qualità di vita. Complicanze più gravi si manifestano nel paziente chirurgico denutrito: guarigione più lenta della ferite, aumento del rischio di infezioni e dei tempi di riabilitazione. Tutti questi elementi possono portare a una qualità della vita più mediocre e a un uso maggiore delle risorse sanitarie (Stratton et al, 2003).

Perdere peso può avere conseguenze negative per la salute dei malati terminali. Spiro et al, 2006, ha mostrato che la maggior parte degli oncologi intervistati ritiene che un significativo calo di peso potrebbe avere un impatto maggiore sul tasso di mortalità, sullo stato patologico, sulla permanenza in ospedale, sulla qualità della vita e sulla tossicità del trattamento dei malati.

Come identifichiamo i malati terminali malnutriti?

Diverse pubblicazioni hanno messo in evidenza la necessità di discernere e di trovare un supporto adeguato per il malato classificato malnutrito. Non c'è identità di vedute su quale sia lo strumento diagnostico ma identificare peso giusto, peso medio, quantificarne il calo e ogni problema legato all'immissione di cibo sono cruciali per uno screening adeguato dei pazienti. Qualsiasi screening che collega semplicemente l'indice medio di massa corporea (BMI) dei pazienti dimenticherebbe i malati che hanno perso peso e sono sotto il loro peso forma nella massa di persone sovrappeso continuamente in aumento. Uno strumento di analisi deve invece essere veloce e semplice da applicare nel contesto del paziente esterno e di quello ospedalizzato e deve fornire un'informazione adatta a identificare quelli che sono malnutriti o rischiano di diventarlo. In Europa è disponibile una varietà di

strumenti di analisi della malnutrizione, anche se potrebbero non essere specifici per il cancro. La Società Europea di Alimentazione Enterale e Parenterale raccomanda un numero di strumenti di analisi nelle sue linee guida per il controllo dell'alimentazione, pubblicato nel 2002 (Kondrup et al, 2003).

Un documento interessante di recente pubblicazione ha evidenziato che molti nuovi oncologi non sono capaci di identificare gli elementi che mettono a rischio la denutrizione i pazienti (Spiro et al, 2006). Di fronte a casi clinici, quasi la metà degli intervistati non ha riconosciuto i sintomi base per valutare lo stato nutrizionale. Ciò sembra legato alle lezioni universitarie di alimentazione durante gli studi medici, sottolineando come sia importante l'educazione nutrizionale nell'iter universitario. Lo studio solleva anche il problema delle conoscenze di base a proposito dell'alimentazione da parte degli altri professionisti sanitari e della loro capacità di identificare i pazienti a rischio e di fornire a loro una consulenza nutrizionale adeguata.

I pazienti esterni sono più soggetti ad una valutazione superficiale della malnutrizione. Uno studio recente di Baldwin et al (2006) sottolinea l'incapacità di indirizzare i pazienti da un dietologo mentre sono presso la clinica oncologica. Su un campione di 920 pazienti, il 24% ha subito un calo di peso tra il 5% e il 10%; il 32% ha perso più del 10% del suo peso medio; comunque, la maggior parte di essi non si è rivolta a uno specialista. Tra quelli che hanno subito un calo di peso significativo (>10%), il 40% non è stato classificato e non si è rivolto ad un dietologo nei 12 mesi successivi.

McWhirter e Pennington (1994) scoprirono che i pazienti denutriti necessitavano di un piano di cura chiaro e comprensibile per seguire una dieta. Identificato il paziente malnutrito o a rischio, si deve fare una valutazione nutrizionale complessiva. Chi se ne occupa può contare sulla disponibilità di diversi professionisti sanitari. Il dietologo specializzato è la persona ideale, ma in alcuni Paesi europei ciò può essere svolto da un infermiere o da un medico.



Perché è importante il supporto nutrizionale?

Sono poche le ricerche per sostenere gli effetti del supporto nutrizionale nei malati terminali e nessuno ha dimostrato un miglioramento nella sopravvivenza da questo tipo di sostegno. Ma alcuni studi recenti dimostrano l'importanza dell'alimentazione e come consulenza dietetica e integratori alimentari orali possano giovare. (Ravasco et al, 2005).

Nel 2006 la ESEPN ha pubblicato raccomandazioni molto specifiche per il supporto nutrizionale nell'oncologia non ospedaliera (Arends et al, 2006). Queste si basano tutte su pubblicazioni autorevoli a partire dal 1985 e garantiscono una qualità sulla base del numero di pubblicazioni della ricerca. Le raccomandazioni di grado A sono indicate nella Tabella 1. Queste sostengono apertamente che la valutazione frequente dell'alimentazione dei malati terminali consenta di puntare alla diagnosi precoce della malnutrizione e ad un supporto adeguato, se è stabilito che il malato non sarà in grado di mangiare per più di 7 giorni. La raccomandazione dei 7 giorni per l'alimentazione non è supportata da tutte le linee guida e un recente studio inglese raccomanda che i malati non devono essere lasciati senza supporto alimentare per più di 5 giorni (NICE, 2006). La diversità di opinione evidenzia la necessità di formare organismi che elaborino i risultati e di divulgare le conclusioni.

La mancanza di prove che il supporto nutrizionale favorisca la crescita del tumore significa che queste considerazioni teoriche non dovrebbero influenzare la decisione di alimentare un malato terminale.

Tabella 1

Sommario delle raccomandazioni di Grado A per il supporto nutrizionale nell'oncologia non ospedaliera: ESPEN (Arends et al, 2006)

Soggetto	Raccomandazione
Perioperativo	I pazienti con grave rischio nutrizionale beneficiano di un supporto nutrizionale 10.14 giorni prima dell'intervento, anche se l'intervento dovesse essere rimandato.
Perioperativo	Usare alimentazione enterale pre-operatoria preferibilmente con substrati immuno modulati per 5-7 giorni per tutti i pazienti che devono sottoporsi ad un intervento addominale indipendentemente dal loro stato di salute
Durante la radio terapia o radio-chemioterapia	Usare consulenza dietetica intensiva e integratori alimentari orali per aumentare l'apporto dietetico e prevenire il calo di peso associato alla terapia e all'interruzione della terapia di radiazioni
Applicazione	Preferibile la via enterale, se fattibile
Drug treatment	Steroidi o progestinici sono raccomandati per i pazienti cachettici per stimolare l'appetito, modulare sconvolgimenti metabolici e prevenire danni nella qualità della vita

Come gestire la malnutrizione?

Una volta diagnosticata, la malnutrizione deve essere pianificata congiuntamente con il trattamento del cancro, ricordando alcune considerazioni. Gli studi hanno dimostrato che i sintomi dei pazienti – soprattutto quando il malato ne manifesta più di uno – sono strettamente legati al ridotto apporto di cibo e al calo di peso. L'approccio olistico al paziente deve identificare i fattori che possono essere gestiti con una cura appropriata e un intervento che alla fine potrebbe aiutare a favorire un adeguato apporto di cibo.

Il piano di trattamento per il malato terminale può continuare per mesi, spesso usando insieme o di seguito diversi tipi di trattamento. È necessario guardare avanti e anticipare i problemi futuri per poter pianificare efficacemente l'alimentazione. Ad esempio, considerare l'alimentazione enterale via tubo per i malati che si stanno

sottoponendo a radioterapia della testa e del collo e l'alimentazione pre-operatoria per il malato terminale denutrito.

Vanno prese in considerazione anche l'interazione del supporto nutrizionale con la cura e i periodi vulnerabili del malato. La tempistica dell'esecuzione di una gastrostomia può dipendere dalla durata della chemioterapia e dal momento in cui il malato è più vulnerabile alle infezioni.

Il supporto alimentare dovrebbe essere eseguito preferibilmente per via enterale, usando dove possibile il tratto gastrointestinale. L'alimentazione parenterale dovrebbe essere riservata a quei malati che non hanno un tratto gastrointestinale funzionante, come è stato mostrato, per causare meno rischi al malato, soprattutto in termini di infezione. L'approccio iniziale è di fornire una consulenza dietologica e integratori alimentari orali nei pazienti con ridotto apporto di cibo. L'alimentazione enterale di routine è indicata durante la radioterapia, la chemioterapia o il trapianto di cellule staminali, anche se questo metodo potrebbe essere preso in considerazione qualora il malato stia perdendo peso oppure abbia un ridotto apporto di cibo che non può essere gestito esclusivamente con una dieta orale o con integratori (Arends et al, 2006).

Metodi per il supporto nutrizionale

- supporto nutrizionale per via orale – consigli sulla scelta dei cibi, sugli orari dei pasti, su snacks aggiuntivi e/o cibi centellinati
- alimentazione enterale – l'erogazione di un cibo completamente nutriente direttamente nell'intestino tramite un tubo, compresa l'alimentazione nasogastrica, nasoduodenale, gastrostomia, duodenostomia
- alimentazione parenterale – erogazione enterovenosa di nutrimento.

Quali prospettive per il futuro?

Ci sono ancora molti problemi irrisolti in questo campo. C'è stato interesse per particolari nutrimenti che possono influenzare i cambiamenti metabolici nella cachessia del cancro e nei nutrienti immuno-modulanti che possono modificare le capacità del malato di combattere le infezioni. Questi interventi sono affascinanti ma è chiaro che abbiamo urgente bisogno di indirizzare la richiesta basilare di controllare i malati e indirizzare i loro bisogni nutrizionali di base. Studi sullo screening per la malnutrizione e la conseguente valutazione e gestione dimostrano che troppo spesso tutti abbiamo sbagliato nell'identificare il malato che necessita aiuto, supporto e consiglio. Con l'aumento della popolazione obesa in Europa potremmo correre il rischio di non identificare i malati che stanno perdendo peso e richiedono un aiuto nutrizionale.

Sappiamo che i malati terminali sono ad alto rischio per i problemi legati all'alimentazione, pertanto è una priorità urgente rivolgerci in questa direzione, così che l'alimentazione di routine diventi parte integrante del programma di cura del malato.

Bibliografia

- Andreyev HJ, Norman AR, Oates J, Cunningham D. Why do patients with weight loss have a worse outcome when undergoing chemotherapy for gastrointestinal malignancies? *European Journal of Cancer* 1998; 34 (4): 503-9.
- Arends J, Bodoky G, Bozzetti F et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition: non-surgical oncology. *Clinical Nutrition* 2006; 25: 245-259.
- Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition* 2003; 22 (4): 415-421.
- McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital *BMJ* 2004; 308: 945-948.
- NICE. National Collaborating Centre for Acute Care, February 2006. Nutrition support in adults Oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. National Collaborating Centre for Acute Care, London. 2006; Available from www.rcseng.ac.uk.
- Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Marquest VP, Camilo ME. Impact of nutrition on outcome: a prospective randomised controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. *Head and Neck* 2005; 27 (8): 659-668.
- Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. CABI Publishing, Oxon, UK, 2003.

Malnutrizione e cachessia nei pazienti oncologici:

alcune osservazioni

Jan Foubert

L'incidenza della cachessia nei pazienti con cancro è stata riportata da Warren sin dal 1932. In una serie di 500 autopsie di pazienti oncologici, questo ricercatore riporta la cachessia come l'immediata causa di morte nel 23% dei pazienti (Warren, 1932). Warren definisce la cachessia come una malattia caratterizzata da progressivo dimagrimento e debolezza, accompagnata da anemia ingravescente.

La maggior parte dei pazienti con cancro ha già esperienza della perdita di peso precedentemente alla diagnosi. L'incidenza globale della malnutrizione durante il corso della malattia va dal 30% al 90% e non dipende solo da tipo, luogo, grado, ambiente ed espansione del tumore ma anche da trattamento anticancro, età, genere e predisposizione individuale (Laviano e Meguid, 1996; Palomares et al, 1996; Nitenberg e Raynard, 2000). Durante il corso del cancro, una perdita di peso superiore del 10% rispetto a prima della malattia può avvenire nel 45% dei pazienti con cancro (Bozzetti, 2001; Bosaeus et al, 2001). I pazienti con cancro pancreatico o gastrico sembrano avere un'incidenza alta della perdita di peso. Wigmore (1997) osserva proprio che, al momento della diagnosi, tutti i pazienti con cancro pancreatico circoscritto ha perduto peso e il 35% di loro ha un BMI < 20.

I pazienti con cancro alla testa e al collo sono frequentemente affetti da malnutrizione. Per Lees (1999), il 57% dei pazienti con cancro a testa o collo ha perso peso prima di cominciare la cura. Hammerlid e collaboratori (1998) stimano che il 51% dei pazienti con cancro alla testa e al collo sono malnutriti. In uno studio di Magné et al. (2001), il 32% dei pazienti con cancro avanzato di testa e collo, sottoposti alla chemioterapia e alla radioterapia sono malnutriti (BMI < 20). Collins et al. (1999) riportano che il 13% dei pazienti con carcinoma alla laringe sono malnutriti alla prima visita (BMI < 20) e il 26% dei pazienti si lamenta di una perdita di peso (mediamente del 5,35%). Durante la radioterapia il 49% ha una perdita di peso documentata (mediamente del 6,4%), con il 13,3% dei pazienti che perdono più del 10% del proprio peso durante il trattamento. Il BMI alla fine della cura fu significativamente più basso che alla presentazione (nonostante i consigli dietetici e/o i supplementi orali). In un recente studio di Daly et al. (2000), il 57% dei pazienti con cancro all'esofago ha riportato una perdita di peso. Infine, la perdita media di peso nei pazienti disfagici con cancro all'esofago prima del normale supporto nutrizionale è stata del 18,8% (Bozzetti et al, 1998).

È stata riportata all'esperienza una perdita di peso mediana dell'8% durante il trattamento nei pazienti con leucemia acuta, con un terzo dei pazienti che perdono più del 10% del peso corporeo (Ollenschläger et al, 1992). L'incidenza di malnutrizione in pazienti oncologici pediatrici è leggermente peggiore e il range va dal 5% al 30% alla diagnosi e oltre il 50% durante la terapia (Smith et al, 1990,1991; Kurugöl et al, 1997; Reilly et al, 1999; Pietsch & Ford, 2000; Yaris et al, 2002).

I pazienti con cachessia da cancro fanno esperienza di una profonda perdita di tessuto e massa corporea magra. La nostra comprensione dell'eziologia di cachessia da cancro è ancora piuttosto limitata. Si pensa che malnutrizione e cachessia intervengano attraverso una varietà di meccanismi che hanno a che fare con il tumore stesso e il suo trattamento. Sebbene l'anoressia sia comune, un introito diminuito di cibo non basta a spiegare i cambiamenti nella composizione del corpo visti nei pazienti oncologici e dovuti ai fattori seguenti:

- la cachessia comporta una depressione massiva di muscolo scheletrico che non si verifica nell'anoressia.
- l'introito crescente di nutrienti non basta a invertire del tutto la sindrome di perdita.

- la cachessia può verificarsi senza anoressia.
- l'introito di cibo potrebbe essere normale per il peso in calo del paziente con cancro.
- gli integratori (tipo acetato magestrolo) non migliorano di molto la massa corporea. (Tisdale, 1999, 2001).

Sebbene la spesa energetica sia aumentata in alcuni pazienti, la cachessia può intervenire anche con una spesa energetica normale. Si crede che vari fattori agiscano come mediatori di anoressia e disturbi metabolici in pazienti con cancro. Questi includono citochine proinfiammatorie, fattore α di necrosi tumorale (TNF- α), interleuchina 1 (IL-1), interleuchina 6 (IL-6), interferone γ (IFN- γ) e fattori derivati dal tumore come il fattore di mobilizzazione dei lipidi (LMF) e delle proteine (PMF) che possono direttamente mobilizzare acidi grassi e amminoacidi, rispettivamente dal tessuto adiposo e muscolo-scheletrico (Tisdale, 1999).

L'introduzione di cibo è spesso ridotta nei pazienti oncologici a causa di un numero di fattori, associati alla malattia e al trattamento, che include anoressia, alterazioni nel gusto e nell'olfatto, nausea, vomito, dolore, effetti locali del tumore, fattori psicologici ed effetti collaterali della terapia (Tab. 1).

Tabella 1: Effetti dei trattamenti che contribuiscono a ridurre l'assunzione di cibo.

Fattori contribuenti a diminuire l'assunzione di nutrienti	Effetti della chirurgia	Effetti della chemioterapia	Effetti della radioterapia
<i>Generali</i>			
Anoressia		✓	✓
Stanchezza	✓	✓	✓
Gusto e olfatto alterati	✓	✓	✓
Sazietà precoce	✓	✓	
<i>Apparato gastrointestinale superiore</i>			
Stomatite		✓	✓
Esofagite		✓	✓
Xerostomia		✓	✓
Disfagia	✓		✓
Odinofagia	✓		✓
Restringimenti	✓		✓
Fibrosi			✓
Fistole			✓
Enterite		✓	✓
Malassorbimento	✓	✓	✓
<i>Apparato gastrointestinale inferiore</i>			
Colite			✓
Diarrea		✓	✓
Restringimenti/ostruzioni	✓	✓	✓
Fistole	✓		✓

Adattato da: Rivadeneira et al, 1998; Mutlu & Mobarhan, 2000; Fearon, 2001.

La perdita di peso è la maggior causa di morbidità e di mortalità nel cancro avanzato (Warren, 1932; DeWys et al, 1980; Ovesen et al, 1993). La progressiva perdita di peso è una caratteristica comune di molti tipi di cancro ed è associata non solo a una povera qualità di vita e scarsa risposta alla chemioterapia, ma anche a un tempo di sopravvivenza più breve di quello trovato tra i pazienti con tumori paragonabili senza perdita di peso (Tisdale, 1999).

