



# *EONS* newsletter

Fall 2008



**TEMA:**

**FORMAZIONE**

**Capo-Redattore:**  
Jan Foubert, RN, MSC

**Redazione:**  
Carol Krcmar, RN, MN  
Emile Maassen, RN, CRN  
Cath Miller, MA, RGN Dip Hsm

Scopo di EONS Newsletter è fornire una risorsa cartacea agli infermieri europei di oncologia. Il contenuto degli articoli è destinato alla crescita del corpo di conoscenze in assistenza oncologica.

La corrispondenza può essere indirizzata al Capo-Redattore alla mail: [eons@village.uunet.be](mailto: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](mailto:eons@village.uunet.be)  
Sito web:  
[www.cancereurope.org/EONS.html](http://www.cancereurope.org/EONS.html)

EONS ringrazia Amgen, Astra Zeneca, Merck, MSD, Munidpharma, Novartis, Nutricia, Roche, Sanofi Aventis e Topotarget per il loro continuo supporto alla Società come Sustaining Members.

Copie stampate: 6500  
La versione elettronica è accessibile a 24000 EONS members

**Printed by:**  
Drukkerij Trioprint Nijmegen Bv  
The Netherlands

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

**Tradotto a cura dell'AIIO.**

## Editoriale

Il 2 giugno 2008, l'EONS ha organizzato l'evento "Modernising Cancer Nursing Education" a Bruxelles con lo scopo di fornire ai formatori informazioni aggiornate sugli sviluppi europei sul cancro, sul processo di Bologna, condividendo l'impatto di questi sviluppi sulla futura educazione infermieristica. Sono intervenuti all'evento 35 partecipanti da 9 Paesi che, pur dicendosi soddisfatti, avrebbero gradito più informazioni pratiche su Bologna e più tempo per discutere gli aspetti pratici dell'implementazione di un core curriculum in Paesi differenti, più tempo alle discussioni in piccoli gruppi, meno relatori, più attenzione al cancro all'educazione sul cancro.

In questo numero troverete articoli dei relatori di quest'evento. Gli articoli riguardano aspetti differenti dell'educazione che è uno degli elementi principali dell'EONS.

Qual è il significato di educazione? Possiamo darvene diversi. Ad esempio:

"L'obiettivo prioritario dell'educazione è di fornire una volontà e mezzi per apprendimento; dovrebbe dar luogo non a persone istruite ma persone che continuano ad apprendere. La vera società umana è una società di persone che apprendono, dove nonni, genitori, figli e studenti sono tutti studenti che interagiscono tra loro". *Eric Hoffer*  
"Nessuno ha ancora compreso l'intrinseca ricchezza in simpatia, gentilezza e generosità dell'animo infantile. La vera educazione dovrebbe solo portare alla luce questo tesoro". *Emma Goldman*

"Il solo scopo dell'educazione è d'insegnare agli studenti come vivere la loro vita attraverso lo sviluppo della mente e fornendo gli strumenti che l'aiutino a misurarsi con la realtà. Il tirocinio di cui ha bisogno è teorico, cioè concettuale. Egli deve essere istruito a pensare, a capire, a integrare, a provare. Egli deve essere istruito sugli aspetti essenziali del sapere passato e messo in grado di acquisire ulteriore conoscenza attraverso il proprio sforzo". *Ayn Rand*

"Lo scopo dell'educazione dovrebbe essere di insegnarci a come pensare, piuttosto che a che cosa pensare, piuttosto a migliorare il proprio

spirito, così da renderlo capace di pensare autonomamente, piuttosto che sovraccaricare la propria memoria con i pensieri di altri uomini".

*Bill Beattie*

"L'obiettivo principale dell'educazione è di lasciare un uomo nelle condizioni di continuare a farsi domande". *Bishop Creighton*

"Il lavoro centrale delle scuole è di massimizzare le capacità di ogni studente". *Carol Ann Tomlinson*

I teorici hanno fatto delle distinzioni tra gli obiettivi dell'educazione e la funzione dell'educazione. Alcuni insegnanti credono che la trasmissione della conoscenza sia il primo obiettivo dell'educazione, mentre il trasferimento della conoscenza da un luogo di apprendimento al mondo reale sia qualcosa che avviene naturalmente come conseguenza del possesso della conoscenza, una funzione dell'educazione.

È tempo di spostare l'interesse da aspetti quali curriculum, valutazioni, composizione delle classi, libri, computer sull'assunzione fondamentale e sulla definizione dell'educazione che hanno gli educatori e i politici.

Siccome l'educazione è importante, veramente spero che questo numero vi dia ciò che è sempre stato nelle nostre intenzioni e cioè fornire informazioni, idee ed energie.

Jan Foubert.

### Paesi rappresentati all'evento Modernising Cancer Nursing Education a Bruxelles.

Paese	Numero di partecipanti
Belgio	11
Finlandia	1
Germania	3
Islanda	1
Italia	1
Portogallo	2
Spagna	1
Turchia	1
Gran Bretagna	14
Totale	35



Anu Saag, Presidente dell'Estonian Oncology Nursing Society; Siiri Telling, Vice-presidente dell'Estonian Oncology Nursing Society

### Storia

L'Associazione è il successore della sezione infermieristica dell'Estonian Cancer Society (fondata nel 1992) e divenuta una libera organizzazione nel 1996.

Lo scorso anno abbiamo celebrato il 15° anniversario della Società, in cui sono state ricordate dai primi leader le emozionanti attività dei primi anni.

### Obiettivi

L'obiettivo dell'Associazione è assicurare il costante sviluppo dell'assistenza infermieristica oncologica e innalzarne la qualità offerta al paziente e alla famiglia.

Per centrare questi obiettivi l'associazione:

- pianifica e conduce corsi per professionisti sanitari oncologici
- sviluppa la cooperazione e lo scambio di informazioni tra i membri
- sviluppa le pagine web del sito dell'associazione
- motiva gli infermieri a essere parte attiva nella vita associativa
- presenta il lavoro degli infermieri di oncologia e le possibilità di formazione ai neo-infermieri
- promuove la partecipazione degli infermieri nelle conferenze internazionali
- collabora con diverse organizzazioni professionali di diversi Paesi

### Struttura organizzativa

La commissione coordinatrice (5 membri) ha in carico tutte le attività. In questa commissione sono rappresentati gli infermieri che lavorano in tutti i campi dell'oncologia.