Gli effetti riportati della malnutrizione da malattia nei pazienti oncologici adulti includono:

- Minore qualità di vita (minore benessere generale, ruolo sociale impoverito, bassa aspettativa/serenità) (Ovesen et al, 1993; Andreyev et al, 1998);
- Ridotta risposta alla chemioterapia (DeWys et al, 1980; Andreyev et al, 1998);
- Aumento del rischio di tossicità da chemioterapia (Rickard et al, 1983; Andreyev et al, 1998);
- Aumento del rischio di complicanze postoperatorie (Meguid et al, 1986; van Bockhorst et al, 1997; Jagoe et al, 2001);
- Capacità funzionale ridotta (DeWys et al, 1980; Andreyev et al, 1998; Barber et al, 1999);
- Funzione muscolare ridotta (Zeiderman & McMahon, 1989);
- Degenza ospedaliera più lunga (Robinson et al, 1987; Shaw-Stiffel et al, 1993; Edington et al, 2000; Braunschweig et al, 2000);
- Numero superiore di prescrizioni e consulenze (Edington et al, 1999);
- Costi più elevati (Braunschweig et al, 2000);
- Mortalità più alta, specie nei pazienti con cancro gastrointestinale (Meguid et al, 1986; Rey-Ferro et al, 1997; Persson et al, 1999) e in quelli sottoposti a trapianto di midollo osseo (Deeg et al, 1995; Dickson et al, 1999);
- Aspettativa di vita inferiore (DeWys et al, 1980; Rickard et al, 1983; Andreyev et al, 1998; Gogos et al, 1998; van Bockhorst et al, 1999).

Un importante studio sulle conseguenze della malnutrizione fu condotto da Andreyev et al (1998). Questi ricercatori intrapresero uno studio retrospettivo per scoprire se la perdita di peso alla prima visita

influenzasse il risultato dei pazienti che stavano per sottoporsi a chemioterapia per carcinoma gastrointestinale. In 1555 pazienti trattati per oltre 6 anni, una perdita di peso alla prima visita è stata riportata più comunemente tra gli uomini che tra le donne. Anche se i pazienti con peso ridotto hanno ricevuto inizialmente dosi più basse di chemioterapia, essi hanno sviluppato una tossicità limitante la dose più frequente e più severa rispetto a quelli senza perdita di peso. Conseguentemente, i pazienti con perdita di peso hanno ricevuto, mediamente, un trattamento di un mese di meno. La perdita di peso è correlata con sopravvivenza più breve, minore risposta al trattamento, minore qualità di vita e prestazioni compromesse.

Nonostante l'incidenza della cachessia continuamente decresca, la malnutrizione e la perdita di peso continuano a influire sul benessere psico-fisico di molti pazienti oncologici. La ricerca clinica in quest'area ha identificato fattori multipli che contribuiscono all'insorgere della malnutrizione e ha identificato le conseguenze di uno stato nutrizionale povero nei pazienti oncologici. Una ricerca più collaborativa è necessaria per individuare interventi basati sull'evidenza e a valutare risultati clinici per fare veramente la differenza nel benessere dei pazienti oncologici.

Le informazioni presentate in questo articolo sono basate su:

Anorexia, Cachexia and Malnutrition, Chapter 29, Foubert J. and Molassiotis A. In Nursing patients with cancer, principles and practice, 2006, edited by Kearny N. and Richardson A.

Lo screening dello stato nutrizionale da parte degli infermieri

Jean K. Brown, PhD, RN, FAAN, Professor, University at Buffalo, The State University of New York

Gli Infermieri si trovano in prima linea nell'assistenza ai malati di cancro e spesso sono i primi operatori che forniscono assistenza e che valutano i problemi dei pazienti affetti da cancro, compreso lo stato nutrizionale. Gli infermieri dovrebbero valutare lo stato nutrizionale di tutti i pazienti oncologici, identificando coloro che hanno problemi nutrizionali oppure corrono il rischio di svilupparli. Lo scopo di questo articolo è di discutere l'impatto della malnutrizione sui pazienti affetti da cancro, descrivere indicatori di valutazione nutrizionali e uno studio che ha esaminato i criteri di valutazione della malnutrizione.

Impatto della malnutrizione tra i pazienti oncologici.

I ricercatori hanno riferito che la malnutrizione relativa al cancro è associata con una ridotta qualità di vita, una morbidità più alta, una sopravvivenza diminuita e un aumento del costo dell'assistenza. Inoltre, che man mano l'assunzione di cibo diminuiva e calava il peso nei pazienti oncologici, le dimensioni funzionali, psicologiche e sociali per la qualità di vita diminuivano. I pazienti oncologici hanno anche una ridotta energia che si traduce in difficoltà motorie nello svolgere i compiti casalinghi, interferisce con le attività lavorative, conduce a una minore attività fisica e a una ridotta abilità nel salire piani di scale e alla difficoltà nel percorrere distanze più lunghe. Le funzioni sociali, l'aspetto della persona e lo stato psicologico erano significativamente più bassi in coloro che avevano perso peso corporeo piuttosto che in quelli che non erano scesi di peso, però ci sono dati non concordanti per quanto riguarda questo studio. Diversi studi hanno associato la malnutrizione a un aumento del 70% nel rischio di morbidità, del 40% nella mortalità e un raddoppio del periodo di degenza ospedaliera, oltre che a un raddoppio delle cure assistenziali. La malnutrizione presentava l'indice di predizione più significativo per quanto riguardava la lunghezza dei tempi di permanenza in ospedale e le ulteriori spese ospedaliere. È chiaro che la malnutrizione e la perdita di peso sono collegati a una ridotta qualità di vita, a incremento di complicazioni, sopravvivenza ridotta e aumento del costo dell'assistenza sanitaria. L'aumento di peso rappresenta un ulteriore grave problema nutrizionale specialmente nelle pazienti affette da cancro del seno che ricevono un trattamento a base

di chemioterapici e tamoxifene. La ricerca ha evidenziato forti legami tra l'obesità come fattore di rischio significativo di cancro del seno ed una riduzione dei tempi di sopravvivenza. L'obesità è associata con il 50% di aumento del rischio di ricorrenza e dal 40%-70% di rischio dell'aumento di mortalità. Così la misura del rischio associata all'aumento del peso e l'obesità è un fattore fondamentalmente significativo per molte donne affette da cancro del seno anche se un aumento di peso è un fenomeno comune dopo il trattamento di questa patologia.

Indicatori per uno screening nutrizionale.

Lo scopo dello screening nutrizionale è quello di identificare i pazienti a rischio di incorrere in problemi nutrizionali. Basandoci su questa valutazione i problemi nutrizionali possono essere prevenuti oppure trattati nelle prime fasi della malattia e i piani di cura possono essere modificati in modo da minimizzare l'impatto sullo stato nutrizionale. Gli indicatori di valutazione nutrizionali includono cambiamenti nel peso, nell'assunzione di cibo, sintomi che influenzano lo stato nutrizionale, lo stato funzionale, i risultati di esami fisici e problemi nutrizionali futuri.

- Cambiamenti di peso. Peso e altezza forniscono una valutazione eccellente per quanto riguarda lo stato nutrizionale e la costituzione corporea: il mutamento di peso in percentuale nel corso del tempo rappresenta un indicatore globale eccellente dello stato nutrizionale. Il peso e l'altezza sono utilizzati per calcolare l'indice di massa corporea (conosciuto anche come l'indice di Quetelet), il metodo più usato per valutare la costituzione e il volume del corpo. L'indice di massa corporea (BMI) può essere calcolato così come segue: $BMI = kg:h^2$. Nomogrammi, software e tabelle possono essere di aiuto per calcolare rapidamente il BMI. Il BMI è interpretato come il peso di una persona sana (da 18.5 a 24.9), troppo magra (< 18.5), sovrappeso (da 25 a 29.9), obesa (≥ 30). Il mutamento percentuale di peso viene calcolato così (peso passato - peso corrente) : peso passato X 100. Una perdita di peso pari al 10% in 6 mesi è considerata grave.
- Assunzione di cibo. La valutazione dell'assunzione di cibo procede parallelamente alla valutazione della variazione del peso. Se il peso del paziente è stabile va bene. Se il paziente ha perso o guadagnato

peso è necessaria una valutazione dettagliata. Un esame dello schema dietetico delle 24 ore, una registrazione multipla nel corso della giornata (di solito 3 giorni), l'osservazione diretta e questionari sull'assunzione del cibo sono dei metodi utilizzati per la valutazione. Utilizzando questo metodo l'infermiere capirà ciò che il paziente ha assunto nel corso del giorno e se l'assunzione è stata normale. Se non è normale vengono esaminate le differenze tra ciò che viene normalmente assunto e lo schema. Quando l'assunzione di cibo è inferiore al solito e il peso è in calo, il paziente può essere a rischio totale. L'assunzione di cibo inferiore alle richieste energetiche basali di 1.5 volte e una grave perdita di peso possono essere indicatori di cachessia. Un aumento di peso rispetto a un peso standard rappresenta un'ulteriore preoccupazione nei malati affetti da cancro perché può aumentare il rischio di ricorrenza o altre malattie.

- Sintomi che influenzano lo stato nutrizionale. Lo stato nutrizionale è influenzato da sintomi correlati al cancro e dagli effetti collaterali dei trattamenti. L'anoressia è spesso associata con problemi nutrizionali, ma difficoltà di inghiottire, fiato corto, dolore, bocca secca, piaghe della bocca, nausea, vomito, diarrea, costipazione, stanchezza, depressione e infezioni possono influenzare l'assunzione di cibo, il consumo di energia e lo stato nutrizionale globale. Molti di questi sintomi possono contribuire a una diminuita assunzione calorica, laddove altri come l'infezione e le piaghe della bocca possono aumentare la richiesta di energia da parte dell'organismo. La gravità e il numero dei sintomi sono direttamente collegati al rischio nutrizionale.
- Stato funzionale. Sembra che la perdita di peso contribuisca a un diminuito stato funzionale dei pazienti affetti da cancro, così come un diminuito stato funzionale che si riscontra spesso nei pazienti anziani può contribuire ad uno scarso stato nutrizionale. Ci sono diverse scale che possono essere usate per tale valutazione, come la World Health Organization Performance Scale, la Karnofsky Performance Scale, e l'Eastern Cooperative Oncology Group Performance Scale.
- Esame fisico I problemi delle mucose orali, delle gengive e dei denti o di supporti dentali sono indicatori di problemi potenziali o di problemi che si sono già presentati riguardo all'assunzione di cibo. Inoltre, anche il grasso corporeo, la perdita di muscoli e degli stati fluidi si dovrebbero valutare. La perdita di muscolatura e di tonicità della pelle di spalle, tricipiti, petto e mani sono indicatori di perdita di grasso sottocutaneo. La perdita di muscolatura del quadricipite e del deltoide è un indicatore di spreco muscolare. Le tempie affossate con evidenziazione delle linee del cranio sono un indicatore di un grave spreco muscolare. Edema e ascite sono indicatori di uno stato alterato dei fluidi.
- Problemi nutrizionali futuri. Gli infermieri, nella valutazione dei pazienti dovrebbero considerare il rischio dei problemi nutrizionali futuri. Sia le caratteristiche cliniche che personali del paziente dovrebbero essere prese in esame. Clinicamente, gli infermieri dovrebbero chiedere quali sono le implicazioni nutrizionali dei trattamenti che sono stati pianificati per il paziente in vista anche dei sintomi che compariranno durante la malattia. Sono problemi temporanei o permanenti? Per esempio, pazienti con cancro a testa e collo, cui è stato rimosso chirurgicamente il tumore, possono avere dei problemi a lungo termine per quanto riguarda la masticazione e la deglutizione. Laddove i pazienti affetti da cancro ai polmoni sono stati sottoposti a radioterapia sul torace, avranno difficoltà nell'inghiottire a causa di esofagiti. Inoltre la distruzione delle cellule, causata dal trattamento radioterapico, l'eliminazione dei prodotti di scarto collegati e la guarigione dei tessuti richiedono un maggior apporto metabolico. L'uso di nicotina, il sesso e l'età sono caratteristiche personali che sono associate ai problemi nutrizionali collegati al cancro. L'uso di nicotina aumenta il tasso metabolico e la richiesta di calorie necessarie per mantenere il peso. La maggior parte degli uomini ha maggiori esigenze caloriche rispetto alle donne, mentre gli anziani hanno spesso comportamenti nutrizionali scorretti che possono influenzare l'assunzione di cibo durante il trattamento. Così, la valutazione clinica del rischio dovrebbe includere l'impatto nutrizionale degli effetti cellulari del trattamento chemioterapico, gli effetti collaterali sistemici, la previsione dei sintomi della malattia, l'uso di nicotina, il sesso e l'età.

I risultati di questa valutazione nutrizionale dovrebbero essere realizzati per determinare se il paziente si trova a rischio nutrizionale e quindi richiedere una valutazione nutrizionale globale. I pazienti con BMI <

18.5 o che hanno avuto una perdita di peso $\geq 10\%$ nel corso degli ultimi 6 mesi, un'assunzione diminuita di cibo, un gran numero di sintomi collegati al cancro e al trattamento chemioterapico e agli effetti collaterali che potrebbero influenzare lo stato nutrizionale, una scarsa funzionalità, l'esame fisico del paziente o problemi nutrizionali che si presenteranno in futuro dovrebbero essere esaminati da un dietologo per una valutazione razionale globale. Poiché la valutazione nutrizionale globale include una serie di indicatori di valutazione, è importante poter disporre di un approccio sistematico ed efficace. Sono disponibili diversi moduli di valutazione nutrizionale nella letteratura clinica. In modo da facilitare le valutazioni opzionali i pazienti potrebbero compilare parte di questi moduli durante il tempo di attesa e quindi gli operatori sanitari potranno aggiungere le loro osservazioni e discutere la valutazione globale con i pazienti stessi.

La qualità dell'accertamento nutrizionale

È stato condotto uno studio retrospettivo che confrontava le differenze cliniche tra le diagnosi di malnutrizione da parte di medici e dietisti e degli indici di valutazione. Sono stati raccolti dati per la valutazione medica riguardanti 288 pazienti ricoverati per cancro ai polmoni (39%), gastrointestinale (45%), testa e collo (16%) in un centro di cura per il cancro di Buffalo, NY. Le diagnosi dei medici sono state eseguite secondo codici ICD-9 260-263.9, e i dietisti hanno valutato i pazienti come adeguato, a rischio, compromesso. È stato usato l'indice di portata di massa (BMI); Swails et al utilizza un metodo dove vengono tenuti in considerazione il cambiamento di peso, la percentuale del peso corporeo ideale e l'albumina; congiuntamente al metodo descritto nel Manual of Clinical Dietetics che usa gli indicatori di Swails più la transferrina. Il campione era rappresentato da un 56% di maschi con una media di età di 63 anni (SD=13.5). La prevalenza della malnutrizione variava dal 6% secondo le diagnosi mediche al 51% secondo il Manual of Clinical Dietetics. L'indice BMI ha permesso di individuare l'11% di casi di malnutrizione, gli indicatori di Swails hanno identificato il 21% dei casi di malnutrizione e i dietisti hanno diagnosticato il 27% di casi di malnutrizione. Sono apparse enormi differenze nelle valutazioni degli indici di malnutrizione studiati e nessun approccio standard è stato concordato. È necessario quindi trovare un accordo per quanto riguarda gli indicatori per la valutazione nutrizionale e successivamente applicare tale indice concordato nella pratica clinica.

Conclusioni

Lo screening nutrizionale è assolutamente fondamentale per identificare i pazienti affetti da cancro con problemi nutrizionali così come coloro che sono a rischio di problemi nutrizionali futuri. La valutazione che usa solo gli indicatori antropometrici e gli indicatori fisiologici non permette di stabilire delle diagnosi consistenti di malnutrizione. Quindi, la valutazione nutrizionale deve includere: assunzione del cibo, sintomi che influenzano lo stato nutrizionale, stato funzionale, risultati dell'esame fisico e previsione dei problemi nutrizionali.

References

- Chicago Dietetic Association, South Suburban Dietetic Association, Dietitians of Canada: Manual of clinical dietetics developed by the Chicago Dietetic Association, The South Suburban Dietetic Association, Dietitians of Canada. 6th ed. Chicago: American Dietetic Association, 2000.
- Lee RD; and Nieman, D.C. Nutritional Assessment, 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 2003.
- McMahon K, Brown, JK: Nutritional screening, assessment, and planning for patients receiving cancer treatment, Seminars in Oncology Nursing, 16, 106-112, 2000.
- McMahon K, Decker G, Ottery FD: Integrating proactive nutritional assessment in clinical practices to prevent complications and cost. Seminars in Oncology, 25 (Suppl 6), 20-27, 1998.
- Swails WS, Queen Samour P, Babineau TJ, Bistrain BR: A proposed revision of current ICD-9-CM malnutrition code definitions. Journal of the American Dietetic Association, 96, 370-373, 1996.



Il Consiglio Consultivo si incontra per il futuro di EONS

Carol Krcmar

A settembre, il Consiglio Consultivo si è incontrato col Comitato Esecutivo per discutere e pianificare le attività EONS all'ordine del giorno per il prossimo anno. In questo modo, l'esecutivo EONS sarà in grado di concentrare le proprie risorse nelle attività e nei piani strategici che meglio rispondono ai bisogni degli iscritti promuovendo, come identificato dal Consiglio Consultivo, i piani strategici "CARE" (Communication, political Agenda, Research, Education).

20 infermieri rappresentanti 19 Paesi europei hanno partecipato per due giorni all'incontro. Molti vi partecipavano per la prima volta e i colleghi con maggiore esperienza sono stati pronti a facilitare i principianti e a dare loro supporto affinché partecipassero in modo ottimale ai lavori. Il tono e i tempi degli incontri del Consiglio Consultivo sono sempre moderati, in modo da far sentire a proprio agio tutti e incoraggiare, anche chi è meno uso a esprimersi in inglese, alla discussione.

In primis, è stato presentato il resoconto finanziario. Per il Tesoriere Jan Foubert, il bilancio è attivo soprattutto per i profitti ricavati dalla Spring Convention e per il supporto delle case farmaceutiche ai progetti. Questi fondi permettono a EONS d'intraprendere progetti formativi e di ricerca che difficilmente si potrebbero pianificare con le sole entrate di quote sociali e Conferenze. C'è comunque preoccupazione per un'eventuale restrizione futura di tali fondi. Un rapporto sulle attività di ricerca ha illustrato metodi e risultati dello studio sulle Priorità di Ricerca nel Nursing Oncologico. La prima serie d'informazioni ottenute è stata raccolta attraverso e-mail e questionari somministrati ai partecipanti della Spring Convention. Col metodo Delphi, i partecipanti al Consiglio Consultivo hanno ridotto gli argomenti da 650 a 9 in tre fasi. Il Comitato di Ricerca valuterà il metodo migliore per partire a condurre la ricerca sugli argomenti ritenuti prioritari. Un rapporto più dettagliato su tale studio sarà pubblicato su EJON.

Il Comitato di Ricerca ha stabilito un bilancio preventivo e assegnato fondi per borse di studio sulla ricerca, sul mentoring formativo, sull'istituzione di una rete di ricerca, sulla pubblicazione e diffusione dei risultati e la somministrazione di progetti. EONS farà circolare moduli di richieste per finanziamenti nel Gennaio 2007. Ci sarà un elenco di membri ricercatori per aiutare nelle attività interconnesse gli infermieri applicati nella ricerca, che si conta di lanciare al congresso ECCO. Le borse di studio sponsorizzate da EONS sono aumentate progressivamente negli anni scorsi. In più, EONS elaborerà la richiesta per un riconoscimento alla divulgazione del prodotto TITAN e per borse per la traduzione dei programmi TARGET e TITAN. Ulteriori informazioni e termini di scadenza saranno pubblicate sul sito web EONS.

L'offerta di programmi ad alto livello educativo sono la forza di EONS. Tra loro ricordiamo: la traduzione del curriculum oncologico post base in francese, italiano, spagnolo, olandese e tedesco; lo sviluppo di un curriculum sul paziente oncologico anziano; la concessione di borse di studio per la traduzione dei curricula e accreditamenti a livello formativo. Il Comitato Educativo ha identificato i seguenti progetti futuri a breve termine:

- FACET (Facilitation of Cancer Education and Teaching) – aggiornamento alla formazione per la diffusione dei corsi e offrire ai formatori l'opportunità di condividere esperienze. Inizio: ottobre 2006
- Accrediti – revisione dei moduli di domanda d'iscrizione e costi. Inizio: gennaio 2007.
- Educazione polmonare e respiratoria per professionisti della salute, un progetto formativo elettronico. Inizio: giugno 2007.

I progetti a lungo termine saranno i seguenti:

- Progetto BREATHE – sviluppo di curriculum e materiale formativo. La formazione dei formatori on line sarà sviluppata con le associazioni nazionali.
- Partecipazione alla formazione di infermieri oncologici europei per facilitare gli scambi all'interno dell'Europa per formazione e progetto Erasmus.
- Stabilire un gruppo guida per revisionare e aggiornare i corsi post base.

EONS progredisce costantemente per divenire la voce del nursing oncologico in Europa. La Presidente Y. Wengström partecipa all'European Specialist Nurse Organization (ESNO). ESNO si è radunata per chiarire i propri obiettivi e scopi: le sue attività offriranno maggiori riconoscimenti agli infermieri specialisti a livello europeo ed EONS ne è un membro importante.

Si sono formati piccoli gruppi di lavoro per scambiarsi idee e fornire un input alle direttive per le future attività EONS all'interno della struttura CARE. In breve:

Communication: Si propone di rendere più visibile EONS e le sue attività attraverso, per esempio, lo sviluppo di un "EONS fact sheet" che potrebbe essere distribuito durante le conferenze o inserito nelle newsletter delle organizzazioni nazionali. Un'altra proposta è stata che l'EONS fornisca supporti a eventi nazionali, in modo particolare a quelli i cui obiettivi sono contenuti negli interventi politici e con gli appropriati riconoscimenti alle fonti di sostegno.

political Agenda: Non è stato formato un vero e proprio gruppo per questo aspetto specifico, ma molti suggerimenti provenienti dagli altri gruppi hanno contribuito alla crescita di visibilità del ruolo e dell'importanza dell'infermieristica oncologica e di EONS.

Research: Le attività di ricerca EONS e i suoi membri dovrebbero aver ricevuto grande visibilità attraverso, per esempio, la pubblicazione su giornali ad alto impatto. I ricercatori e i risultati di ricerche necessitano di essere immessi in rete per facilitare più collaborazione nella conduzione degli studi e semplificare l'accesso ai risultati che poi potranno essere implementati nella pratica. Il gruppo ha identificato i criteri per selezionare i destinatari delle borse sponsorizzate da EONS per condurre la ricerca. Tra questi: essere membro di una società oncologica nazionale o membro EONS, avere ottenuto un master o l'equivalente, avere provata esperienza di ricerca, anche piccola. Alla ricerca dovrà partecipare un "PhD"; l'argomento da investigare dovrà riguardare l'infermieristica oncologica; il supporto finanziario sarà strettamente monitorato e il ricevente ne sarà ritenuto responsabile.

Education: La priorità è favorire e incrementare le iniziative esistenti mediante la traduzione del materiale esistente. È stato proposto lo sviluppo di un libro di testo elettronico così come giornate formative sponsorizzate dalle associazioni nazionali e supportate da finanziamenti EONS. Sono state proposte più attività di mentoring e networking, specialmente quelle che supportano la collaborazione tra infermieri accademici e clinici.

Il risultato dei due giorni di riunione è stato molto positivo. Come EONS è arrivata a riconoscere i bisogni degli infermieri europei che lavorano in oncologia, così il legame che associa questi infermieri è diventato più stretto attraverso la collaborazione. Il prossimo incontro del Consiglio Consultivo si terrà il 5 e il 6 maggio 2007.



IBCM

1st Interconference Breast Cancer Meeting

19 - 22 April 2007
National Assembly Sarajevo

Chair J. Jassem, PL (EBCC)
Co-Chair H. Basič, BA (ESO)
G. Mastruk, UA (Europa Donna)
Y. Wengström, SE (EONS)
Host Chair S. Beslija, BA (Sarajevo)



Argomenti di nutrizione nel paziente critico

Alys de Jabrun, Guy's and St Thomas' Hospital NHS Foundation Trust

Introduzione

La nutrizione del paziente critico è stata una questione molto dibattuta in passato. Le evidenze che confermano il bisogno clinico di fornire un supporto nutrizionale ai malati in fase acuta, hanno tuttavia decisamente stimolato questo argomento. I pazienti nelle unità di cure intensive (ICU) sono ad alto rischio di essere o diventare malnutriti in una percentuale a quanto pare prossima al 40% e associata con aumento della morbilità a mortalità (1). L'associazione tra malnutrizione e danno della funzione immunitaria provoca danno ai muscoli respiratori che sfocia in un prolungamento della dipendenza ventilatoria e l'aumento delle complicanze infettive risulta ora ben definito (2).

Questo documento farà luce sui benefici del supporto nutrizionale, in particolare sulla nutrizione enterale, nell'ambito delle cure intensive e discuterà le linee guida basate sull'evidenza attualmente disponibili.

Cure intensive e risposta metabolica allo stress

Il corpo umano reagisce sia distrettualmente che sistemicamente alle maggiori e minori aggressioni esterne. La reazione distrettuale è importata per la guarigione e la protezione contro le infezioni e provoca la liberazione dei mediatori del processo infiammatorio (es. prostaglandine, interleukine e istamina) e delle cellule vascolari endoteliali. La reazione generalizzata o "risposta allo stress" evolve in reazioni endocrine e biochimiche diffuse che sono determinate dalla severità, intensità e durata dell'agente stressante.

Il corpo dà una significativa risposta metabolica alle aggressioni esterne che includono:

- Cambiamenti nella produzione e nella richiesta energetica
- Catabolismo preferenziale di glucosio circolante, riserve di grasso e proteine;
- Anoressia che conseguentemente limita il consumo nutrizionale;
- Riduzione dell'assorbimento intestinale derivante da una diminuzione della perfusione;
- Ritenzione di sodio e fluidi in seguito a influenze ormonali e stress ossidativo;
- Iperpiressia e presenza di infezioni;
- Produzione di cellule immunitarie e di proteine di fase acuta (3).

Se il paziente sopravvive all'aggressione iniziale o allo shock, egli può conseguentemente sviluppare una risposta antinfiammatoria sistemica (SIRS), una progressiva sindrome di disfunzione multiorgano (MODS), oppure una fase di recupero dall'aggressione.

In contrasto alla risposta metabolica alla fame che sfocia in un calo ponderale, nelle fasi critiche di malattia le proteine vengono disgregate e le riserve di grasso intaccate portando a una perdita di peso accelerata. La previsione di un precoce supporto nutrizionale nelle fasi critiche è vitale per evitare ulteriori complicazioni e fornire energia sufficiente a risparmiare la perdita di proteine.

Supporto nutrizivo nelle cure intensive

Quando dovrebbe essere dato il supporto nutrizivo?

Il supporto nutrizivo ai pazienti critici fornisce numerosi benefici: migliora la guarigione delle ferite, limita la reazione catabolica all'aggressione, migliora la funzione gastrointestinale e migliora i risultati clinici. È probabile che lo stato di denutrizione avvenga durante i trattamenti intensivi (ICU) per la natura catabolica della malattia e il conseguente consumo delle riserve.

La via da preferire per il supporto nutrizivo è la nutrizione enterale (EN) e dovrebbe essere fornita a tutti i pazienti in fase critica di malattia che non sono in grado di sostenere pasti completi tre volte al giorno (4). Tuttavia, la discussione su quanto presto cominciare la EN è ancora intensa. Commissioni europee e canadesi hanno recentemente prodotto una guida in



quest'area e sono d'accordo che un adeguato supporto nutritivo dovrebbe essere fornito entro 24-48 ore dall'ammissione in ICU e fino a quando il paziente è emodinamicamente stabile e con il tratto gastrointestinale funzionante (4, 5). Al fine di fornire un adeguato supporto nutrizionale in termini di tempo, guide lineari e protocolli sono stati ricercati e trovati per migliorare la nutrizione e la sopravvivenza in ICU (6).

Quale via dovrebbe essere usata?

Una volta che la decisione di fornire supporto nutritivo è presa, la successiva importante domanda è come farlo. Dobbiamo somministrare direttamente nello stomaco attraverso una sonda naso-gastrica o dovremmo tentare la somministrazione post pilorica nel digiuno, dietro al legamento di Trietz, usando una sonda naso-digiunale? Sia le linee guida europee (ESPEN) che canadesi discutono il potenziale beneficio della somministrazione nel piccolo intestino perché si riduce il rischio di aspirazione polmonare. Comunque, date le difficoltà logistiche e pratiche di effettuare un accesso post pilorico, questa via di somministrazione non è stata ampiamente raccomandata come pratica standard e la via naso-gastrica è la norma. Se i pazienti diventano intolleranti alla somministrazione naso-gastrica entrambe le linee guida dicono che dovrebbe essere preferita la somministrazione digiunale (4, 5).

Quanto supporto nutrizivo dovrebbe essere fornito?

Vi sono differenti opinioni se un supporto nutrizionale aggressivo debba essere iniziato per aiutare ad invertire gli effetti del catabolismo. Numerosi studi hanno mostrato che una nutrizione forzata non previene la diminuzione della massa muscolare a lungo termine (7, 8). Un gruppo di ricerca ha scoperto che i pazienti con scompenso d'organi multiplo perdono il 12.5% del loro patrimonio proteico malgrado 10 giorni di nutrizione (9). Un apporto ipocalorico nei pazienti critici sembra apportare alcuni benefici; tuttavia questo approccio dovrebbe essere adottato con precauzione come la definizione di cosa si intende per ipocalorico; Alcuni benefici della nutrizione ipocalorica possono essere: attenuazione delle perdite nella fase catabolica, prevenzione dell'iperglicemia e dell'eccesso di produzione di anidride carbonica. Le linee guida ESPEN 2006 non raccomandano una figura specifica, ma riconoscono che il supporto nutrizivo dovrebbe essere fatto sulla misura della progressione della malattia e sulla tolleranza intestinale. Durante la fase acuta, tuttavia, la fornitura di più 20-25 kcal/kg potrebbe potenzialmente essere dannoso per i pazienti che siano in via di guarigione o in cambiamento di fase, dovrebbero essere somministrate 25-30kcal/kg (4).

Ottimizzazione della EN e controllo dei rischi

Ora che abbiamo deciso per quale via il paziente deve essere nutrito e quanto, abbiamo bisogno di considerare la praticabilità della somministrazione della nutrizione enterale. Può un'alterazione dell'angolo

di posizionamento attraverso cui il paziente è nutrito avere un effetto sulla riuscita? È possibile che agenti procinetici e la mobilitazione migliorino la riuscita? Dovrebbero essere usati dei protocolli per la nutrizione?

I risultati di uno studio che mostrano una significativa riduzione dell'incidenza della ventilazione acquisita polmonare (5% vs. 23%, $p < 0.5$) con la testa del letto a 45° gradi invece che in posizione supina o semisdraiata sono stati una evidenza sufficiente per formulare nel Regno Unito linee guida pratiche (10).

Sia le linee guida ESPEN che le canadesi fanno specifici commenti riguardo la pratica della mobilitazione durante la somministrazione della nutrizione enterale nel paziente in fase critica. Entrambe le linee-guida sono d'accordo che i pazienti che hanno un alto volume di residuo gastrico quando l'infusione è in corso si consideri, come prima linea di trattamento, la somministrazione di metoclopramide. Ci sono dibattiti in corso su quanto significa alto; alcuni dicono 250 ml, altri dicono che l'intolleranza sia oltre i 500 ml. Al momento non ci sono evidenze conclusive per aggiungere un commento definitivo.

Diverse unità di cure intensive in hanno incrementato l'uso di protocolli per la nutrizione per permettere un precoce avvio della somministrazione quando il dietista non è disponibile per dare consigli. Lo studio ACCEPT nel 2004 (6) trovò che i benefici a lungo termine sul paziente sono significativi quando i protocolli vengono usati per l'inizio della nutrizione enterale entro 24 ore dall'inizio delle cure intensive. Inoltre si dimostrò che la durata media della degenza e il tasso di mortalità dei pazienti randomizzati alla nutrizione enterale, usando uno specifico protocollo, erano significativamente ridotti (6). Nell'ambito del supporto nutrizionale nella fase critica di malattia non va data fiducia solo nella EN; il supporto nutrizionale intravenoso è possibile

se l'apparato gastrointestinale non ha una adeguata funzionalità. Ci sono diverse altre considerazioni per i pazienti candidabili al supporto nutritivo per questa via; in ogni caso la chiave di tutto è considerare l'aspetto della nutrizione all'accesso in ICU.

Conclusione

L'intento di questo articolo è stato di fornire sensibilità nella complessità della presa di decisione rispetto al supporto nutritivo nel contesto delle cure intensive. I fattori chiave da ricordare sono di assicurare la nutrizione precocemente e di provvedere ad un adeguato apporto nella giusta maniera per fornire un trattamento individualizzato. I benefici provenienti dal supporto nutrizionale ai pazienti critici allontanano ulteriori rischi.

Bibliografia

1. Giner M, Laviano A, Meguid MM et al. In 1995 a correlation between malnutrition and poor outcomes in critically ill patients still exists. *Nutrition* 1996; 12:23-29.
2. Dark DS, Pingleton SK. Nutrition and nutrition support in critically ill patients. *J Int Care Med* 1993; 8: 16-33.
3. Scott A, Skerratt S, Adam S. *Nutrition for the Critically Ill, A Practical Handbook*, Hodder Headline Group, London, 1998.
4. Kreyman KG, Berger MM, Deutz NEP et al. ESPEN Guidelines on enteral nutrition: Intensive care. *Clinical Nutrition* 2006; 25:210-223.
5. Heyland DK, Dhaliwal R, Drover JW et al. Canadian Clinical Practice Guidelines for Nutrition Support in Mechanically Ventilated, Critically Ill Adult Patients. *JPEN* 2003; 27(5): 355-373.
6. Martin CM, Doig GS, Heyland DK et al. Multicentre, cluster-randomised clinical trial of algorithms for critical-care enteral and parenteral therapy (ACCEPT). *CMAJ* 2004; 170 (2): 179-204.
7. Frankenfield DC, Smith JS, Cooney RNI. Accelerated nitrogen loss after traumatic injury is not attenuated by achievement of energy balance. *JPEN* 1997; 21 (6): 324-9.
8. Shaw JH, Wolfe RR. An integrated analysis of glucose, fat and protein metabolism in the severely traumatised patients. Studies in basal state and the response to total parenteral nutrition. *Ann Surg* 1989; 209 (1): 63-72.
9. Streat SJ, Beddoe AH, Hill GL. Aggressive nutritional support does not prevent protein loss despite fat gain in septic intensive care patients. *J Trauma* 1987; 27 (3): 262-6.
10. Drakulovic MB, Torres A, Bauer TT et al. Supine position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: A randomised trial. *Lancet* 1999; 354: 1851-1858.

Un ampio studio europeo mostra

Lacune critiche nell'educare e comunicare con le pazienti affette da tumore al seno.

Yvonne Wengström, EONS President and Head of Nursing CRU / Dept. of Neurobiology, Care Science and Society, Section for Nursing, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden

La terapia ormonale adiuvante (TOA nelle figure) è utilizzata nel trattamento del tumore alla mammella ormonone-responsivo con l'obiettivo di ridurre il rischio di recidive. In genere, le donne assumono la terapia adiuvante ormonale per cinque anni anche se le evidenze recenti suggeriscono che potrebbe essere vantaggioso estendere la durata del trattamento. Il GAEA (Gathering Information on Adjuvant Endocrine therApy) è un'iniziativa che ha lo scopo di delineare l'esperienza e le conoscenze delle donne sulla terapia adiuvante ormonale, e di sviluppare programmi specifici sui loro bisogni.

Questa iniziativa è il risultato di una collaborazione tra l'European School of Oncology (ESO), l'European Oncology Nursing Society (EONS) e Novartis Oncology. Europa Donna (ED) – l'European Breast Cancer Coalition partecipa all'iniziativa come risorsa per tutelare il paziente. Recentemente, si è costituito un comitato direttivo composto da Yvonne Wengström (EONS), Alberto Costa (ESO) e Susanna Leto (Novartis Oncology, Region Europe) per orientare le attività collegate a questo progetto.