Attualmente abbiamo 130 infermieri di oncologia e di altri campi: per associarsi, essi hanno chiesto di ampliare le loro conoscenze verso il trattamento e l'assistenza ai pazienti tumorali.

### Vantaggi dei Soci

I membri dell'associazione accedono alle pagine web che forniscono informazioni in tempo reale e continuamente aggiornate: il nostro sito, [www.eons.ee](http://www.eons.ee) è stato creato nel maggio 2007.

Con l'introduzione del sito abbiamo anche introdotto un nuovo logo, con i simboli dello yin e dello yang: essi rappresentano gli opposti ma allo stesso tempo uno non può esistere senza l'altro e nella reciproca relazione essi rappresentano la propria complementarietà (come per comprendere il benessere bisogna essere consapevoli del male).

### Attività

Organizzare la conferenza annuale di primavera è diventata una tradizione per l'ONS estone. Questo evento è frequentato per la maggior parte dai membri dell'associazione, ma è anche aperto a infermieri di altri campi.

Una parte della conferenza è riservata al consiglio di coordinamento per fare un sunto delle attività dell'anno passato e presentare i programmi dell'anno futuro.

Grazie al sito internet dell'associazione abbiamo pubblicato nel 2007 il programma dei corsi di addestramento che si sarebbero tenuti nel 2007-2008. Ecco di seguito la lista dei programmi:

- Il 2° seminario di oncologia autunnale.
- Le due giornate del corso per infermieri di oncologia chirurgica.
- Aggiornamento per il personale di oncologia su effetti collaterali, isolamento protettivo ed errata igiene delle mani.

- Aggiornamento sulla gestione della discoagulazione (4<sup>a</sup> edizione).
- Corso su psicologia e linfomi non Hodgkin.
- 3 giorni sulla chemioterapia (corso accreditato EONS).
- 10<sup>a</sup> annuale conferenza di primavera. L'argomento principale era l'oncologia pediatrica dove abbiamo presentato l'attività clinica dei clown in Estonia.

I membri dell'ONS estone lavorano in differenti ambiti oncologici (emato-oncologia, trapianto midollo osseo, chirurgia, radioterapia, domiciliare, hospice): per questo motivo cerchiamo di pianificare i nostri corsi tenendo conto delle esigenze formative degli infermieri.

### Collaborazioni con altre associazioni

L'ONS estone collabora attivamente con diverse associazioni coinvolte nell'assistenza infermieristica generale e oncologica. Tra queste sono comprese l'Unione infermieri Estone, l'Associazione Estone Cancro e a livello europeo l'EBMT. La nostra collaborazione con l'EBMT è stata molto stretta in questi anni ed essi ci hanno fornito suggerimenti sia pratici che teorici.

### Relazioni con EONS

In associazione con EONS, l'ONS estone ha organizzato diversi corsi per infermieri di oncologia. Siamo membri di EONS dal 1994. Alcuni degli eventi tramite i quali abbiamo collaborato con EONS includono:

- corsi di addestramento per infermieri che iniziarono prima del 1994 quando i principi dell'assistenza erano per noi nuovi e ci sembravano un po' utopistici;
- corsi di assistenza palliativa si svolsero nel 1998 in associazione con ESMO, EONS ed ONS;
- corsi educativi sulla chemioterapia (tre sessioni fra il 2000 e il 2003) accreditati dall'EONS e tre tirocini di 55 ore ciascuno vennero svolti.

Il 4° congresso di oncologia del Baltico si è svolto a Tartu nel 2006 e aveva una sessione infermieristica. Steve O'Connor dell'EONS è stato invitato. Il feed-back della sessione infermieristica è stato molto buono, specialmente dai colleghi lituani e lettoni. Steve diede una buona valutazione del congresso ed ebbe una buona panoramica delle attività dell'assistenza infermieristica degli stati baltici.

In associazione con EONS abbiamo condotto due corsi di addestramento TITAN ed uno TARGET. Jan Foubert dell'EONS ha partecipato ad uno dei TITAN e la sua presenza è stata ispiratrice per i partecipanti.

### Direzioni future

Nel futuro vorremmo... progetti:

- Sviluppare vorremmo dare molta importanza ai seguenti progetti:
- Fornire e condurre ricerca infermieristica implementando i risultati nella pratica per fornire assistenza migliore ai pazienti.
- Fornire corsi professionali per infermieri di oncologia e sviluppare la specializzazione degli infermieri.
- Fornire traduzioni della letteratura scientifica e delle guide linea che sono state sviluppate dall'EONS.

# Dagli outcome dell'apprendimento alle competenze

## Cosa sono? Rispecchiano la pratica?

*Professor Annie Topping, Director – Centre for Health & Social Care Research, University of Huddersfield. HUDDERSFIELD, UK*

### Introduzione

Gli outcome dell'apprendimento rappresentano gli elementi basilari del curriculum nell'odierna istruzione secondaria in molti Paesi occidentali. Gli outcome dell'apprendimento e altri approcci basati sugli outcome come le strutture della competenza hanno implicazioni ad ampio raggio per l'impianto del curriculum, dell'apprendimento, dell'insegnamento e delle strategie di valutazione, dell'assicurazione di qualità compresa la comparazione e l'armonizzazione di qualifiche nelle istituzioni e in ambiti nazionali. Da decenni si sta animatamente dibattendo su competenza, perizia e abilità nelle professioni sanitarie. Alcuni commentatori suggeriscono che il dibattito è tornato in primo piano in risposta alle critiche da parte dei datori di lavoro, di chi stabilisce regole e del pubblico. In verità le strutture della competenza sono comunemente usate nella sanità e applicate per evidenziare prestazioni sia organizzative che individuali.

Una delle più recenti critiche all'istruzione sanitaria e in particolare a quella infermieristica, è che è stata data troppa importanza all'acquisizione della conoscenza e della teoria a scapito della prestazione. Questo assume un particolare significato se si confronta con l'industria sanitaria che subisce enormi cambiamenti. L'infiltrazione di operatori sanitari esterni negli organismi sanitari, l'impatto e spesso le influenze che generano confusione dell'evidence-based-medicine, la tecnologia e la gestione della prestazione nella cura e l'aumentata mobilità della forza lavoro sanitaria pongono perfino maggiore necessità di una comprensione comune delle qualifiche. Simili fattori hanno avuto un impatto sugli educatori e in parte il processo degli outcome dell'apprendimento può essere visto come un tentativo di esercitare un controllo sulla progettazione del curriculum per assicurare la natura e la qualità del prodotto da parte delle istituzioni di istruzione secondaria. Questo inevitabilmente esercita molte tensioni sia a livello filosofico che sulla gestione del controllo della qualità e della sorveglianza richiesta per assicurare conformità. Gli outcome dell'apprendimento e le strutture della competenza sono quindi ora visti come gli elementi basilari di sistemi e processi trasparenti non solo per le istituzioni di istruzione individuale che forniscono moduli e programmi ma sono anche a livello nazionale e internazionale (Adam 2004, Cowan et al 2005, EONS 2005).

### Gli outcome dell'apprendimento

Gli outcome dell'apprendimento hanno la loro origine teorica nel comportamentalismo. Questa teoria enfatizza l'identificazione e la misura dell'apprendimento e dell'istruzione come un processo con outcome osservabili e misurabili. Per stabilire cosa si è imparato debbono essere tracciati i limiti del sapere in modo chiaro. Gli outcome dell'apprendimento, che sono asserzioni scritte che riassumono ciò che il discente sarà in grado di capire, conoscere e/o dimostrare a seguito di un periodo di apprendimento, diventano significativi.

Nel 1956 Bloom sviluppò una tassonomia riferita all'istruzione che offre un glossario comune e una consistenza di come l'apprendimento può essere espresso. Questa classificazione di termini permette un giudizio tra i diversi livelli o la complessità dell'apprendimento. (vedi Box 1)

### Box 1: Tassonomia di Bloom

• Conoscenza:	Ricordare informazioni rilevanti
• Comprensione:	Spiegare informazioni salienti
• Applicazione:	Risolvere problemi chiusi
• Analisi:	Risolvere problemi aperti
• Sintesi:	Creare soluzioni uniche ai problemi
• Valutazione:	Esprimere giudizi critici basati su una solida conoscenza

Per esempio, usando questa tassonomia un outcome di apprendimento che enfatizzi la conoscenza acquisita, nel programma di uno studente potrebbe essere espressa come: "Alla fine del modulo lo studente sarà capace di descrivere il normale ciclo di una cellula".

La qualità pratica dell'apprendimento richiesto aiuta il tipo di valutazione più adatto a giudicare quel tipo di apprendimento. In questo caso la conoscenza potrebbe essere valutata da un esame a prima vista, usando domande a scelta multipla. Mentre un outcome più complesso, coinvolgente la valutazione potrebbe essere espresso come: "Alla fine del modulo lo studente dovrebbe essere capace di valutare problemi clinici che emergono in risposta a trattamenti sul cancro e stabilire individualmente un piano di cura basato sulla logica dell'evidenza", ed essere valutato da un esame clinico strutturato oggettivamente (OSCE): Il completamento efficace di questo apprendimento richiede conoscenza e apprendimento ma anche valutazione critica e abilità decisionali. Quindi questa complessità necessita di una riflessione sulle strategie valutative scelte. In entrambi gli esempi gli outcome dell'apprendimento esprimono l'apprendimento ma guidano anche implicitamente il modulo o il programma per individuare la strategia di valutazione adatta a testare quanto appreso dallo studente.

Fondamentale nell'uso degli outcome dell'apprendimento è che basano il concetto di istruzione sul discente e su ciò che può apprendere. Questo passaggio di enfasi dall'input (ciò che gli insegnanti insegnano) all'output (ciò che gli studenti fanno e sanno fare) rende l'apprendimento un processo attivo e trasparente e centrato sull'istruzione dello studente. Gli outcome dell'apprendimento quindi servono sia come guida che come stratagemma per permettere una comprensione condivisa per gli studenti e i loro insegnanti su ciò che ci si può aspettare.. Possono anche essere usati per informare i potenziali studenti e datori di lavoro su ciò che possono aspettarsi come outcome di laureati di un corso o programma di studio.

L'apprendimento non è solo acquisizione di abilità di una disciplina come il curare il cancro, è anche acquisire o ampliare abilità generiche come la gestione del tempo, l'uso della tecnologia informatica (IT) e il lavoro multidisciplinare di squadra. Queste abilità generiche o trasferibili possono anche essere espresse attraverso gli outcome dell'apprendimento. Sono visti dagli studenti e dai datori di lavoro come particolarmente significativi poiché hanno la potenzialità di facilitare la flessibilità della forza lavoro in un ambiente lavorativo che cambia costantemente. Per esempio l'acquisizione di abilità di IT è vitale per le attuali e future generazioni di operatori

sanitari come l'introduzione di sistemi di registrazione elettronica del paziente diventa parte integrante dell'assistenza. L'integrazione della IT nelle strategie dell'apprendimento e dell'insegnamento usate da studenti che ci si aspetta usino database elettronici per recuperare la letteratura, l'accesso ad ambienti di apprendimento virtuali, l'uso di strumenti mobili, tutto contribuisce all'acquisizione di abilità trasferibili alla cura. Inoltre questo permette ai laureandi di operare più efficacemente quando debbono affrontare cambiamenti come nuovi sistemi informatici o nuove tecnologie sul posto di lavoro.

Negli ultimi vent'anni, l'uso di outcome di apprendimento come parte di un approccio totale basato su outcome globali usato nell'istruzione, è diventato comune in USA, UK, Irlanda, Australia, Nuova Zelanda e Sud Africa. Bologna ha creato un considerevole interesse e un vero movimento verso l'adozione di processi basati su outcome dell'apprendimento per programmi progettati in Europa. Questo approccio a sistema totale rende l'integrazione dell'istruzione accademica e vocazionale e il tirocinio più facile. Aiuta anche lo sviluppo e l'introduzione di accreditamento di un precedente apprendimento, trasferimento di crediti e accumulo di strutture permanenti di apprendimento. Ad un livello istituzionale, gli outcome dell'apprendimento possono essere espressi a programma o livello di modello e possono essere usati per elaborare unità individuali di studio così come una conferenza o un'attività di apprendimento. Gli outcome di apprendimento permettono anche il paragone tra programmi ed hanno il potenziale di agire come ciò che favorisce l'apprendimento per un'armonizzazione europea trasparente (Cowan et al 2005, Mallaber and Turner 2006). In parallelo sono state sviluppate strutture di competenza per differenziare i differenti gradi d'aspettativa dello staff e una migliore concettualizzazione dei requisiti attuali e futuri della forza lavoro. Esempi di strutture di competenza nella cura del cancro sono disponibili via on line (ad es. Weatherall 2004, The National Cancer Nursing Education Project [EdCAN] 2008) o per specifiche competenze (cf Consensus Panel on Genetic/Genomic Nursing Competencies 2006; Skills for Health 2008)