Il progetto GAEA

Il primo passo del progetto GAEA è stata la somministrazione di un questionario con lo scopo di raccogliere informazioni sulle conoscenze delle pazienti con tumore alla mammella sulla terapia adiuvante ormonale e identificare di quale informazioni e di quale supporto necessitassero durante l'assunzione di questi trattamenti. Questa indagine è stata condotta in 9 paesi (Austria, Francia, Germania, Ungheria, Italia, Spagna, Svezia, Svizzera, e Gran Bretagna) che rappresentano aree differenti e di diverse dimensioni d'Europa.



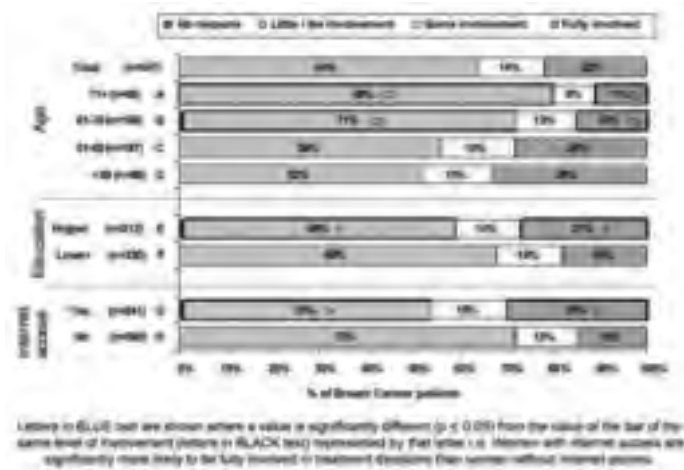
Le donne in post menopausa con tumore alla mammella diagnosticato precocemente in corso di terapia adiuvante ormonale, furono invitate a partecipare a questa indagine. Le donne vennero reclutate attraverso la pubblicità sui media, poster esposti nelle farmacie e nei reparti ospedalieri, ma anche attraverso le organizzazioni collaboranti al progetto GAEA, diversi gruppi Europei di tutela del paziente, e operatori professionali. Un totale di 547 donne parteciparono allo studio e la maggior parte di loro avevano un'età compresa tra 51-70 con il 13% che superava i 71 anni. Meno della metà delle donne possedevano un accesso internet e circa il 40% aveva un livello di istruzione elevato.

I risultati del progetto GAEA

Quasi la metà del campione osservato non era coinvolto in nessun modo nella decisione di intraprendere la terapia adiuvante ormonale. Quasi una donna su quattro era informata sulle differenti opzioni di trattamento ma non era coinvolta nella decisione di iniziare il trattamento ormonale. Circa un quarto delle partecipanti allo studio era completamente, o quasi, coinvolto nella scelta di iniziare la terapia adiuvante ormonale. I risultati dello studio hanno evidenziato

che le donne più giovani, con un livello di studi elevato e con l'accesso ad internet erano molto probabilmente coinvolte più attivamente nel processo decisionale (Figura 1). Al contrario le donne non coinvolte nel processo decisionale erano verosimilmente meno soddisfatte del loro livello di coinvolgimento.

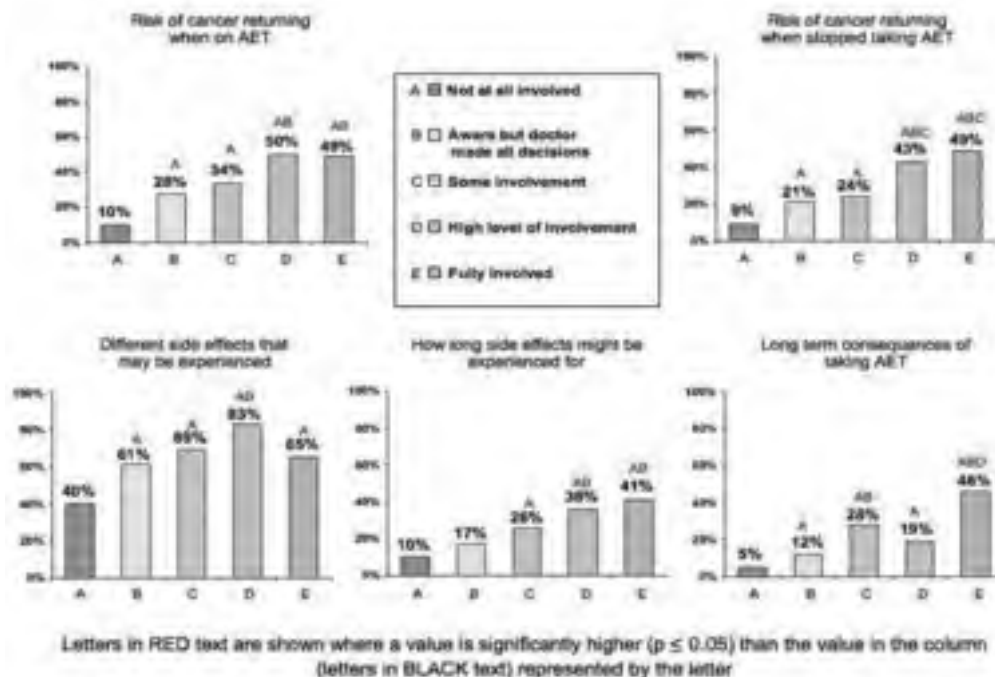
Figura 1: Caratteristiche demografiche e livello di coinvolgimento nella scelta del trattamento.



Nonostante le donne in studio fossero in genere soddisfatte delle informazioni ricevute dagli operatori sanitari, meno della metà avevano ricevuto informazioni sull'attività del trattamento e ancora meno erano informate sulla possibile gravità e durata degli effetti collaterali e sul rischio di recidiva alla sospensione del trattamento adiuvante ormonale. È emerso che le donne più giovani e le donne con la possibilità di accedere ad internet ricevevano più informazioni all'inizio del trattamento rispetto alle donne più anziane o con un livello di istruzione più basso.

Inoltre, le donne che erano più attivamente coinvolte nel processo decisionale ricevevano più informazioni sugli effetti collaterali legati al trattamento, sulle conseguenze del trattamento sul lungo termine e sul rischio di recidiva, confrontate con quelle che avevano scarso o assente coinvolgimento (Figura 2).

Figura 2: Consapevolezza di effetti collaterali e rischio di recidiva rispetto al coinvolgimento nel processo decisionale al trattamento.



I medici erano la più importante e utile fonte di informazione e supporto per le donne che hanno partecipato allo studio e il 65% delle donne affermava che gli infermieri erano una fonte di informazione sulla terapia adiuvante ormonale. Complessivamente il campione in studio era soddisfatto con le informazioni ricevute dagli infermieri, il 40% affermava che le informazioni ricevute dagli infermieri erano estremamente utili e il 46% piuttosto utili. Dalle donne più giovani emergeva che gli infermieri erano una fonte di informazioni estremamente utile.

Poco più di un terzo della popolazione in studio affermava che al momento della diagnosi non era a conoscenza della disponibilità di servizi di supporto. Anche se i gruppi di supporto per il tumore alla mammella rappresentano una fonte preziosa di informazioni e di supporto, per le donne coinvolte in questa indagine meno della metà sapeva dell'esistenza dei diversi gruppi al momento della diagnosi.

Conclusioni dello studio: soddisfare i bisogni delle donne con tumore alla mammella.

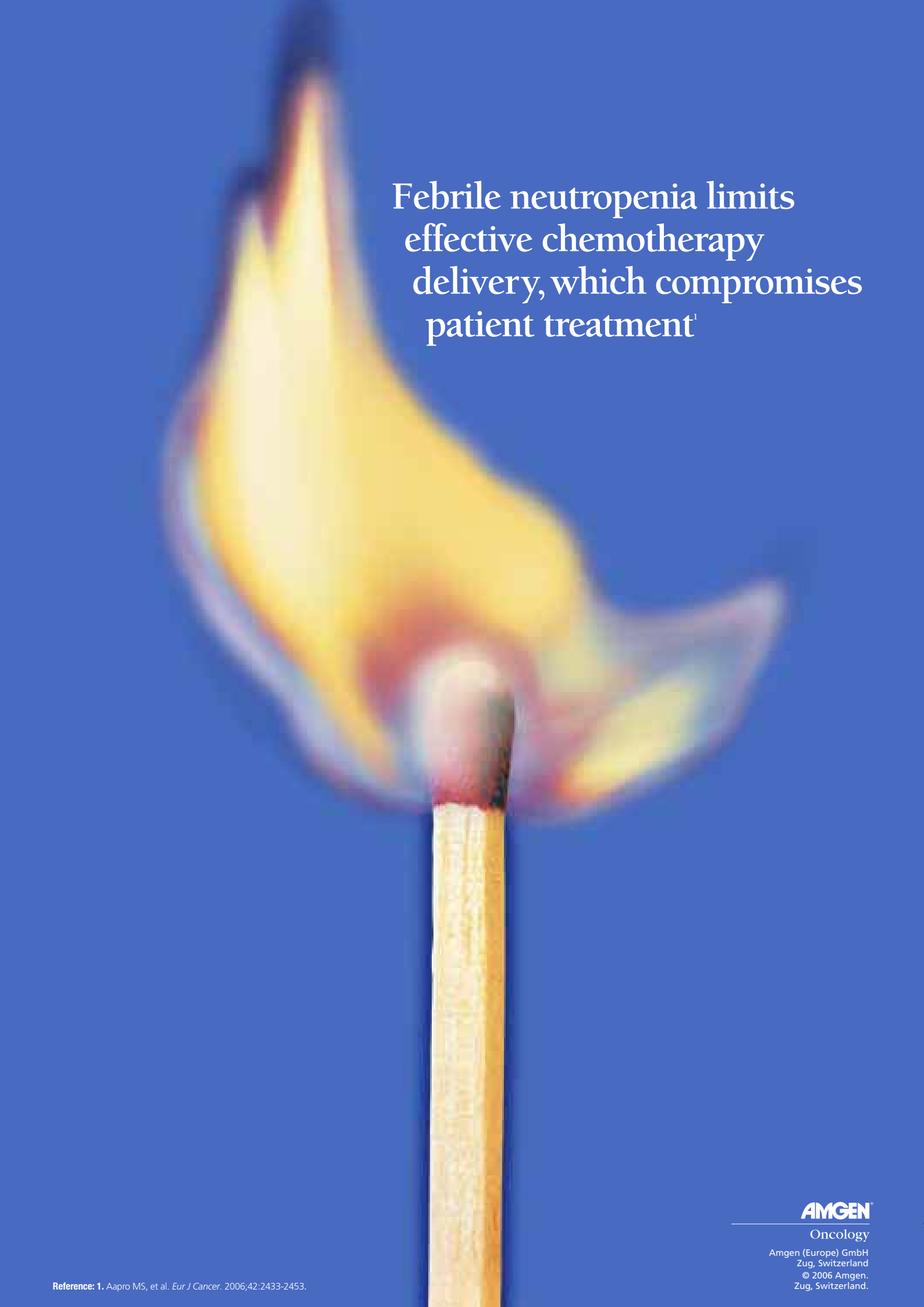
Tutti le pazienti, indipendentemente dall'età o dal livello di istruzione, dovrebbero essere aiutata nella comprensione dei meccanismi di azione della terapia adiuvante ormonale, nella conoscenza di quali trattamenti sono disponibili, dei possibili effetti collaterali legati al trattamento, e nella comprensione del rischio di recidiva in modo da poter assumere decisioni informate sul trattamento. Una comunicazione migliore tra pazienti ed operatori professionali ageverà questo processo, così come lo sviluppo di materiale informativo di buona qualità per i pazienti sulla terapia adiuvante ormonale. Sforzi precisi sono richiesti per colmare il vuoto d'informazione nelle donne anziane, per le donne con un basso livello d'istruzione, e per quelle donne che non accedono alla rete internet.

Questi risultati forniscono una comprensione iniziale delle carenze informative delle donne che assumono terapia adiuvante ormonale e indicano la necessità di ulteriori ricerche orientate a comprendere e identificare le strategie necessarie per soddisfare queste carenze.

I risultati di questa indagine sono stati presentati in un poster alla conferenza ESMO di Istanbul, Turchia, il 30 settembre scorso. Alla conferenza, il progetto GAEA ha attratto in modo considerevole l'interesse dei media e questo ci ha permesso di evidenziare le inaccettabili carenze e le iniquità che attualmente esistono nel soddisfare le necessità delle donne con tumore alla mammella. È

nostro interesse continuare accrescere la consapevolezza sui risultati dello studio. Con questo fine, un articolo sullo studio è stato sottoposto ad una rivista peer-reviewed molto diffusa in Europa e altre pubblicazioni sono in corso di preparazione. Altri interventi attraverso i media sono stati pianificati in alcuni paesi dove è stato svolto lo studio.

Le diapositive approfondite sullo studio GAEA, il poster presentato all'ESMO, un web-cast sullo studio GAEA, e materiali di riferimento possono essere visitati sul sito internet www.gaeainitiative.eu. Il progetto GAEA non è finito - le organizzazioni che hanno collaborato sono impegnate a sviluppare programmi continui che possono colmare il vuoto e migliorare l'assistenza che le pazienti europee con tumore alla mammella attualmente ricevono. Torna su queste pagine a verificare tu stesso!



Febrile neutropenia limits
effective chemotherapy
delivery, which compromises
patient treatment¹

AMGEN

Oncology

Amgen (Europe) GmbH
Zug, Switzerland
© 2006 Amgen.
Zug, Switzerland.



Neulasta® protects your patients from febrile neutropenia

Use Neulasta® to:

- Minimise the consequences of febrile neutropenia.^{1,2}
- Maximise chemotherapy delivery.²
- Provide self-regulating protection when patients need it most.³

 **Neulasta®**
(pegfilgrastim)

Neulasta® (pegfilgrastim) Brief Prescribing Information

Please refer to the Summary of Product Characteristics before prescribing NEULASTA®. **Pharmaceutical Form:** Pre-filled syringe containing 6 mg of pegfilgrastim in 0.6 ml solution for injection, for single dose use only. **Indication:** Reduction in the duration of neutropenia and the incidence of febrile neutropenia in patients treated with cytotoxic chemotherapy for malignancy (with the exception of chronic myeloid leukaemia and myelodysplastic syndromes). **Dosage and Administration:** 6 mg NEULASTA® for each chemotherapy cycle administered as a subcutaneous injection approximately 24 hours following cytotoxic chemotherapy. Insufficient data to recommend use of NEULASTA® in children and adolescents under 18 years of age. Therapy should be initiated and supervised by physicians experienced in oncology and/or haematology. **Contra-indications:** Hypersensitivity to pegfilgrastim, filgrastim, *E. coli* derived proteins, or to any excipients. **Special Warnings and Precautions:** Limited data suggest a similar effect on time to recovery of severe neutropenia for NEULASTA® to filgrastim in patients with *de novo* acute myeloid leukaemia (AML). Long term effects have not been established, and NEULASTA® should be used with caution in this patient population. NEULASTA® should not be used in patients with myelodysplastic syndrome, chronic myelogenous leukaemia or secondary AML. Safety and efficacy not evaluated in *de novo* AML patients aged <55 years with cytogenetics t(15;17). Safety and efficacy not investigated in patients receiving high dose chemotherapy. Patients with a recent history of pulmonary infiltrates may be at higher risk of pulmonary adverse events such as interstitial pneumonia. The onset of pulmonary signs such as cough, fever, and dyspnoea in association with radiological signs of pulmonary infiltrates, and deterioration in pulmonary function along with increased neutrophil count may be preliminary signs of Adult Respiratory Distress Syndrome (ARDS). In such circumstances, NEULASTA® should be discontinued at the discretion of the physician and the appropriate treatment given. Common but generally asymptomatic cases of splenomegaly and very rare cases of splenic rupture following administration of granulocyte-colony stimulating factors. Spleen size should be closely monitored (clinical examination, ultrasound). Treatment with NEULASTA® alone does not preclude thrombocytopenia and anaemia. Regular monitoring of platelet count and haematocrit is recommended. NEULASTA® should not be used to increase the dose of cytotoxic chemotherapy beyond established dosage regimens. Exercise caution when administering NEULASTA® in patients with sickle cell disease, and appropriate monitoring, due to the possible association of NEULASTA® with splenic enlargement and vaso-occlusive crisis. White blood cell counts of $100 \times 10^9/l$ or greater have been observed in less than 1% of patients receiving NEULASTA®, but no directly attributable

adverse events have been reported. The safety and efficacy of NEULASTA® for the mobilisation of blood progenitor cells in patients or healthy donors has not been adequately evaluated. **Interactions:** NEULASTA® should be administered approximately 24 hours after chemotherapy. **Pregnancy and lactation:** No adequate experience in human pregnancy and lactation. NEULASTA® should not be used during pregnancy unless clearly necessary. Do not administer to women who are breast-feeding. **Undesirable Effects:** In clinical studies the most frequently reported related undesirable effect was mild to moderate bone pain. Allergic reactions, including anaphylaxis, have been reported both with NEULASTA® and its parent compound, filgrastim. Common, reversible, mild to moderate elevations in uric acid and alkaline phosphatase with no associated clinical effects. Very common, reversible, mild to moderate elevations in lactate dehydrogenase with no associated clinical effects. Nausea observed in healthy volunteers and patients receiving chemotherapy. Common but generally asymptomatic cases of splenomegaly and very rare cases of splenic rupture that in some cases were fatal. Rare pulmonary effects including interstitial pneumonia, pulmonary oedema, infiltrates and fibrosis, some of which resulted in respiratory failure or ARDS, which may be fatal. Undesirable effects seen in clinical studies with incidence of > 10% were skeletal pain and > 1%, < 10% were injection site pain, chest pain (non-cardiac), headache, arthralgia, myalgia, back, limb, musculo-skeletal and neck pain. Please consult the Summary of Product Characteristics for a full description of side effects. **Pharmaceutical Precautions:** NEULASTA® is incompatible with sodium chloride solutions. Store at 2°C to 8°C (in a refrigerator). NEULASTA® may be exposed to room temperature (not above 30°C) for a maximum single period of up to 72 hours. NEULASTA® left at room temperature for more than 72 hours should be discarded. Do not freeze. Accidental exposure to freezing temperatures for a single period of less than 24 hours does not adversely affect the stability of NEULASTA®. Keep container in outer carton to protect from light. **Legal Category:** POM. **Presentation and Marketing Authorisation Number:** NEULASTA® 6 mg, EU/1/02/227/001-002. **Marketing Authorisation Holder:** Amgen Europe B.V., Minervum 7061, 4817 ZK Breda, The Netherlands. Further information is available from Amgen Limited, 240 Cambridge Science Park, Milton Road, Cambridge, CB4 0WD. **Date of PI preparation:** September 2006.

For the UK only, information about adverse event reporting can be found at www.yellowcard.gov.uk. Adverse events should also be reported to Amgen Limited on 01223 436441

Riunione straordinaria dell'Associazione.

Correzioni a costituzione e decreti EONS

La riunione del Consiglio Consultivo dell'EONS è avvenuta a Bruxelles il 16 e 17 settembre 2006. È stata preceduta da una riunione straordinaria della società in cui si sono pattuiti alcuni cambiamenti alla costituzione della società e ai decreti legge. Le correzioni, necessarie per i cambiamenti alla legge britannica sulle istituzioni benefiche, danno al dirigente esecutivo l'autorità di nominare formalmente il direttore esecutivo e acconsentire termini e remunerazione di entrambi e altre attività remunerative intraprese a nome della società che si sono sviluppate considerevolmente negli ultimi anni. I nuovi decreti legge e costituzioni sono stati formalmente ratificati da una riunione straordinaria e sono a disposizione dei membri sul sito web della società www.cancerworld.org/EONS

Ordine del giorno di comunicazione

Alla riunione del Consiglio Consultivo che è seguita, il membro dell'esecutivo Stephen O'Connor ha descritto nell'ordine del giorno gli sviluppi della società concordati dal dirigente esecutivo alla riunione del 15 settembre. Due obiettivi chiave della strategia sono di aumentare la quantità di informazioni disponibile ai membri dell'EONS nella propria lingua e migliorare l'interattività del sito web. Entrambi i problemi sono aumentati di priorità al precedente Consiglio Consultivo e alle riunioni generali. Un'edizione in lingua italiana delle notizie EONS, prodotta in collaborazione con l'Associazione Italiana Infermieri di Oncologia (AIIO) è stata distribuita per la prima volta alla riunione e si è sperato che future edizioni delle notizie possano essere disponibili in altre lingue con l'aiuto di società nazionali infermieristiche di oncologia. Un preventivo è stato acconsentito dal dirigente esecutivo per aiutare le società infermieristiche nazionali di oncologia con il costo della distribuzione di copie non inglesi delle notizie EONS più ampiamente desiderato e le domande circa lo schema dovrebbero essere indirizzate al segretariato dell'EONS Avenue E. Mounier 83/4, B-1200 Bruxelles, Belgio o trasmesse al nuovo indirizzo mail eons.secretariat@skynet.be

Ordine del giorno sulla ricerca

Il Professor Davina Porock, Presidente del Comitato di Ricerca dell'EONS ha descritto le disposizioni per la distribuzione delle borse di studio di ricerca che ammontano a 100000 euro che saranno usati per sostenere i progetti principali derivanti dall'indagine di priorità di ricerca conclusasi alla riunione del Consiglio Consultivo. Le aree che si sono classificate più in alto nella fase finale dello studio Delphi furono lo sviluppo di linee guida basate sulle evidenze e strategia di cura, la gestione dei sintomi e la psico-oncologia. Le più grandi borse di studio di ricerca, che ammontano fino a 40000 euro, saranno a disposizione di ricercatori o istituzioni con esperienza che presentano proposte su questi temi mentre diverse piccole borse di studio, fino a 10000 euro, saranno date ai candidati che intraprendono la loro carriera di ricerca; un contributo che può essere usato per sostenere gli oneri di una guida esperta, di diffusione della ricerca, di altre spese di ricerca. Ulteriori moduli di domanda e di informazioni per le borse di studio saranno disponibili all'inizio dell'anno nuovo nel sito web dell'EONS al suddetto indirizzo.

I risultati dell'indagine Delphi rivela temi centrali importanti nell'assistenza oncologica come gli sviluppi nella pratica assistenziale oncologica e l'esigenza di ricerca continua nelle aree di gestione del sintomo, nello sviluppo di linee guida e sui bisogni psicologici dei pazienti oncologici. È interessante notare che lo sviluppo delle strategie di cura e le linee guida non si sono allineate ampiamente in altre indagini di ricerca delle infermiere e l'individuazione indica il valore crescente di queste strategie nel disseminare la pratica basata sulle evidenze in maniera efficiente e redditizia. L'EONS tenterà di accertarsi che, in corso di esecuzione, le linee guida per la pratica clinica basate sulle evidenze siano più ampiamente disseminate ed accoglierebbe infermiere ed altre organizzazioni che cercano ulteriore sviluppo di questi strumenti secondo lo schema della ricerca.

Ordine del giorno sulla formazione

Il Presidente dell'EONS eletto, Dr Sara Faithfull ha informato i membri del Consiglio Consultivo circa i recenti sviluppi della strategia di formazione dell'EONS i quali includono la fornitura di borse di studio alle società infermieristiche nazionali oncologiche per la traduzione di programmi di studi dell'EONS e lo sviluppo di parecchie nuove iniziative educative compreso la facilitazione di insegnamento e formazione al cancro (FaCET) pacchetto destinato a incoraggiare la realizzazione di un programma di studi post base nell'assistenza oncologica e programmi e-learning per lo sviluppo di una nuova respirazione ed addestramento all'educazione respiratoria per i professionisti dell'assistenza (BREATHE). Questo comincerà con un addestramento bisognoso di analisi nel giugno 2007 e sarà seguita dallo sviluppo dei materiali appresi a distanza attraverso un gruppo internazionale di esperti e un programma che addestri gli istruttori per quelli coinvolti nella realizzazione del progetto. Altri progetti considerati per il futuro includono lo sviluppo di programmi di studio separati per terapie di supporto e palliative per pazienti oncologici, terapia del seno, riabilitazione, oncologia chirurgica e trapianto del midollo osseo, e quanto prima, una semplificazione della procedura di applicazione per l'accreditamento di EONS a piccoli corsi, congressi e giornate studio.

Premi e nomine di EONS

Le nomine per il Distinguished Merit Award dell'EONS 2007 sono invitate ora a presentarsi al Congresso Europeo sul Cancro (ECCO 14) a Barcellona, Spagna dal 23 al 27 settembre 2007. Il premio riconosce i notevoli contributi da parte del suo beneficiario all'avanzamento dell'assistenza infermieristica oncologica e si apre a tutti gli infermieri oncologici, includendo quelli occupati nella pratica clinica, ricerca, formazione, gestione, pressione politica o altre attività attinenti che migliorino la cura ai pazienti oncologici o le condizioni di assistenza oncologica all'interno dell'Europa. Le nomine completate, compreso una nomina in forma firmata, un curriculum vitae e lettere di sostegno da tre membri dell'EONS dovrebbero essere trasmesse al segretariato dell'EONS entro il 31 gennaio 2007 ed il destinatario dovrebbe essere preparato a presentare il Distinguished Merit Award Lecture durante il Congresso. Ulteriori informazioni e forme di nomina per il premio possono essere trovate sul sito web dell'EONS www.cancerworld.org/EONS Presentazioni, inoltre, sono invitate per il Dissemination Project Award del TITAN il quale è sostenuto da una borsa di studio senza retribuzione da AMGEN (Europa) GmbH. I progetti di diffusione completati per i corsi TITAN fra l'ottobre 2005 e ottobre 2006 sono eleggibili e dovrebbero essere nominati dagli organizzatori del corso TITAN. Le nomine saranno giudicate da una giuria internazionale di esperti di infermieristica e il progetto vincitore sarà presentato a settembre 2007 ai delegati al Congresso Europeo del Cancro (ECCO 14). Le nomine dovrebbero essere presentate non più tardi di venerdì 31 marzo 2007 al segretariato dell'EONS ed ulteriori informazioni sul processo di nomina possono essere ottenuti dalla zona TITAN sul sito web dell'EONS www.cancerworld.org/EONS

Progetto speciale SIOP / EONS

Quindici coppie di medici ed infermieri pediatrici di oncologia da un totale di diciannove richieste sono state selezionate a presenziare a una serie biennale di riunioni di ricerca attiva organizzate come parte associata SIOP (Società Internazionale di Oncologia Pediatrica) Europa ed il progetto speciale dell'EONS chiamato: Collaborazione tra Infermieri e Medici in Oncologia Pediatrica. La prima riunione, che si terrà a Milano a novembre 2006 sarà frequentata da partecipanti dal Belgio, Repubblica Ceca, Estonia, Francia, Germania, Grecia, Lituania, Polonia, Svizzera, Serbia, Spagna, Paesi Bassi e Regno Unito. I partecipanti considereranno le pratiche ricorrenti rispetto al lavoro multidisciplinare, all'esigenza di migliorare comunicazione, conoscenze e abilità, e lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi e percorsi di lavoro funzionanti all'interno del campo dell'oncologia pediatrica. Regolari aggiornamenti sul progresso di questo progetto, sostenuto con speciali fondi FECS, compariranno all'interno delle notizie dell'EONS.

Cinque anni!

Il primo numero della newsletter apparve all'ECCO 11 a Lisbona. Esso conteneva solo otto pagine ed era molto diverso nella forma e nel contenuto della rivista ricca di 28 pagine che state leggendo in questo momento. La copertina era bianca, i fondi di stampa erano più grandi e non comparivano articoli relativi alla tecnica dell'assistenza infermieristica per i malati di cancro. Quel primo semplice numero verde sviluppato e i numeri che seguirono migliorarono in aspetto, formato e contenuto.

Ora gli argomenti della newsletter sono basati su tematiche. Si è parlato di educazione, neutropenia, paziente oncologico anziano, "fatigue" e cancro del seno solo per citare alcuni dei temi affrontati; i nostri lettori più attenti avranno sicuramente notato che ciascun numero contiene anche rubriche quali "Dai nostri colleghi", le news EONS e aggiornamenti sui vari progetti.

La redazione è molto soddisfatta della rivista trimestrale. La trasformazione in una pubblicazione di elevata qualità ha seguito un processo costellato da errori e successi, tentativi vari e trasformazioni, correggendoci man mano per renderla un vero e proprio veicolo di comunicazione tra EONS e i suoi membri, uno strumento per trasmettere in modo accurato e proficuo preziose informazioni in modo tempestivo.

In occasione della celebrazione per i cinque anni dalla pubblicazione del primo numero della newsletter EONS, la redazione vuole ringraziare tutti i membri che si sono spesi per scrivere articoli o per fornire suggerimenti. Vogliamo altresì ringraziare gli sponsor delle

aziende farmaceutiche che ci hanno fornito sostegno finanziario, il che ha permesso al comitato di redazione di realizzare nuove idee e pubblicare una newsletter migliore. Speriamo sinceramente che i lettori troveranno qualche argomento di interesse in ciascun numero: se sarà così, il nostro scopo sarà stato raggiunto.



Upgrade your EONS Membership today!

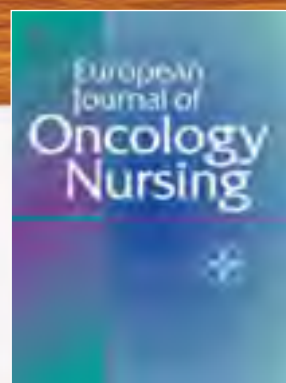
European Journal of Oncology Nursing

The official journal of the European Oncology Nursing Society

Editor-in-Chief: Prof. Alexander Molassiotis, Manchester, UK

You can upgrade your EONS membership on renewal to include the **European Journal of Oncology Nursing (EJON)**. At a cost of only €75/£51, your society membership brings you five issues of EJON per year – including full text electronic access via ScienceDirect! Contact the EONS secretariat office to take advantage of this offer.

You can submit your article online at <http://ees.elsevier.com/yejon/>



*Indexed in
Medline/PubMed
and Scopus!*

For more information on EJON, visit: intl.elsevierhealth.com/journals/ejon/



La sigla TITAN, che corrisponde al programma dell'EONS di addestramento nella trombocitopenia, anemia e neutropenia, necessita appena di un'introduzione. Oltre 2000 infermieri hanno fatto il corso in 21 paesi europei e TITAN ora si è sparsa universalmente, con l'Australia che sta correndo verso il debutto del corso in novembre.

Grazie all'enorme sforzo di società nazionali e al supporto dell'Amgen, il corso di aggiornamento TITAN 2006 è stato ora tradotto in un impressionante numero di lingue tra cui: danese, olandese, inglese, finlandese, francese, tedesco, islandese, italiano, polacco, sloveno, spagnolo, svedese e turco. L'EONS attualmente sta creando una biblioteca del materiale del corso tradotto, in modo che possa essere messa a disposizione di altri paesi. In più, concessioni sono ancora disponibili per quei paesi che hanno bisogno di assistenza nel tradurre materiale per la prima volta. Se volete fare domanda per una concessione prego contattare il segretariato dell'EONS (eons@village.uunet.be) e riceverete le informazioni necessarie. Certamente, l'opportunità per gli infermieri di ricevere il corso nella loro lingua madre è incredibilmente utile, permettendole di mettere a fuoco il soddisfacimento e discutere liberamente tutte le edizioni.

Il corso fornisce agli infermieri un'opportunità di implementare le loro iniziative migliorando la cura del paziente, attraverso un progetto di diffusione. Completare un progetto, comunque piccolo, ricevendo risposte positive e vedendo gli effetti benefici può essere immensamente soddisfacente. Per coloro che hanno completato con successo un progetto, ci sono molte opportunità. Le National Oncology Nursing Societies (NONs) stanno attualmente confrontando progetti per presentare il migliore progetto nazionale all'EONS per il Dissemination Project Award 2006 (vedi l'avviso in questa newsletter). Il vincitore riceverà un'iscrizione libera per ECCO 14, che avverrà a Barcellona nel settembre 2007, dove presenterà il lavoro vincitore. In un'iniziativa

separata, Amgen vorrebbe sapere circa, e potenzialmente supportare, la pubblicazione di altri interessanti progetti. Il sostegno per presentazione o pubblicazione di programmi particolarmente innovativi o programmi ad elevato effetto sarà determinato da caso a caso. Progetti interessanti, per esempio, possono essere presentati alla riunione ECCO/EONS del prossimo anno. Informate il vostro rappresentante Amgen di alcuni o tutti i progetti che producono un effetto positivo: non importa la dimensione (saranno riassunti su che cosa fare dopo). Mostriamo e condividiamo con altri che cosa il programma TITAN e i partecipanti possono fare!

Le risposte dei partecipanti e degli organizzatori di TITAN sono continuamente controllate per migliorare il contenuto e l'organizzazione del corso. In risposta a tali suggerimenti, EONS ha fornito l'ispirazione per progetti di diffusione sotto forma di diapositive mostrando come l'implementazione di nuove linee-guida di pratica clinica basate sull'evidenza nella pratica locale può provocare risultati significativi di miglioramento nei pazienti ricoverati. Durante il 2006, il segretariato di EONS ha fornito informazioni aggiornate sulle nuove pubblicazioni relative materiale del corso nella newsletter trimestrale di TITAN. La newsletter inoltre fornisce uno stato di avanzamento e delle notizie sulle prossime attività del TITAN (fate attenzione alla prossima edizione in dicembre!)

Il segretariato dell'EONS ed il gruppo di lavoro del TITAN stanno guardando al 2007, quando i materiali del corso saranno revisionati per incorporare le ultime informazioni sulla trombocitopenia, anemia e neutropenia; nel frattempo, augurano a tutti i partecipanti al TITAN una stagione molto felice e di festa!

Per maggiori informazioni sul TITAN prego contattare il segretariato dell'EONS (Rudi Briké, Avenue E. Mounier 83/8, B-1200 Brussels, eons@village.uunet.be) o visitare il TITAN sul sito dell'EONS www.cancerworld.org/EONS.

L'arte dell'accertamento

Sara Faithfull PhD, MSc, BSc(Hons), RN, Director of Studies Doctorate of Clinical Practice, Surrey University, Guildford, UK

Esiste un vasto assortimento di strumenti per l'accertamento infermieristico per chi lavora in oncologia. Nonostante la varietà di strumenti disponibili, vi è una coerenza minima nell'accertamento clinico tra i diversi centri oncologici e persino tra infermieri del medesimo centro.

Il problema è legato al fatto che l'accertamento richiede più che semplici strumenti: esso fa parte di un'arte. L'acquisizione di competenze per l'accertamento è essenziale per il novizio così come per l'infermiere con competenze avanzate in oncologia, non solo per la valutazione dei bisogni del singolo e della famiglia, ma anche per prendere decisioni cliniche e per fornire interventi infermieristici appropriati. Le competenze per l'accertamento sono spesso sottovalutate. Esse comportano abilità di osservazione, ragionamento clinico così come conoscenze teoriche di base (Smith et al., 2004). Comprendere come possono essere usate schede e strumenti per l'accertamento nell'assistenza oncologica è la chiave per assicurare, nel momento giusto, un'appropriata gestione dei sintomi e delle cure di supporto. Un accertamento inadeguato e scarsa documentazione rappresentano uno dei problemi più rilevanti per chi cerca di valutare l'efficacia e l'impatto dei trattamenti oncologici. Inoltre, la mancanza di un accertamento appropriato influenza non solo gli esiti del

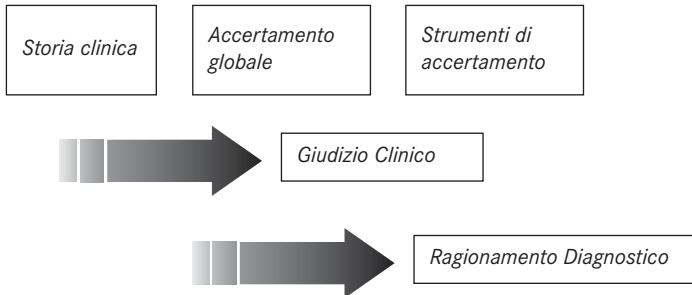
paziente, ma anche l'approvvigionamento di servizi e l'accesso dei pazienti ai servizi socio-sanitari.