### **Competenza e abilità**

Per una professione come quella infermieristica, lo scopo principale di ogni programma di preparazione per la pratica iniziale o specialistica è che il discente acquisisca le necessarie abilità, conoscenza e attitudine alla pratica; in una parola: competenza. Stabilire una definizione di ciò che è inteso come competenza o giudicare che un individuo abbia raggiunto il punto di riferimento di competenza è una sfida al meglio e molto controversa (Watson et al 2002). Gonzi (1994) suggerisce che ci sono molti modi per vedere la competenza. Un approccio è focalizzarsi completamente sul comportamento dimostrato dall'individuo, un secondo è considerare le caratteristiche generali dimostrate da un individuo che costituiscono l'effettiva performance; la terza è determinare i componenti che costituiscono i requisiti per il ruolo che tutti assieme formano la competenza. Tutti questi approcci hanno le loro debolezze. Il problema con il focalizzarsi semplicemente sul comportamento è che si presuppone una conoscenza rafforzata che tuttavia rimane invisibile o considerata automaticamente come non necessaria o probabilmente sottovalutata. Un'attenzione sugli attributi generali può portare ad un operatore senza i requisiti specifici del ruolo. Mentre ridurre l'arte e la scienza infermieristica meramente alle sue parti componenti non può, quando ricostituita, incontrare le aspettative del pubblico, dei datori di lavoro, di regolamenti statuari e professionali (Mallaber and Turner 2006) e nemmeno dell'individuo. Una sfida ancora maggiore è la complessità inerente la valutazione della competenza (Watson et al 2002, Topping et al 2002). Nonostante queste debolezze, le strutture della competenza sono state adottate nel settore sanitario come un mezzo per valutare la capacità, per giudicare la performance e perfino usate come basi per determinare il livello di remunerazione come il progetto



Agenda for Change and Knowledge and Skills Frameworks adottato in UK ( DH2004; DH2007).

### **Gli outcomes dell'apprendimento e le abilità rispecchiano la pratica?**

Lo scopo dei sistemi che adottano gli outcome dell'apprendimento e/o le abilità è quello di fornire assicurazioni su ciò che un laureando o un dipendente conosceranno e sapranno fare. In pratica si tratta di creare fiducia che gli operatori che escono siano adatti allo scopo e alla pratica e abbiano i requisiti richiesti da un riconoscimento accademico e far sì che gli outcome dell'apprendimento e/o le abilità adottino il linguaggio dell'oggettività. Questo dà l'impressione che il riuscire a giudicare attraverso l'uso di queste strutture possa essere scientifico nella sua precisione (Hussy and Smith 2002). Invece, alcune forme di valutazione sono tutt'altro che precise, particolarmente quando la dimostrazione dell'acquisizione di un outcome dell'apprendimento o competenza nelle scienze mediche richiede una complessa interazione tra la conoscenza, le abilità e le attitudini, l'abilità di giudicare di chi valuta, il test o il compito fa emergere in modo adeguato l'evidenza e il contesto è solido per assicurare che non influenzi la valutazione. In realtà si deve assicurare affidabilità e validità, sensibilità e specificità. Questo è ancora più complesso laddove si fa pratica, ove il controllo dell'ambiente di studio è difficile, particolarmente in termini di consistenza garantita. La pratica è essenzialmente confusa e indeterminata (Schon 1983). C'è una considerevole e crescente evidenza che una gamma di fattori influenza la valutazione pratica: la possibilità di sbagliare di chi valuta la non riuscita degli studenti (Duffy 2003) e i piccoli soprusi sulle caratteristiche personali del discente che possono influenzare gli outcome. Ciò detto, i livelli di errori riportati, episodi negativi e il fallimento nel riportare fallimenti sistematici nella competenza di operatori sanitari nella sanità ( European Commission 2005; Pietro et al 2000) crea un vero impulso per stabilire approcci robusti per la preparazione e il continuo sviluppo professionale delle attuali e future generazioni di operatori. Di qui l'entusiasmo per le strutture prestabilite.

L'istruzione e il tirocinio per gli operatori sanitari possono preparare al ruolo ma esso resta solo un elemento della necessaria preparazione per la perizia. È ampiamente riconosciuto che la sola istruzione non diventa perizia e che ai neo-operatori si richiede un periodo di consolidamento per realizzare le proprie abilità e la propria conoscenza. L'immersione nella pratica agisce come un catalizzatore per la trasformazione e l'assimilazione completa del sapere e dopo un periodo di tempo per lo sviluppo in perizia. (Benner 1984, Benner et al 1996, Topping et al 2002). Una caratteristica dell'affioramento della pratica è che il discente acquisisce familiarità con caratteristiche uniche e sfumature culturali di particolare specialismo.

Comunque, una particolare preoccupazione per i formatori è che la disponibilità di luoghi per fare tirocinio adatti alla qualità clinica dell'imparare sta diventando meno disponibile e i finanziamenti per formatori clinici per far fare pratica agli studenti sono spesso limitati se non assenti. Laboratori per abilità cliniche sono sorti come alternativa poiché forniscono un solido contesto di apprendimento per riprodurre pratica clinica e assisterli nello sviluppo di abilità.

L'esecuzione ripetuta di una procedura per sviluppare e mantenere la competenza è una caratteristica delle industrie come l'aviazione dove la riduzione dell'errore è primaria (Armitage and Knapman 2003). In verità il caso è spesso usato come un criterio per giudicare l'idoneità di un ambiente di apprendimento clinico nell'istruzione professionale sanitaria. Sono anche sempre più usati approcci che cercano di replicare il mondo reale della cura per accelerare la familiarità con situazioni o casi tipici attraverso l'uso di apprendimento simulato. Si ottiene l'evidenza che riguarda i benefici della simulazione specialmente l'impatto sulla fiducia dei neo-operatori nella pratica (Moule et al 2008). La fiducia senza la conoscenza o l'abilità potrebbe essere una preoccupazione ma il vantaggio di una simulazione è che molte delle caratteristiche della pratica possono essere introdotte pur mantenendo l'attenzione sull'apprendimento e non sull'azione compiuta. Ciò detto la simulazione non può mai sostituire i benefici dell'apprendimento empirico nella pratica.