La malattia cambia col tempo e questo è molto rilevante nel cancro, in quanto malattia cronica. Le caratteristiche dei sintomi possono cambiare, i livelli di ansia possono insorgere così come più effetti collaterali sopravvenire o cambiare i meccanismi di coping. Questo raccomanda che la misurazione trasversale delle dimensioni multiple dei sintomi è essenziale al fine di qualificare accuratamente l'impatto a lungo termine del cancro e dei suoi trattamenti. La misurazione dei sintomi è solamente un aspetto dell'accertamento complessivo ma l'uso di routine di strumenti per l'accertamento dei sintomi, diversi dal dolore, non è stato indagato sistematicamente. Questo, sfortunatamente, potrebbe determinare alti livelli di ansia che la fatigue o altri sintomi possono causare. Ricerche su pazienti con dispnea (Sarna, 1998) hanno dimostrato che l'accertamento complessivo dei sintomi può migliorare i risultati assistenziali dei pazienti attraverso il monitoraggio continuo ed accurato ed un pronto intervento. Checklist di accertamento possono aiutare lo staff a concentrare l'attenzione sull'accertamento dei sintomi (Dennison & Shute, 2000). Misure più particolareggiate possono essere usate

anche come un mezzo per la revisione della qualità delle cure o per l'analisi dei bisogni psico-sociali del paziente (Bottomley & Jones, 1997).

L'accertamento è stato definito come la raccolta sistematica e continua, la validazione e l'osservazione dello stato di salute del paziente (Bickley, 2004), (Jarvis, 2004). L'accertamento utilizza diverse competenze infermieristiche e consiste nell'accertamento complessivo, nel giudizio clinico e nel ragionamento diagnostico.

Box 1. Modello di accertamento infermieristico



Se dobbiamo organizzare un'assistenza infermieristica centrata sul paziente, allora il punto di partenza deve essere l'accertamento complessivo e completo. L'accertamento completo è fondamentale per formulare una diagnosi corretta, facilitare l'espressione del significato e la natura soggettiva della malattia e la pianificazione di interventi concreti che soddisfino i bisogni individuali. Conoscenze teoriche sono necessarie per eseguire l'accertamento: gli operatori sanitari hanno bisogno di capire l'impatto dei sintomi del cancro e gli effetti collaterali del trattamento, comprendendo la malattia e l'impatto fisico e psicologico della diagnosi e del trattamento. Schemi per l'accertamento come SOAP (dati Soggettivi, dati Obiettivi, Analisi e Piano) sono utili nella formulazione della forma mentis. Un accertamento complessivo comprende l'aspetto fisico e psico-sociale.

Box 2. L'aspetto fisico e psico-sociale nell'accertamento globale includono

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Sistema cardiovascolare • Sistema respiratorio • Alimentazione • Genitourinario • Muscoloscheletrico • Neurologico • Stato mentale | <ul style="list-style-type: none"> • Psicologico • Sociale • Credo Culturale/salutare • Spirituale • Cicli di vita • Fattori di rischio • Storia familiare |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Anche i metodi analitici ed intuitivi di giudizio clinico sono elementi fondamentali per l'accertamento. Questi spesso sono descritti come "consapevolezza percettiva" dove il knowing how (conoscenza teorica) e il knowing that (conoscenza pratica) operano per completarsi a vicenda (Benner & Wrubel, 1989). Gli educatori sono consapevoli che le competenze di ragionamento e problem solving passano poco in ambito sanitario e sociale (Scott-Smith, 2006). Piuttosto che pensare alla malattia in modo unidimensionale, un tale approccio richiede competenze per mettere insieme le relazioni tra i cambiamenti fisiologici e i fattori contestuali più importanti che influenzano la gravità della malattia o l'ansia. Uno dei problemi rilevanti nelle consultazioni di nursing è capire la percezione del paziente e ciò che vi sarebbe di sbagliato nell'usare l'ascolto attivo e nel capire la prospettiva personale del paziente (Sainio & Lauri, 2003).

L'accertamento clinico è complicato dal fatto che le persone descrivono la malattia in maniera differente. Per esempio, la fatigue spesso è descritta come qualcosa che va dalla spossatezza alla stanchezza. Ci sono tre basi comuni nel descrivere i sintomi, la cui comprensione favorisce il buon giudizio clinico. Innanzitutto, i sintomi

raccontano un centro comune di eventi dolorosi che accadono a persone: così possiamo usare gli stessi o simili metodi per misurare sintomi diversi. Per esempio, noi sappiamo dall'esperienza personale come ci sentiamo quando abbiamo un raffreddore, così come siamo capaci di giudicare quanto esso sia grave e se i sintomi stanno interferendo o no con la nostra quotidianità. I pazienti oncologici usano lo stesso processo. Avendo accesso ai loro giudizi e percezioni noi possiamo usare efficacemente l'auto-accertamento per capire i loro sintomi (Crow et al., 1995), (Thompson, 1999). In secondo luogo, ci dovremmo concentrare su ciò che i pazienti dicono. Riconoscere e legittimare i sintomi è un primo passo importante per essere in grado di capire le implicazioni che la malattia sperimenta. La percezione del paziente di ciò che per lui è difficile o fastidioso può non essere quello che i clinici percepiscono (Schou & Hewison, 1999). In terzo luogo, abbiamo bisogno di progettare e usare strumenti se vogliamo stimare efficacemente i sintomi. Durante la visita, può sfuggire di chiedere al paziente se ha un particolare sintomo; nel contempo è possibile che egli non sia capace di descrivere i cambiamenti che sta sperimentando, come un risultato del trattamento, oppure può percepire che quei sintomi siano insignificanti e senza importanza. Se l'accertamento o la storia clinica non sono strutturati, c'è più opportunità di dare spazio alla personalità; linguaggio e stile di comunicazione possono impedire il riconoscimento di una malattia. Domande standardizzate e uso di strumenti per l'accertamento possono ridurre eccessive variazioni delle tecniche di accertamento.

Ci sono significative sfide attitudinali e pratiche per un accertamento globale in ambito clinico. Studi indicano che le conoscenze teoriche dell'infermiere sono più importanti delle loro competenze cliniche e questo impedisce il processo clinico decisionale (Bird & Wallis, 2002). Ciò richiede formazione a tutti i livelli per migliorare le competenze per l'accertamento fisico e psico-sociale così come l'insegnamento del ragionamento critico e le competenze deduttive (Simpson & Courtney, 2002), (al di et di Junnola., 2002). In tutte le occasioni difficili di routine la maggior parte dei pazienti sotto trattamento sono sottoposti ad un accertamento globale. Lo scontro potenziale tra le richieste della pratica clinica di routine e della ricerca rende necessario una responsabilità multidisciplinare, per l'individuazione di criteri che siano il nocciolo dell'accertamento, per la registrazione dei risultati e la valutazione dei trattamenti. L'accertamento di specifici problemi affrontati dai pazienti sottoposti a cure palliative e a trattamenti curativi richiedono competenza ed esperienza. C'è un bisogno di mettere su strutture formative ed organizzative che avvalorino l'accertamento sistematico da parte degli infermieri che lavorano nei reparti oncologici.

Bibliografia

- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). The primacy of caring: stress and coping in health and illness. Addison-Wesley Publishing Company: California.
- Bickley, L. (2004). Bate's guide to physical examination and history taking. LWW: Philadelphia.
- Bird, A. & Wallis, M. (2002). Nursing knowledge and assessment skills in the management of patients receiving analgesia via epidural. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 522-531.
- Bottomley, A. & Jones, L. (1997). Social support and the cancer patient- A need for clarity. *European Journal of Cancer Care*, 6, 72-77.
- Crow, R., Chase, J. & Lamond, D. (1995). The cognitive component of nursing assessment: an analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 206-212.
- Dennison, S. & Shute, J. T. (2000). Identifying patient concerns: improving the quality of patients visits to the oncology out-patient department- a pilot audit. *European Journal of Oncology Nursing*, 4, 91-98.
- Jarvis, C. (2004). Physical assessment and health assessment. Saunders: St Louis.
- Junnola, T., Eriksson, E., Salanterä, S. & Lauri, S. (2002). Nurses' decision-making in collecting information for the assessment of patients' nursing problems. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 186-196.
- Sainio, C. & Lauri, S. (2003). Cancer Patients' decision-making regarding treatment and nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 250-260.
- Sarna, L. (1998). Effectiveness of structured nursing assessment of symptom distress in advanced lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 25, 1041-48.
- Schou, K. & Hewison, J. (1999). Cancer and the quality of life: psycho(social) oncology and the medical model. In *Experiencing Cancer*, Schou, K. & Hewison, J. (eds). open University Press: Buckingham.
- Scott-Smith, W. (2006). The development of reasoning skills and expertise in primary care. *Education for primary care*, 17, 117-129.
- Simpson, E. & Courtney, M. (2002). Critical thinking in nursing education; literature review. *International Journal of Nursing practice*, 8, 89-98.
- Smith, S., Duell, D. & Martin, B. (2004). *Clinical nursing Skills: basis to advanced skills*. Pearson/Prentice Hall: New Jersey.
- Thompson, C. (1999). A conceptual treadmill: the need for 'middle ground' in clinical decision making theory in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 1222.



Bondronat[®]

ibandronate

Roche

Keep life in motion[®]



Actual size

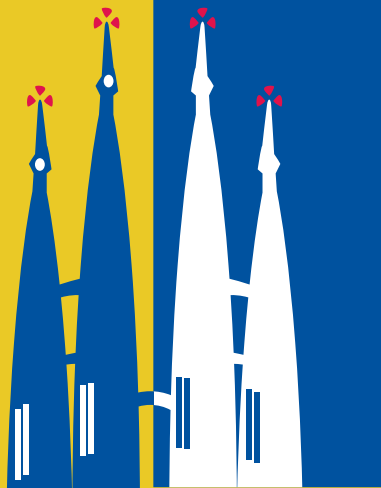


- Proven prevention of bone events^{1,2}
- Sustained relief of metastatic bone pain^{1,3}
- Renal safety comparable to placebo^{1,4}
- No requirement for renal monitoring prior to each dose

Go to www.BonePain.com

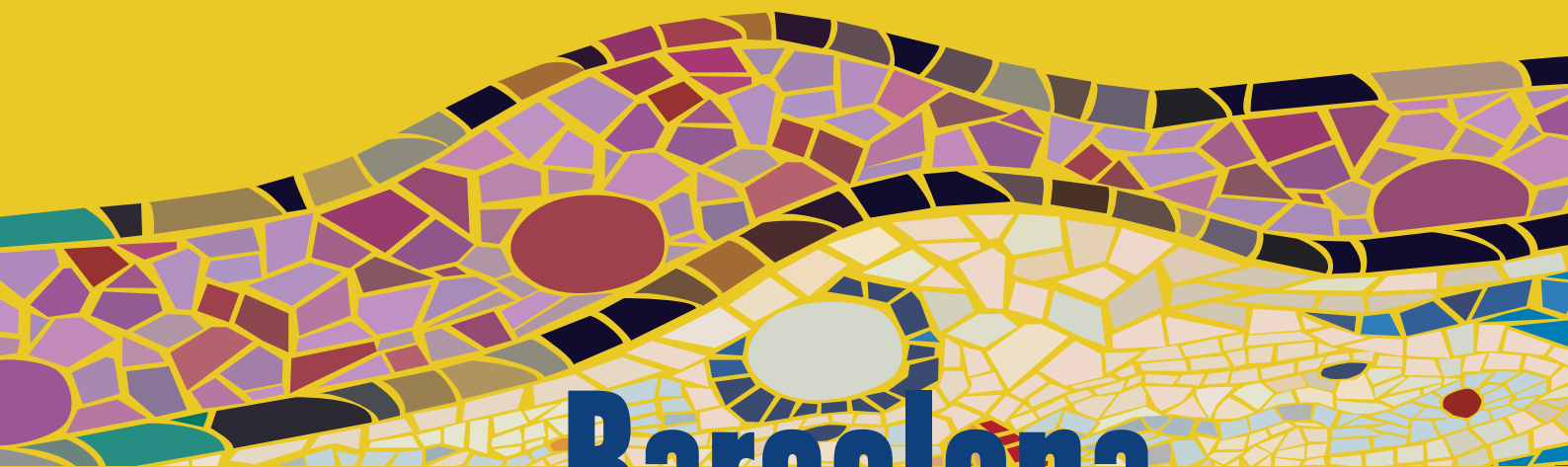
Prescribing information (refer to full data sheet or summary of product characteristics before prescribing). **Therapeutic indications:** Prevention of skeletal events (pathological fractures, bone complications requiring radiotherapy or surgery) in patients with breast cancer and bone metastases. Treatment 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 1mg IV given every 3-4 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 $\geq 3\text{mmol/L}$, or $>12\text{mg/dL}$) 4mg is an adequate single dosage. In patients with moderate hypercalcaemia (albumin-corrected serum calcium $<3\text{mmol/L}$, or $<12\text{mg/dL}$) 2mg is an effective dose. Repeat treatment may be considered in case of recurrent hypercalcaemia or insufficient efficacy. Bondronat concentrate for solution for infusion should be infused over 2 hours. **Patients with hepatic impairment:** No dosage adjustment is expected to be necessary. **Patients with renal impairment:** No dosage adjustment is necessary for patients with mild or moderate renal impairment where creatinine 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 50mg oral weekly or 2mg IV every 3-4 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. Overhydration should be avoided in patients at risk of cardiac failure. Patients should receive supplemental calcium and/or Vitamin D if dietary intake is inadequate. Caution is advised when bisphosphonates are administered with aminoglycosides, since both agents can lower serum calcium levels for prolonged periods. In clinical studies, Bondronat has been administered concomitantly with commonly used antineoplastic agents, diuretics, antibiotics and analgesics without clinically apparent interactions occurring. Oral bisphosphonates have been associated with dysphagia, oesophagitis and oesophageal or gastric ulcers. Therefore, patients should be instructed to discontinue Bondronat and seek medical attention if they develop symptoms of oesophageal irritation such as new or worsening dysphagia, pain on swallowing, retrosternal pain, or heartburn. Caution with concomitant 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, parathyroid disorder, headache, dizziness, dyspepsia, constict, buccal brush block, pharyngitis, diarrhoea, skin disorder, ecchymosis, myalgia, arthralgia, joint disorder, osteoarthritis, asthma, influenza-like illness, oedema peripheral, throat, gamma-GT increased, creatinine increased. Oral Bondronat - hypocalcaemia, lethargy, dyspepsia, nausea, abdominal pain, oesophagitis. For other rare 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, bone and/or muscle aches-like pain was reported. Hypocalcaemia. Hypersensitivity. Angioneurotic oedema. Bronchospasm. **Overdose:** No experience of acute poisoning. If overdose occurs, renal and liver function should be monitored. Hypocalcaemia should be corrected. **Oral overdose:** Possibly upper gastrointestinal events, such as local stomach heartburn, oesophagitis, gastritis or ulcer. Milk or antacids should be given to bind Bondronat. **Legal category:** ATC Code: M05B A 06. **Presentations:** Bondronat 50mg tablets, Bondronat 2mg/2mL, Bondronat ampoules.

References: 1. Body JJ et al. Ann Oncol 2002; 14:1369-402. 2. Body JJ et al. Br J Cancer 2004; 90:1193-7. 3. Body JJ et al. Pan 2004; 111:306-12. 4. Dhill U et al. Eur J Cancer 2004; 40:1704-12.



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

*“A good head and a good heart are always
a formidable combination”*



Nelson Mandela
1918

Comunicazione

EONS, come rappresentante degli infermieri oncologici europei presso la Federation of European Cancer Societies (FECS), incoraggia la comunicazione tra sè e i propri membri, così come quella far le diverse associazioni affiliate.

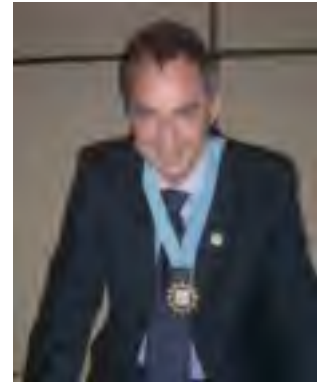


Jan Foubert destinatario dell'ONS International Award

Jan Foubert

EONS ha il piacere di annunciare che Jan Foubert, presidente uscente dell'associazione, è stato premiato con l'Oncology Nursing Society's 2007 International Award for Contributions to Cancer Care. Il premio include un onorario, un anno di iscrizione ONS, il volo aereo e le spese di iscrizione al congresso annuale e una targa. Nelle motivazioni del premio, ONS specifica che la piena disponibilità di Jan e l'impegno volto a promuovere programmi educazionali per infermieri e pazienti oncologici nel suo Paese sono encomiabili. Inoltre, la sua lista di realizzazioni è lunga e ha contribuito alla trasformazione dell'assistenza infermieristica al cancro in Europa.

Il premio speciale sarà presentato durante la cerimonia di apertura del Congresso Annuale ONS 2007 che si terrà martedì 24 Aprile. Jan inoltre riceverà il riconoscimento attraverso comunicati stampa, sul website di ONS e sul Recognition of Achievement Award booklet 2006-2007, che sarà distribuito al Congresso ed inviato a tutti i membri ONS.

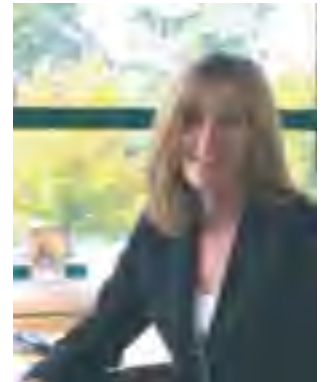


Excellence in Care of the Older Adult with Cancer Award

Nora Kearney

EONS ha il piacere di annunciare che Nora Kearney, ultimo presidente dell'associazione, è stata insignita del premio Oncology Nursing Society's 2007 Excellence in Care of the Older Adult with Cancer. Nelle motivazioni del premio, ONS specifica che Nora ha meritato il premio per il suo contributo nell'assistenza degli anziani con cancro attraverso lo sviluppo di iniziative di educazione e ricerca.