Lo scopo di questo scritto era di esplorare se le strutture che adottano gli outcome dell'apprendimento o le abilità facciano o meno una differenza nella pratica. I benefici di esprimere chiaramente ciò che un operatore dovrebbe sapere e essere capace di fare sembrano chiari benché la complessità di una solida valutazione nel confuso mondo reale sia elusiva. Una domanda diversa ma collegata è se l'uso di strumenti per valutare specifici elementi dell'apprendimento o della performance, giovino. Inoltre, quando tutti gli outcome (o valutazioni) sono aggregati, se il risultato costituisca la competenza del clinico. In risposta: assicurare l'affidabilità e la validità di valutazione dell'istruzione basata sull'outcome così che pazienti, datori di lavoro, organismi che fanno regolamenti e singolo operatore possano confidare nella competenza, rimane una sfida ma speriamo che non sia insormontabile nel futuro.

## Bibliografia

Adam S (2004) A consideration of the nature, role, application and implications for European education of employing 'learning outcome' at the local, national and international levels Scottish Executive ISBN 0 7559 1058 3 (available for download from: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2004/09/19908/42711> accessed 25/05/08)

Armitage G & Knapman H. (2003) Adverse events in drug administration: a literature review. *Journal of Nursing Management* 11 130-140

Benner P (1984) *From Novice to Expert* Menlo Park, CA: Addison-Wesley

Benner P, Tanner C A, Chesla C A (1996) *Expertise in nursing practice* New York, NY Springer Publishing Company

Bloom B S (1956) *Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals: Handbook 1: Cognitive Domain* New York: Longman

Calman L (2006) Patients' views of nurses' competence *Nurse Education Today* 26 8 719-725

Consensus Panel on Genetic/Genomic Nursing Competencies (2006). *Essential Nursing Competencies and Curricula Guidelines for Genetics and Genomics*. Silver Spring, MD: American Nurses Association. Download from <http://www.genome.gov/Pages/Careers/HealthProfessionalEducation/geneticscompetency.pdf> (accessed 24.08.08)

Cowan D T , Norman I J , Coopamah VP (2005) A Project to establish a skills competency matrix for EU nurses *British Journal of Nursing* 14 (11) 613-617,

Department of Health (2004) *The NHS Knowledge and Skills Framework (NHS KSF) and the Development Review Process* (October 2004) available for download [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4090843](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4090843) (accessed 24.08.08)

Department of Health (2007) *Agenda for Change (Resource Pack)* download from [http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Humanresourcesandtraining/Modernisingpay/Agendaforchange/DH\\_4112440](http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Humanresourcesandtraining/Modernisingpay/Agendaforchange/DH_4112440) (accessed 24.08.08)

Duffy K (2003) *Failing students: a qualitative study of the factors that influence the decisions regarding assessment of students competence in practice* London Nurse Midwifery Council (Download: <http://www.nmc-uk.org/aFrameDisplay.aspx?DocumentID=1330>) (accessed 24.08.08)

European Commission (2005) *Luxembourg Declaration on Patient Safety* (see download [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/ev\\_20050405\\_rd01\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf) (accessed 24.08.08)

European Oncology Nursing Society (2005) *EONS Post-basic Curriculum in Cancer Nursing 2005 (3rd Edition)* Brussels EONS download from: <http://www.cancerworld.org/CancerWorld/getStaticModFile.aspx?id=902> [accessed 24.08.08]

Gonzci A (1994) *Competency based assessment in the professions in Australia Assessment in Education* 1 27-44

Hussey T and Smith P (2002) *The trouble with learning outcome Active Learning in Higher Education* 3 (3) 220-233

Mallaber C & Turner P (2006) *Competency versus hours: An examination of a current dilemma in nurse education Nurse Education Today* 26 2 110-114

Moule P, Wilford A, Sales R, Lockyer L (2008) *Student experiences and mentor views of the use of simulation for learning Nurse Education Today* 28 (7) 790-797

National Cancer Nursing Education Project [EdCAN] (2008) *National Education Framework - Cancer Nursing: A national professional development framework for cancer nursing* Cancer Australia Canberra (Download from <http://www.edcan.org/pdf/EdCanFramework1-6.pdf> (accessed 24.08.08)

Pietro, D A Shyavitz, LJ Smith R A and Auerbach S (2000) *Detecting and reporting medical errors: why the dilemma?* *British Medical Journal* ;320;794-796 doi:10.1136/bmj.320.7237.794

Schon D (1983) *The Reflective Practitioner: How professionals think in action* New York: NY Basic Books

Skills for Health (2008) *Chemotherapy Framework* [http://tools.skillsforhealth.org.uk/competence/searchResults?keywords=Chemotherapy&framework%5B%5D=21&level%5B%5D=1&level%5B%5D=2&level%5B%5D=3&level%5B%5D=4&adv\\_search.x=36&adv\\_search.y=7](http://tools.skillsforhealth.org.uk/competence/searchResults?keywords=Chemotherapy&framework%5B%5D=21&level%5B%5D=1&level%5B%5D=2&level%5B%5D=3&level%5B%5D=4&adv_search.x=36&adv_search.y=7) (accessed 24.08.08)

Topping A, Porock D, Watson R & Stimpson A (2002) *Evaluation of the effectiveness of educational preparation for cancer nursing and palliative care. Report to ENB/Department of Health*. London Watson R, Stimpson A, Porock D and Topping A (2002) *Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature* *Journal of Advanced Nursing* 39 5 421-431

Weatherall A (2004) *National Care Competency* [http://www.city.ac.uk/sonm/dps/pre-reg-curriculum/references\\_usefuldocs/KSF%20Cancer%20Competencies.pdf](http://www.city.ac.uk/sonm/dps/pre-reg-curriculum/references_usefuldocs/KSF%20Cancer%20Competencies.pdf) (accessed 24.08.08)

# Prigioni e draghi

## Nel labirinto dell'approccio della politica europea all'infermieristica

Sara Faithfull, Presidente EONS

Durante l'estate sono stata a lavorare con uno studente Erasmus tedesco in visita in Regno Unito e Belgio per lo scambio formativo dell'EONS di 3 mesi come laureato Erasmus. È stata un'esperienza illuminante come aver esplorato le "Prigioni e i Draghi" della politica dell'UE. Mi sono meravigliata del coraggio del mio collega di lasciare famiglia e amici, andare all'estero e vivere in un'altra cultura. Anche se è una vicenda avventurosa ampliare gli orizzonti e sfidare le credenze, ciò è anche pauroso. Le differenze culturali e di regole di vita vanno ben oltre ciò che si richiede alla gente o a quello che gli infermieri sono in grado di intraprendere in termini di pratica infermieristica. Viene da esaminare le nostre convinzioni sull'Europa il lavoro multidisciplinare. Imparare una lingua parlata, mangiare nuovi piatti e comprendere diversi sistemi sanitari fa parte dell'apprendimento. Nonostante tutte queste esperienze, il nostro più ampio progetto Erasmus /EONS è mappare il nursing oncologico e individuare in che misura gli Stati membri abbiano raggiunto o intrapreso cambiamenti in risposta a queste direttive UE. Finora è stato un viaggio di scoperta. Il nostro primo passo è stato esplorare la linea di condotta dell'UE. Mi permetto di spiegare la marcia indietro della linea di condotta dell'UE sul cancro.