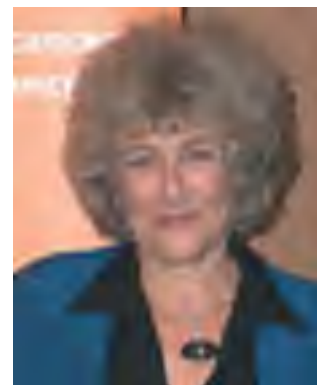
Nora sarà insignita del premio 2007 Excellence in Care of the Older Adult with Cancer attraverso l'esposizione di un poster durante il Congresso Annuale ONS 2007 a Las Vegas. Nora inoltre riceverà il riconoscimento attraverso comunicati stampa, sul website di ONS e nel Recognition of Achievement Award booklet, che sarà distribuito al Congresso e inviato a tutti i membri ONS. Il premio include un onorario e una targa.



Riconoscimenti a membri EONS dalla Lega Svizzera del Cancro

Anita Margulies

Il membro EONS Anita Margulies è recentemente diventata la prima infermiera onorata dalla Lega Svizzera del Cancro per il suo contributo alla cura del paziente oncologico durante il corso di una carriera notevole di 37 anni come infermiera oncologica, educatrice e sostenitrice del paziente. Il premio, dato alle persone che hanno dimostrato un eccezionale impegno con i bisogni dei pazienti oncologici e prevenzione del cancro, riconosce il suo lavoro pionieristico che include la collaborazione di scrittore di un testo tedesco autorevole 'Onkologische Krankenpflege' - già alla sua quarta edizione, contributi di 'Medikamente in der Tumorthherapie' ed allo sviluppo di numerose risorse educative ed informative per i pazienti, negli standard di assistenza e linee guida a nome della Società Infermieristica Oncologica Svizzera. Anita, che proviene da New York (USA) ha lavorato inflessibilmente a favore dei pazienti oncologici nel suo paese adottivo dove lavora nel poliambulatorio oncologico dell'Ospedale Universitario di Zurigo. È membro attivo sia dell'EONS che della Società Infermieristica Oncologica Svizzera e continua a sviluppare la futura generazione di infermieri oncologici nel suo ruolo di insegnante all'università. Anita ha ricevuto calorose congratulazioni dai membri di entrambe le società per i suoi molti successi ad oggi e per la vincita di questo premio prestigioso e ben meritato.



Un hobby che mi è fuggito di mano

Il parere dell'autore sul lavoro vincitore dell' Excellence in Patient Education Award 2006.

Interview by Steve O'Connor with Arno Mank

Nell'ultima edizione di EONS News, abbiamo brevemente parlato di 21 progetti di nove paesi europei che hanno partecipato al concorso 2006 per l'Excellence in Patient Education (EPE), prima di annunciare che la commissione internazionale di giudici aveva scelto un progetto olandese come migliore progetto dell'anno. Il vincitore, un CD-rom intitolato, "Il viaggio del paziente dalla chemioterapia al trapianto di cellule staminali" è stato elaborato e prodotto da Arno Mank e da un team multiprofessionale di tecnici e clinici del Dipartimento di Emato-oncologia dell'Academic Medical Centre di Amsterdam. Utilizzando una combinazione di diagrammi animati, fotografie e videoclip, il CD-ROM fornisce ai pazienti una chiara spiegazione del processo della malattia e della sua cura, informazioni pratiche in merito all'ospedale, un'introduzione alla presentazione dello staff coinvolto nell'assistenza ai pazienti affetti da cancro della unità emato-oncologica e tutta una serie di colloqui che forniscono a chi utilizza il CD-rom un resoconto onesto e immediato delle esperienze dei pazienti in questione nel corso del trattamento.

Il CD-rom è stato particolarmente apprezzato per il suo approccio realistico ma positivo e per il gran numero di informazioni pratiche che vengono fornite ai pazienti e alle loro famiglie. È improbabile, tuttavia, che i giudici della commissione si siano resi conto di quanto tempo il progetto abbia richiesto per la sua elaborazione né della passione e dell'impegno dimostrati da Arno e del suo gruppo nel produrre un prodotto di qualità così alta. Ma non c'è alcun dubbio che questo grande sforzo sia valso la pena, come ha rilevato il membro della commissione dell'EONS News Stephen O'Connor (SO) intervistando Arno in merito al progetto.

(SO) In un momento in cui tanto materiale di documentazione rivolto al paziente è ancora realizzato sotto forma scritta, che cosa ti ha spinto a produrre un CD rom per i tuoi pazienti?

(AM) Oggigiorno i pazienti desiderano disporre di un numero sempre più alto di informazioni. Internet rappresenta una grande fonte di informazioni però è difficile discriminare tra le fonti attendibili e non attendibili. Abbiamo deciso che un CD-rom forniva maggiori opportunità e sapevamo dalla letteratura scientifica che le informazioni si fissano meglio nella mente delle persone se vengono fornite in vari formati. I pazienti ricevono ancora informazioni verbali, ma il CD-rom fornisce loro l'opportunità di rileggere e ripercorrere ciò che gli è stato detto molte settimane prima dell'inizio del trattamento. Molti pazienti hanno problemi nel leggere, nell'ascoltare o nel ricordare ciò che è stato detto, così questo supporto può aiutare a risolvere problemi che gli operatori sanitari individuano in mancanza di tempo e via dicendo.

(SO) A che genere di clienti è stato consegnato il CD-rom?

(AM) Noi consegniamo il CD-rom ai pazienti cui sono state trapiantate le cellule staminali o che nel futuro verranno sottoposti a tale trattamento, così come a pazienti che provengono da fuori per essere assistiti nel nostro centro. Comunque consegniamo il CD-rom anche a chi ritiene di poter trarre dei benefici poiché vi trova molte informazioni riguardo la chemioterapia, la radioterapia e naturalmente lo stesso processo della malattia. Inizialmente il CD-rom era stato pensato solo per i pazienti cui erano state trapiantate le cellule staminali, ma poi ci siamo resi conto che poteva essere utilizzato anche per gli altri pazienti e sembra che sia effettivamente così.

(SO) Quando viene dato il CD-rom ai pazienti ?

(AM) Normalmente viene dato quando vengono inseriti nella lista del trapianto di cellule staminali per i pazienti esterni. Vengono informati, richiesto loro il consenso esattamente come accadeva prima, ma

adesso diamo loro anche il CD-Rom che potranno portare a casa e quindi utilizzarlo insieme ai loro parenti o anche nel corso della stessa notte se desiderano farlo.

(SO) Quante copie del CD-rom sono state distribuite fino ad oggi?

(AM) Fino adesso sono state distribuite circa 40 copie ai nostri pazienti così come a un certo numero di gruppi di pazienti provenienti da altri ospedali.

(SO) Quali tentativi avete fatto per valutare l'uso del CD-rom?

(AM) Sto conducendo un sondaggio e sto iniziando a valutare i risultati. Spero di finirlo entro la fine dell'anno ma per ora posso già affermare che i pazienti sono molto contenti di poter utilizzare questo supporto. Ciò che apprezzano particolarmente è che, mentre stanno guardando la sezione sulla leucemia, ad esempio, possono cliccare sull'immagine di una persona (nella parte inferiore dello schermo) che potrebbe avere qualcosa da dire in merito alla leucemia stessa e quindi sentono ciò che loro potrebbero domandare a riguardo o ascoltano l'intera intervista del paziente se lo desiderano.

(SO) Le interviste ai pazienti sono molto utili. Avete usato degli attori oppure dei pazienti veri nel produrre il CD-rom?

(AM) Ci sono due nostri pazienti e altri del gruppo che riescono a parlare con scioltezza davanti alla telecamera e sono molto rilassati nel condividere le proprie esperienze. Abbiamo preparato un elenco di circa 10 domande tipo "che cosa ti è successo?, come ti sei sentito?" e poi sono stati intervistati con l'aiuto di uno psicologo clinico. A tutti sono state poste le stesse domande e poi noi abbiamo estratto il contenuto in modo di adeguarlo al formato del CD-rom. Poiché abbiamo utilizzato alcuni pazienti dai gruppi di pazienti, questi non avevano problemi nel parlare della loro esperienza della malattia e della sua cura. L'informazione doveva essere realistica, anche quando le cose non erano andate bene o si erano verificati problemi. L'importante era far sapere alla gente ciò che può essere fatto per loro, in modo positivo ma realistico, questo il modo in cui abbiamo affrontato le domande.

(SO) Qualche gruppo ha avuto problemi nell'utilizzare il CD-rom?

(AM) Un paziente cui abbiamo parlato prima di iniziare il progetto aveva chiesto "Che fare coi pazienti anziani?", ma nel corso del tempo ci siamo resi conto che tutti i pazienti avevano un lettore CD-rom. Abbiamo studiato la letteratura e abbiamo scoperto che



Chapter 6 Going home: Nutrition

esistevano ben poche differenze dell'uso della tecnologia da parte di pazienti più anziani o più giovani, e un'altra cosa importante è che questi pazienti possono dare il CD-rom da guardare al figlio/a se lo desiderano. Ho saputo che un paziente anziano ha fatto copie sia per suo figlio che per sua figlia, in modo che potessero parlarne insieme.

(SO) E I gruppi di minoranza? Avete pensato di tradurre il CD-rom in altre lingue?

(AM) Sì, perché qui ad Amsterdam ci sono persone che provengono da circa 150 paesi diversi. Stiamo pensando di tradurlo in inglese (capito da molte persone) ma si potrebbe farlo anche in lingua spagnola e turca.

(SO) Come è stato prodotto il CD-rom?

(AM) Lo abbiamo prodotto tutto nel nostro ospedale. Qui c'è un piccolo gruppo che produce poster e video delle operazioni, questo tipo di cose. Ne abbiamo parlato per circa sei mesi e poi abbiamo deciso di partire. Sono state coinvolte molte persone ma il CD-rom è stato prodotto interamente dalla gente che lavora qui nell'ospedale. Ora andranno a Leiden e li aiuteranno con una loro versione, così per loro questo CD-rom sta diventando una specie di lavoro professionale, ma molto utile.

(SO) Quanto tempo è stato necessario per produrlo?

(AM) Molto tempo e tantissimo lavoro. Non esiste niente di simile in Olanda, così abbiamo dovuto impiegare molto tempo e parlare con molte persone per poterlo realizzare. In tutto ciò ci sono voluti 4 anni non costantemente, 4 anni da quando è nata l'idea sino a raggiungere il prodotto finito.

(SO) Come è stato finanziato il progetto?

(AM) Ho dovuto anticipare un po' di denaro io stesso ma ho ottenuto del denaro dalla Banca del sangue e da alcune compagnie farmaceutiche. Ho detto loro che non ci sarebbe stato nessun logo pubblicitario nel CD-rom e tuttavia ci hanno fornito diversi piccoli finanziamenti, ma il grosso è stato pagato dall'ospedale perché hanno creduto nel valore del progetto.

(SO) Ci sono delle prospettive di sviluppare ulteriormente il progetto?

(AM) Abbiamo sviluppato il progetto in modo tale che esso potesse essere usato anche per altri trattamenti di cancro o di altre malattie. Può essere modificato facilmente e può essere anche adattato per la spiegazione di altre patologie. Due altri ospedali sono già interessati. Uno di questi ne modificherà la struttura per adattarlo alle proprie esigenze, inseriranno nel CD-rom le informazioni che riguardano il loro ospedale, è il più grande ospedale in Olanda. Ci sono anche degli altri ospedali che sono ugualmente interessati.

(SO) Come userete il premio in denaro?

(AM) Lo useremo per fare qualcosa di divertente per l'intero gruppo che ha partecipato alla progettazione e alla realizzazione. Non posso dirlo in questo momento (ride) perché c'è qualcuno nella stanza e potrebbe sentire! Deve essere un segreto ma ci sarà qualcosa di divertente per tutti quanti!

(SO) Quale è stata la cosa più importante che avete appreso dallo sviluppo del progetto?

(AM) La cosa più difficile è stata quella di mettere in piedi tutto il progetto. Decidere tra quello che doveva e non doveva essere inserito. Non si tratta di un aspetto del mio lavoro, è un hobby che mi è fuggito di mano! Sono arrivato in questo ospedale 18 anni fa e la prima cosa che ho notato era che i pazienti chiedevano tante di quelle informazioni che noi dovevamo fare qualcosa per strutturarle.

(SO) Cosa consiglieresti a chi volesse intraprendere un progetto simile?

(AM) Oggi è sempre più facile realizzare cose del genere e non è



Cover of the CD-rom

necessario farle così complesse, ma io ritengo che sarebbe molto importante dare tutte le informazioni e includere alcuni contesti con le interviste del paziente. C'è da pensarci su, ma i risultati sono preziosi.

(SO) Ci sono altri membri del gruppo che vorresti ringraziare?

(AM) Siamo stati aiutati moltissimo dal nostro patologo, Hans van der Lelie e in particolare vorrei esprimere i miei ringraziamenti a Tineke Wieringa, che ha diretto l'intero programma ma purtroppo lei stessa è morta di cancro poche settimane fa, prima che il progetto fosse concluso. Si trattava del suo ultimo progetto e lei voleva e desiderava più di ogni altra cosa concluderlo. Vorrei naturalmente anche ringraziare tutti i pazienti che sono stati coinvolti nel progetto per il loro prezioso contributo e per aver condiviso le loro esperienze con altri.

Ascoltare parlare Arno con tanto entusiasmo del suo progetto è stata un'esperienza piacevole e gratificante. Così spesso noi sentiamo la necessità di produrre dei risultati rapidamente, ma in questo caso è chiaro che il tempo necessario per consultare e coinvolgere altre persone nel processo di progettazione ha prodotto un risultato molto soddisfacente. Da molti punti di vista l'approccio di Arno a questo progetto mette in luce l'eccellenza dell'assistenza ai malati affetti da cancro che, nel caso in questione, è andata al di là delle abilità tecniche del clinico e, cosa più importante di tutte, sottolinea il desiderio di collocare i pazienti al centro dei nostri progetti e delle nostre attività nella veste di partner capaci e decisi a combattere la loro lotta per migliorare l'assistenza ai malati affetti da cancro. È anche molto significativo che Arno e il suo gruppo non abbiano niente in contrario a godere dei frutti del loro lavoro e vogliono fare qualcosa di divertente per celebrare il loro successo nonostante la perdita di un elemento dello staff. Perché è proprio questo spirito positivo, volto ad affermare il desiderio di vivere, che rende l'assistenza infermieristica al paziente oncologico ciò che essa è. Vorremmo anche esprimere le nostre sincere congratulazioni ad Arno e soci e il nostro ringraziamento ad Amgen per aver sponsorizzato il premio per gli ultimi due anni. Questo articolo è dedicato alla memoria di Tineke Wieringa e a tutti coloro che si spendono senza riserve per il benessere dei loro pazienti affetti da cancro. Il loro esempio ci ricorda ogni giorno che l'educazione del paziente un processo bidirezionale, e noi abbiamo da imparare molto di più da coloro che hanno sperimentato direttamente questa malattia di quanto noi potremmo insegnar loro in termini di conoscenza accademica, la cura della malattia stessa e l'impatto sulla vita quotidiana delle persone.

L'esercizio della prescrizione infermieristica nel Regno Unito

Shelley Dolan, Nurse Consultant Cancer and Critical Care, Head of Nursing Research, Royal Marsden NHS Foundation Trust

Dal 2000, nel Regno Unito (UK) si è allargato il dibattito sull'estensione dell'esercizio della prescrizione da parte di personale non medico, compresi infermieri, farmacisti e assistenti sanitari (AHPs). Lo stimolo a queste discussioni è stato l'imperativo di minimizzare i ritardi ed ottimizzare la cura centrata sul paziente, specialmente in quegli ambiti in cui i medici sono in numero inferiore rispetto al fabbisogno del bacino di utenza. Negli ultimi anni si è verificato un graduale cambiamento sulla prescrivibilità culminato nel Maggio 2006 con l'apertura agli infermieri prescrittori indipendenti dell'intero Formulario Nazionale Britannico (BNF). Questo articolo riassume il percorso di questi sei anni e chiarisce le implicazioni della situazione attuale rispetto agli infermieri di cura oncologica e alle persone con tumore in UK.

Infermieristica territoriale e assistenza sanitaria

Più di 29,000 infermieri di territorio e assistenti sanitari del Regno Unito, che avevano seguito una formazione specifica, hanno potuto effettuare prescrizioni da un Formulario per Operatori di territorio dal 1994 nelle sedi pilota e poi, dal 1999, in tutto il Regno Unito (Hall 2005). Questo Formulario contiene 13 medicinali solo su prescrizione (POMs) e alcuni farmaci da banco e generici (GSL), inoltre una lista di medicazioni e di apparecchi. Per essere abilitati a prescrivere dall'intero BNF, gli infermieri di territorio e gli assistenti sanitari hanno bisogno di sottoporsi a un'ulteriore formazione.

Patient Group Direction (PGD)

Nel 2000, entro un movimento volto a promuovere la cura centrata sul paziente e minimizzare il ritardo dell'intervento, furono fatti i primi passi per estendere la prescrivibilità in tutte le situazioni che riguardavano la cura ospedaliera. Il PDG è un documento per la sostituzione e la somministrazione di una medicina in una specifica situazione clinica il cui bisogno del paziente non può essere stato identificato prima del trattamento (HSC 2000/026). Esempi di PGD usati da infermieri di oncologia sono la somministrazione di anestetico locale durante la rimozione infermieristica di un dispositivo di accesso venoso o per la somministrazione di una soluzione di eparina per drenare regolarmente il flusso di un dispositivo di accesso venoso centrale. Il PGD è compilato in ogni realtà da infermieri, medici e farmacisti e li obbliga a seguire precisi criteri legali; viene firmato da un medico e da un farmacista e approvato da un responsabile della struttura.