Nel 1987, la Commissione delle Comunità Europee (CEC) nel programma dell'Europa contro il cancro (EAC) ha individuato la necessità di un'istruzione e formazione efficaci. Questo è stato ribadito nel secondo piano d'azione (1990-94). La Commissione ha riconosciuto il ruolo vitale dei diversi professionisti della salute sia nella prevenzione che nella diagnosi precoce di cancro e di incoraggiare universitari e laureati alla formazione in materia di metodi di screening, consigliare adeguati metodi di trattamento, riabilitazione e cura terminale (UE 1997). Nel terzo piano d'azione (1996-2000) furono incoraggiate nuove iniziative di formazione come ad esempio l'inserimento dell'assistenza psicosociale. Tuttavia occorre ricordare che in quel momento l'assistenza infermieristica era ed è tuttora una professione senza laurea in molti Paesi e che tali raccomandazioni riflettono esperienze di centri di eccellenza e lo sviluppo di reti di formazione, in gran parte non accessibili agli infermieri.

Più recentemente, la linea di condotta riflette i documenti di discussione in relazione alle aree di bisogno come ad esempio le cure oncologiche negli Stati Baltici membri o specifici gruppi di tumore come ad esempio lo screening cervicale. Essi inoltre riflettono prevalentemente una strategia di prevenzione. In cima a questo livello sono la salute mondiale e le proposte di fornire un complesso labirinto di indicazioni e di linee di condotta. Inoltre, iniziative locali e nazionali devono essere considerate a livello dei piani oncologici e prestazioni dei servizi per la salute. Non mi meraviglio che pochi di noi capiscano il contesto delle linee di condotta dell'UE per le prestazioni oncologiche e tanto meno a sostegno della cura del cancro!

Molto oltre va l'atteggiamento dell'UE che si esprime in forma di raccomandazioni, offrendo solo orientamenti non vincolanti e solo agli Stati membri. Si è come in un labirinto in cui vi sono



diverse forme di consulenza, da testi di discussione a istruzioni giuridicamente obbligatorie a livello nazionale. Decifrare questi livelli è importante per capirne il potere o provare il cambiamento e per constatare se una qualsiasi parte riguardi le prestazioni di assistenza infermieristica specialistica oncologica. Questo è come esplorare una prigione senza luce! Visitare esperti UE di linee di condotta e parlare con i nuovi Paesi in via di sviluppo oltre frontiera è stato utile. Tuttavia, posso dirvi che finora si ritiene che l'assistenza infermieristica oncologica sia praticamente invisibile nel contesto delle linee di condotta. L'accento sulla prevenzione e la cura lascia poco spazio ai pacchetti di assistenza sanitaria, a capacità di comunicazione, gestione del sintomo o terapia di supporto. L'assistenza infermieristica non è né definita, né valutata come parte di prestazioni di prevenzione o di trattamento. Passiamo ora alla "cura multidisciplinare". Ciò che questo significa in UE è parlare delle prestazioni mediche che spaziano attraverso diverse specialità ma non comprende né assistenza infermieristica né servizi di cure sanitarie. Anche il recente documento sloveno, sfidando il futuro onere della cura del cancro (2008) aveva capitoli scritti da medici, pazienti e psicologi, ma non un infermiere tra loro. Dove sono gli infermieri e perché non sono visti?

In parte, credo che questo riguardi la valorizzazione di infermieri oncologici specializzati in molti Paesi europei, ma anche i pochi risultati disponibili provano che l'assistenza infermieristica oncologica specializzata fornisce vantaggi per i pazienti. Dove tali elementi di prova esistono, per esempio nella cura al seno, gli infermieri sono visibili all'interno della politica di orientamento. Tuttavia gli infermieri sono in gran parte visti come lavoratori ausiliari piuttosto che come professionisti collaboratori.

Per uscire da questa situazione abbiamo bisogno di rispondere alle dichiarazioni politiche, sviluppare la nostra prova del fatto che la specializzazione infermieristica sia la via per far contare la professione. Cominciando a rispondere alla dichiarazione UICC 2008 del mondo oncologico ([www.uicc.org](http://www.uicc.org)) e partecipare all'appello per l'azione.

# Formazione permanente

## Mentoring e pianificazione dello sviluppo del personale nell'assistenza Sanitaria

Alison Rhodes, Director of Studies – Learning and Teaching Framework, Faculty of Health and Medical Sciences, Division of Health and Social Care, University of Surrey, Guildford, Surrey

Mi ha fatto piacere essere invitata a fare una presentazione all'inizio dell'anno, durante l'evento educativo di EONS, su temi che sono la mia passione: mentorship (tutoraggio) e sviluppo.

Il mio interesse in questi settori è iniziato circa 20 anni fa, mentre lavoravo nell'Unità di Terapia Intensiva, dove gli studenti in erano in grado di acquisire esperienza clinica. Durante questo periodo, mi sono ritrovata a sperimentare modi creativi per sviluppare non solo la conoscenza e la comprensione dello studente, ma anche come dare loro sostegno per non essere timorosi in un tale ambiente altamente tecnologico. Sembrava così naturale facilitare lo sviluppo attraverso il mentorship (tutoraggio), ed in effetti, il mio ruolo di mentorship (tutor) è stato ed è ancora oggi una bella sfida. Il mio entusiasmo per questi concetti mi ha portato alla ricerca dello sviluppo e della pianificazione dello sviluppo del personale (PDP), dove ho iniziato a interessarmi al concetto di organizzazione che apprende e a come fornire sostegno sul posto di lavoro per l'apprendimento e lo sviluppo.

Il mio percorso di apprendimento è culminato nel ruolo di Direttore degli Studi per l'apprendimento e l'insegnamento, struttura che provvede alla formazione dei mentori, dei Practice Teachers e dei Qualified Teacher sia a livello universitario che di perfezionamento. La struttura è in via di sviluppo, un programma di studi è stato creato sulla base del Nursing and Midwifery Council's (NMC) Standards (2006) che ha evidenziato aree di responsabilità e responsabilità attraverso quattro fasi (fig. 1), relative a sostenere l'apprendimento e la valutazione nella pratica

**Fig. 1** – Fasi identificative degli standard (NMC 2006, Standard a sostegno dell'apprendimento e della valutazione nella pratica [aggiornato 2008])

FASE 1	ASSOCIATE MENTOR
FASE 2	MENTOR
FASE 3	PRACTICE TEACHER
FASE 4	QUALIFIED TEACHER

(NMC 2006)

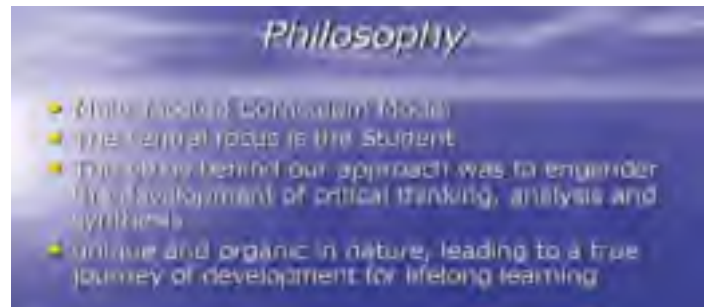
La struttura è stata sviluppata come una scala mobile (fig. 2) con mentorship (tutoraggio) a livello universitario che guida i practice teacher (insegnanti di pratica) e i qualified teacher (insegnanti qualificati) al livello di perfezionamento.

**Fig. 2**



La base della filosofia (fig. 3) di questa struttura è stata costruita attorno al concetto di sviluppo. Un nuovo modello di studio filosofico è stato progettato (modulo di sviluppo a sei dimensioni a più facce [Rhodes2006]) a integrazione di teoria e pratica in un percorso progressivo incoraggiante l'indipendenza, la motivazione e il pensiero critico.

**Fig. 3** - Filosofia



Come evidenziato nella fig. 3, lo studente è considerato come punto centrale di tale approccio filosofico, dando l'opportunità di esplorare le esperienze passate, le conoscenze e le aspirazioni.

La maggioranza degli studenti rientra nello stage 2 – il modulo di mentorship, dove è obbligatorio un piano di apprendimento e di sviluppo. Questo piano accompagna lo studente attraverso una serie di attività primarie per l'esplorazione delle proprie competenze nel tutoraggio, ma anche esplora la complessità del tutoraggio attraverso l'integrazione di concetti di insegnamento, apprendimento e valutazione della pratica, che creano un professionista capace di assistere gli altri nel loro percorso di apprendimento.

Il modulo di mentorship si è rivelato un modulo di grande successo, la sua forza sta nel rapporto positivo tra studenti, colleghi di tirocinio e insegnanti, con legami molto forti con la pratica clinica, che migliorano un percorso di formazione permanente.

### Per approfondire:

Gopee N. (2008) *Mentoring and Supervision in Healthcare*. Sage Publications, London.

Nursing and Midwifery Council (2008) *Standards to support learning and assessment in practice* (2<sup>nd</sup> edn.) [online] Nursing and Midwifery Council, London. Available from: <http://www.nmc-uk.org/aFrameDisplay.aspx?DocumentID=4368>

Quinn F. & Hughes S. (2007) *Quinn's Principles and practice of nurse education* (5<sup>th</sup> edn.) Nelson Thornes, Cheltenham.

Rhodes A.K. (2006) *Learning and Teaching for Professional Practice Curriculum Document* University of Surrey

West S., Clark T. & Jasper M. (2007) *Enabling Learning in Nursing and Midwifery Practice: a guide for mentors*. John Wiley & Sons, Chichester.

# I nuovi standard formativi turchi per infermieri

## Sviluppo del Chemotherapy Nursing Certificate Program in Turchia



Sultan Kav, Fatma Gundogdu, Nurgün Platin, Figen Bay Kara, Meral Bakar, Kadriye Sancı, Kıymet Akgedik, Oncology Nursing Association of Turkey, Board Members

### Origine e Scopi

Gli infermieri che si occupano di pazienti cui vengono somministrati chemioterapici necessitano, per poter garantire la sicurezza del paziente e propria, di una conoscenza specializzata. In Turchia, mentre alcune università e istituti oncologici organizzano corsi locali, della durata di 2-3 giorni e intesi come aggiornamento professionale, non esistono standard condivisi per infermieri che lavorano in setting di chemioterapia. Molti infermieri turchi mancano delle necessarie informazioni per curare il paziente in terapia chemioterapica e non hanno ricevuto formazione sulla sicurezza nella manipolazione e somministrazione di agenti chemioterapici. (Burgaz et al, 1999; Karadag et al, 2004; Turk et al, 2004; Kosgeroglu et al, 2006). Alla luce di questa situazione, la Oncology Nursing Association of Turkey ha sviluppato un programma certificato sulle chemioterapie rivolto agli infermieri. Il programma è stato approvato dal Ministero della Salute.

### Contenuti del Programma

Sono previste 37 ore di corso, di cui 27 teoriche e 10 pratiche. La durata del corso è di cinque giorni lavorativi. Per lo sviluppo del programma formativo si sono presi a riferimento: l'EONS Core Curriculum for a Post-Registration Course in Cancer Nursing, l'ONS Cancer Chemotherapy Guidelines and Recommendations for Practice e i bisogni degli infermieri

### Contenuti teorici e pratici del Chemotherapy Nursing Certificate Program

#### Contenuti teorici

- Carcinogenesi, epidemiologia e eziologia
- Procedure diagnostiche e metodi di trattamento
- Aspetti legali ed etici
- Principi base di chemioterapia
- Precauzioni di sicurezza per la chemioterapia
- Valutazione e monitoraggio del paziente
- Educazione del paziente e della famiglia

#### Contenuti pratici

Visite presso unità di trattamento diurno sotto la supervisione di un mentore. Ogni partecipante somministra al termine cinque gruppi differenti di agenti chemioterapici.

### Attestato

Ai partecipanti che hanno conseguito i risultati attesi viene rilasciato l'"Oncology Nurses Association Chemotherapy Certificate".