Il responsabile di unità decide poi quali infermieri possono sostituire e somministrare il farmaco previsto dal PGD e tiene una lista dei loro nomi. I PGD sono utili nelle realtà routinarie, che si prestano alla cura protocollizzata; fare il PGD offre un vantaggio per il paziente senza comprometterne la sicurezza.

Molti ospedali del Regno Unito hanno sviluppato ed utilizzato il PGD, ma l'uso è limitato alla cura in realtà elettive. L'infermiere che usa il PGD deve agire sempre nell'ambito delle proprie personali esperienze e competenze (DHa 2006). Si possono trovare esempi di PGD ancora da sviluppare nel sito web: www.portal.nelm.nhs.uk.

Prescrizioni aggiuntive

Nel 2003 sono state introdotte prescrizioni aggiuntive per infermieri e farmacisti poi estese, nel 2005, ad altre figure professionali (fisioterapisti, tecnici di radiologia, callisti, podologi e optometristi). Le prescrizioni supplementari sono possibili quando un medico prescrittore e un prescrittore supplementare, in accordo con il paziente, configurano un piano terapeutico individualizzato (CHP). Il prescrittore aggiunto (l'infermiere) può in un secondo momento prescrivere qualsiasi medicina che sia inclusa nel piano fino a che il

CHP non venga rivisto dal medico. Tale pratica è utile in alcune aree di cura e in condizioni particolari del paziente quali:

- Aree rurali, in cui il medico è meno facilmente accessibile
- Condizioni specifiche di lungo termine
- Salute mentale
- Situazioni che implicano la somministrazione di stupefacenti (DHa 2006)

Prescrizioni supplementari sono state usate da specialisti in infermieristica clinica e in consulenza infermieristica nella cura del tumore per prescrivere stupefacenti (DRUGS) di mantenimento nelle nurse-led clinics. Nella cura del tumore può trattarsi di profilassi anti-microbica nella degenza post trapianto del midollo osseo, o di gestione del sintomo come il controllo del dolore nei setting cronici o palliativi. La formazione per abilitare alla prescrizione supplementare è inclusa nei corsi per prescrittori indipendenti, descritti di seguito.

La prescrivibilità infermieristica indipendente

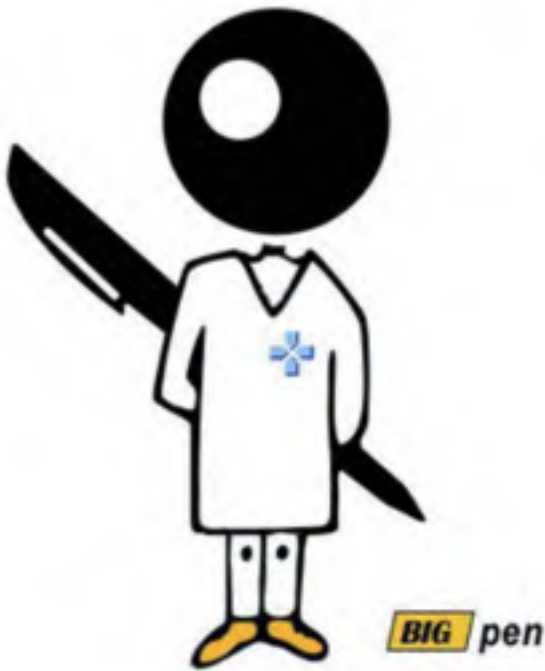
Lo sviluppo dell'esercizio della prescrizione infermieristica indipendente è un aspetto nodale del piano di Servizio alla Salute Nazionale volto a rinforzare lo staff di prima linea e a sviluppare il suo ruolo, promuovendo un servizio di cura incentrato sul paziente e facilitando ai pazienti l'accesso ai farmaci di cui hanno bisogno (DHa 2000). Per diventare prescrittori indipendenti, gli infermieri devono sottoporsi ad un percorso formativo di oltre 3 anni. Devono frequentare uno specifico corso di formazione e pratica presso le Università dell'UK. Il corso è articolato in semestri part-time in cui si affrontano aspetti di farmacologia, diagnosi, doveri legali, etica, dosaggi e scenari dei pazienti (Duffin & Doult 2006). Seguono 26 giornate di studio ed ancora 12 giornate di supervisione nella pratica. Durante il corso gli infermieri devono stare sotto la supervisione di un medico designato. Gli infermieri che superano con successo il corso devono registrare la propria qualifica presso il Nursing and Midwifery Council (HMC) prima di cominciare a prescrivere. Fino al Maggio 2006 gli infermieri potevano prescrivere farmaci solo da un ridotto Formulario, ma da quella data esso è stato ampliato fino a includere ogni farmaco che abbia la licenza, in ogni condizione medica che un infermiere prescrittore è competente a trattare, inclusi alcuni stupefacenti (DHa 2006).

Infermieri prescrittori indipendenti e somministrazione di stupefacenti

Grazie alla modifica della regolamentazione sull'abuso di droghe (ACMD), l'infermiere prescrittore indipendente può prescrivere 13 stupefacenti, ma solo per specifiche condizioni mediche:

- Diamorfina, morfina, diazepam, lorazepam, midazolam, o ossicodone per uso in cure palliative
- Buprenorfina o fentanyl per uso in cure palliative
- Diazepam, lorazepam, midazolam per il trattamento di crisi tonico-cloniche.
- Diamorfina o morfina per analgesia in relazione a sospetto infarto miocardico, o per il sollievo di dolori acuti o gravi dopo un trauma, inclusa l'analgesia post-operatoria.
- Clordiazepossido o diazepam per il trattamento della crisi di astinenza, iniziale o acuta, causata dalla sospensione dell'assunzione di alcool da parte di persone abituate a farne uso.
- Codeina fosfato, diidrocodeina tartrato o co-phenotrope per un ventaglio di condizioni (DHb 2006)

Per maggiori dettagli sugli stupefacenti che possono essere prescritti, consulta il sito web: www.ppa.org.uk e www.bnf.org.uk



Discussione sull'infermiere prescrittore indipendente

Si è svolta un'accesa discussione circa l'introduzione dell'infermiere prescrittore indipendente. Il Presidente del Comitato generale dei Prescrittori dell'Associazione Medica Britannica ha sostenuto che solo i medici hanno le necessarie formazione e esperienza diagnostica e di prescrizione (Meehan 2005). Alcuni infermieri si sono pronunciati contro il conseguimento da parte degli infermieri dei diritti di prescrivibilità, temendo l'aumento del carico di lavoro e problemi nell'ottenere finanziamenti per proseguire l'attuale formazione professionale (Courtenay 2006). Dirigenti medici hanno dichiarato che gli infermieri sarebbero competenti nel prescrivere e avrebbero le necessarie competenze scientifiche e conoscenze farmacologiche.

I benefici dell'esercizio della prescrizione infermieristica

Nel 2004, prima che fosse esteso l'intero formulario all'infermiere prescrittore, Lewis-Evans e Jester (2004) hanno condotto uno studio qualitativo per sondare l'esperienza di 7 infermieri prescrittori indipendenti in un servizio territoriale. Gli infermieri si sono sottoposti ad interviste semi-strutturate e le loro trascrizioni sono state poi analizzate per generare gruppi tematici. Gli infermieri individuarono 4 temi principali:

- Cura centrata sul paziente
- Benefici della prescrizione infermieristica
- Approvazione e soddisfazione di ruolo
- Difficoltà di prescrizione

Gli infermieri hanno individuato l'esperienza di prescrizione infermieristica principalmente come positiva. Hanno descritto i benefici per i pazienti, i quali potevano accedere ad una continuità di cura più veloce, conveniente ed efficiente. Gli infermieri inoltre hanno apprezzato la maggior autonomia e beneficiato di un risparmio di tempo, inoltre, hanno implementato la collaborazione con i colleghi medici. Le difficoltà descritte dagli infermieri riguardavano essenzialmente quelle associate al limitato formulario del 2004 e all'aumento del volume del lavoro di ufficio associato con la prescrizione (Lewis-Evans e Jester 2004). Altri studi hanno descritto i benefici per i pazienti quali: accessibilità dell'infermiere, abilità dell'infermiere nella consulenza, nella pratica specialistica e nella fornitura di informazioni, cura efficace e tempestiva (Brooles et al 2001, Luker et al 1997, Luker et al 1998, Courtney 2006).

Ci sono attualmente oltre 6500 infermieri prescrittori indipendenti

registrati nell'UK. Molti di loro lavorano nella cura dei tumori o con persone in condizioni croniche. La maggioranza sono Advanced Nurse Practitioners e possono usare le loro prescrizioni per aumentare la loro prestazione di cura nelle nurse-led clinics o nel lavoro territoriale di cure palliative.

Conclusioni

Nel percorso di modernizzazione del Servizio di Salute Nazionale nel Regno Unito, ci sono stati due imperativi: implementare l'accesso tempestivo alla cura centrata sul paziente e rinforzare lo staff di prima linea per utilizzare la sua esperienza e le sue competenze mantenendo la salute del paziente. L'infermiere prescrittore indipendente è una delle strade che Advanced Nurse Practitioners può perseguire per migliorare la cura centrata sul paziente. Le linee guida per gli ospedali e i prescrittori incoraggiano gli infermieri a pensare creativamente l'uso di questa nuova competenza per implementare l'accesso a una tempestiva e appropriata cura. Siamo fortunati ad essere in un momento dell'infermieristica nell'UK in cui alcune precedenti chiusure stanno cominciando ad aprirsi, ed è essenziale che massimizziamo questa opportunità per le persone malate di tumore e per l'assistenza infermieristica oncologica. L'immediata sfida per gli infermieri oncologici è di assicurare il perseguimento di un continuo sviluppo professionale dopo la registrazione come prescrittori, e configurare attività di ricerca e di verifica per determinare in prospettiva il valore aggiunto dell'infermiere prescrittore per i nostri pazienti e per gli infermieri. Ulteriori informazioni sulla prescrivibilità infermieristica nell'UK sono disponibili in maggior dettaglio sul sito web del NHS prescrivibilità: www.npc.co.uk.

Bibliografia

- Brooks N, Otway C, Rashid C, Kilty E, Maggs C. The patient's view: the benefits and limitations of nurse prescribing. *British Journal of Community Nursing* 2001; 6(7): 342-348.
- Courtenay M. Nurse Prescribing Update. *Journal of Community Nursing* 2006; 20 (2): 13-16.
- DHa. Medicines Matters: A Guide to mechanisms for the prescribing, supply and administration of medicines. Department of Health, Crown Copyright 2006; UK.
- DHb. Nurse Prescribing: Frequently Asked Questions (FAQ). Department of Health, www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/MedicinesPharmacyandIndustry/Prescriptions, 2006.
- Duffin C, Doult B. NMC to toughen standards before granting access to national formulary. *Nursing Standard* 2006; 20(24): 5.
- Hall J. Supplementary prescribing for nurses. *British Journal of Nursing* 2005; 14(18): 968-972.
- Lewis-Evans A, Jester R. Nurse prescribers' experience of prescribing. *Journal of Clinical Nursing* 2004; 13: 796-805.
- Luker KA, Austin L, Ferguson B, Smith K. Nurse prescribing: the views of nurses and other health care professionals. *British Journal of Community Nursing* 1997; 2: 69-74.
- Luker KA, Austin L, Hogg C, Ferguson B, Smith K. Nurse-patient relationships: the context of nurse prescribing. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 28(2): 235-242.
- Meehan F. Nurse Prescribing plans opposed. *Journal of Community Nursing* 2005; 19 (12): 3.

Accreditation Update

The following courses have received accreditation from the EONS Accreditation Council:

König & May GbR: Weiterbildung Palliative Care, Oberschwaben Klinik, Ravensburg, April/November 2007, longer course in German. More information: www.km-potsdam.de

First Masterclass in Oncology Nursing, St Julians, Malta, 24 February – 2 March 2007, organized by ESO and EONS, short course. Application deadline 1 December 2006. More information: <http://www.cancerworld.org/>



HELP DEFEND YOUR PATIENTS'
INDEPENDENCE
WHEN BONE METASTASES STRIKE



ZOMETA[®] 
zoledronic acid

- ZOMETA helps defend the functional independence of patients with bone metastases by reducing and delaying skeletal-related events (SREs) and providing pain control¹⁻⁵
- ZOMETA is the only treatment proven effective against SREs in a broad range of tumor types with a convenient infusion over no less than 15 minutes^{1-3,6}



References 1. Kohno N, Aogi K, Minami H, et al. Zoledronic acid significantly reduces skeletal complications compared with placebo in Japanese women with bone metastases from breast cancer: a randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Oncol.* 2005;23:3314-3321. 2. Rosen LS, Gordon D, Tchekmedyan NS, et al. Long-term efficacy and safety of zoledronic acid in the treatment of skeletal metastases in patients with nonsmall cell lung carcinoma and other solid tumors: a randomized, phase III, double-blind, placebo-controlled trial. *Cancer.* 2004;100:2613-2621. 3. Saad F. Clinical benefit of zoledronic acid for the prevention of skeletal complications in advanced prostate cancer. *Clin Prostate Cancer.* 2005;4:31-37. 4. Wardley A, Davidson N, Barrett-Lee P, et al. Zoledronic acid significantly improves pain scores and quality of life in breast cancer patients with bone metastases: a randomised, crossover study of community vs hospital bisphosphonate administration. *Br J Cancer.* 2005;92:1869-1876. 5. Weinfurt KP, Li Y, Castel LD, et al. The significance of skeletal-related events for the health-related quality of life of patients with metastatic prostate cancer. *Ann Oncol.* 2005;16:579-584. 6. Chern B, Joseph D, Joshua D, et al. Bisphosphonate infusions: patient preference, safety and clinic use. *Support Care Cancer.* 2004;12:463-466.

ZOMETA[®] 4 MG POWDER AND SOLVENT FOR SOLUTION FOR INFUSION. PRESENTATION: Zoledronic acid. Vials containing 4 mg of zoledronic acid supplied as a powder together with ampoules containing 5 mL of water for injections for reconstitution. **INDICATIONS:** Prevention of skeletal-related events (pathological fractures, spinal compression, radiation or surgery to bone, or tumour-induced hypercalcaemia) in patients with advanced malignancies involving bone. Treatment of hypercalcaemia of malignancy (HCM). **DOSAGE:** For "prevention of skeletal-related events in patients with advanced malignancies involving bone," the recommended dose is 4 mg (reconstituted and diluted with 100 mL 0.9% w/v sodium chloride or 5% w/v glucose solution) given as an intravenous infusion of no less than 15 minutes every 3 to 4 weeks. Dose reduction is recommended in patients with preexisting mild to moderate renal impairment. For "treatment of HCM," the recommended dose is 4 mg given as a single intravenous infusion for no less than 15 minutes. No dose adjustment in patients with mild to moderate renal impairment. Patients without hypercalcaemia should also be administered an oral calcium supplement of 500 mg and 400 IU vitamin D daily. **CONTRAINDICATIONS:** Pregnancy, breast-feeding women, patients with clinically significant hypersensitivity to zoledronic acid or other bisphosphonates, or any of the excipients in the formulation of ZOMETA. **PRECAUTIONS/WARNINGS:** Patients must be assessed prior to administration of ZOMETA to assure that they are adequately hydrated. Monitoring of standard hypercalcaemia-related metabolic parameters such as serum levels of calcium, phosphate and magnesium, and, particularly, serum creatinine. Severe and occasionally incapacitating bone, joint, and/or muscle pain has been reported infrequently in patients taking bisphosphonates. In view of the potential impact of bisphosphonates on renal function and the lack of extensive clinical safety data in patients with severe renal impairment with ZOMETA, its use in this population is not recommended. Dose reduction in patients with preexisting mild to moderate renal impairment. In patients requiring repeated administration of ZOMETA, serum creatinine should be evaluated prior to each dose. If renal function has deteriorated, the dose should be withheld. Limited clinical data in patients with severe hepatic insufficiency; no specific recommendations can be given for this patient population. Overhydration should be avoided in patients at risk of cardiac failure. No experience in children. Patient should inform the dentist while under dental treatment or if dental surgery is foreseen. **INTERACTIONS:** Zoledronic acid shows no appreciable binding to plasma proteins and does not inhibit human P450 enzymes *in vitro*, but no formal clinical interaction studies have been performed. Caution is advised when bisphosphonates are administered with aminoglycosides since both agents may have an additive effect, resulting in a lower serum calcium level for longer periods than required. Caution is asked when used with other potentially nephrotoxic drugs. Attention should also be paid to the possibility of hypomagnesaemia developing during treatment. In multiple myeloma patients, the risk of renal dysfunction may be increased when IV bisphosphonates are used in combination with thalidomide. **ADVERSE REACTIONS:** Usually mild and transient and similar to those reported for other bisphosphonates: most commonly reduction in renal calcium excretion is accompanied by a fall in serum phosphate levels (hypophosphataemia); commonly flu-like syndrome consisting of fever, fatigue, chills, and bone, joint, and/or muscle pain; headache; elevation of serum creatinine and blood urea; renal impairment; anaemia; conjunctivitis; gastrointestinal reactions such as nausea and vomiting, anorexia, serum calcium may fall to asymptomatic hypocalcaemic levels; uncommonly thrombocytopenia, leucopenia; hypersensitivity reactions; hypertension, hypotension, resulting very rarely in syncope or circulatory collapse; shortness of breath, cough; dizziness, paraesthesia, taste disturbance, hypoesthesia, hyperaesthesia, tremor, anxiety, sleeping disturbances; blurred vision; diarrhoea, constipation, abdominal pain, dyspepsia, stomatitis, dry mouth; local reactions at the infusion site such as redness or swelling; asthenia, peripheral oedema, weight increase, chest pain; rash and pruritus, increased sweating; muscle cramps, osteonecrosis (primarily of the jaw); acute renal failure, haematuria, proteinuria, hypomagnesaemia, hypokalaemia; rarely pancytopenia, confusion, bradycardia, angioneurotic oedema, hyperkalaemia, hypernatraemia; very rarely uveitis and episcleritis. **PACKS AND PRICES:** Country-specific. **NOTE:** Before prescribing, please read full Prescribing Information.