Il certificato è valido per tre anni e deve essere rinnovato.

### Requisiti

Requisito per l'accesso al corso è l'esperienza di almeno 6 mesi nella somministrazione di chemioterapia.

### Formatori

I contenuti teorici del corso sono condotti da infermieri clinici e accademici esperti in campo oncologico, farmacisti e medici oncologi. Durante la parte pratica, o le parti di addestramento del programma, i partecipanti vengono supervisionati da infermieri clinici esperti.

### Valutazione dei partecipanti

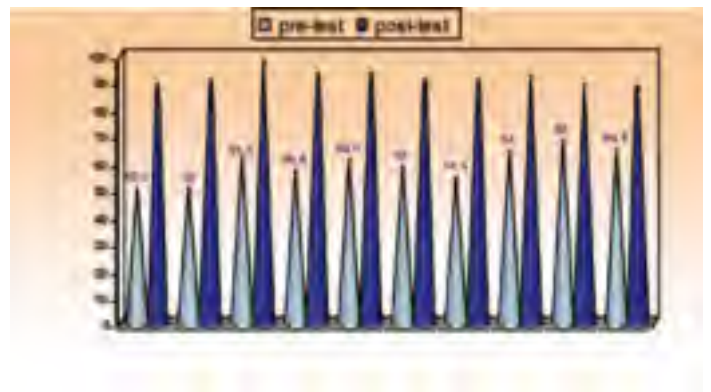
La valutazione dei partecipanti avviene sulla base della loro pratica di addestramento (performance attesa del 100%) e del risultato del test scritto (performance attesa minimo dell'80%). Per rilevare le acquisizioni individuali e di gruppo viene usata una valutazione tramite pre-test e post-test.

### Sviluppo del Programma

Da Settembre 2005 a Febbraio 2008, sono stati organizzati ad Ankara un totale di dieci corsi e hanno conseguito il Chemotherapy Certificate 306 infermieri.

In conformità da quanto emerso dai test di pre- e post-valutazione, gli infermieri hanno mostrato una notevole crescita nella cultura della gestione della chemioterapia e del monitoraggio degli effetti collaterali.

Fig. 1: Pre-test e Post-test: Risultati (media)



### Conclusioni e progetti futuri

Complessivamente, la maggior parte dei partecipanti ha valutato i corsi come "decisamente utili" e ha affermato di essere diventato "più sicuro" nella cura dei pazienti in terapia chemioterapica. Recentemente è stato organizzato un progetto di "Formazione per Formatori" per i potenziali docenti del corso. È in corso di pianificazione uno studio per la valutazione dell'efficacia del programma nel promuovere la tutela degli infermieri.

### Bibliografia

- Burgaz S, Karahalil B, Bayrak P, et al. Urinary cyclophosphamide excretion and micronuclei frequencies in peripheral lymphocytes and in exfoliated buccal epithelial cells of nurses handling antineoplastics. *Mutat Res* 1999; 439: 97-104.
- Karadag A, Unlu H, Yavuzarslan F, Gundogdu F, Kav S, Terzioglu F, Taskin L. Profile of nurses working in oncology departments in Turkey. *Turk J Cancer* 2004, 34: 24-34.
- Turk M, Davas A, Ciceklioglu M, Sacaklioglu F, Mercan T. Knowledge, attitude and safe behaviour of nurses handling cytotoxic anticancer drugs in Ege University Hospital. *Asian Pac J Cancer Prev* 2004; 5:164-8.
- Kosgeroglu N, Ayranci U, Ozerdogan N, Demirustu C. Turkish nurses' information about, and administration of, chemotherapeutic drugs. *J Clinl Nurs* 2006; 15: 1179-1187.

EONS newsteam

I destinatari del Premio EPE 2008 sono la Sig.ra Catherine Oakley e la Sig.ra Jo Johnson per il loro progetto “Diario del Paziente sottoposto a chemioterapia orale”. Il diario fu sviluppato per offrire un metodo d’aiuto globale ed efficace ai pazienti oncologici e ai loro familiari, nella gestione della chemioterapia orale.

Il Premio Excellence in Patient Education (Eccellenza nell’educazione del Paziente) (EPE) fu introdotto nel 2005 con lo scopo di premiare singoli infermieri od associazioni che si sono costantemente distinti nell’educazione dei pazienti oncologici sulla loro malattia ed i suoi trattamenti. EONS crede che questo Premio incoraggerà approcci creativi e mirati allo sviluppo di materiale per l’educazione dei pazienti.

In un’intervista con Jan Foubert, i vincitori del Premio EPE 2008 danno un resoconto del background, sviluppo, e futuro del loro progetto d’educazione del paziente.

*D: In un’epoca in cui i diari dei pazienti sono proposti in tutti i generi di forma: scritta, inseriti su internet e su CD, che cosa vi portò a produrre questo genere di formato per i vostri pazienti?*

R: Oggi ci sono molti diari in circolazione ma sono prevalentemente orientati alla gestione della chemioterapia orale. Noi abbiamo esaminato diversi diari durante la fase iniziale di progettazione, e nessuno di questi era basato su risultati di ricerca o completamente gestito dal paziente. Questi elementi erano entrambi considerati essenziali nel facilitare un risultato che potrebbe essere usato con i pazienti oncologici e considerato basato sulle evidenze. Abbiamo considerato tutte le forme di consegna. Una percentuale significativa della popolazione di pazienti che fanno chemioterapia orale, non ha accesso regolare ad un computer o non sa usarlo senza problemi. Alcuni dei pazienti intervistati hanno riferito di avere avuto entrambe le possibilità di registrazione dei dati, quella elettronica e quella cartacea e di aver preferito la seconda. Questo era dovuto al fatto che essi potevano gestire più facilmente questa ultima forma in quanto potevano averla sempre con sé. Noi, prevedendo nuovi sviluppi, abbiamo sviluppato il diario cartaceo con il computer. Un ulteriore passo potrebbe essere quello di fornire un diario elettronico ed abilitare i farmacisti a completare elettronicamente la pianificazione delle dosi e stampare queste informazioni per i pazienti.

*D: Questo diario è facile da usare? Come è stato valutato ed usato dai pazienti e dagli infermieri? Quali sono le principali questioni chiave e le preoccupazioni sulla cura dei pazienti sottoposti a chemioterapia orale?*

R: Questo nuovo diario è stato sviluppato con la consultazione dei pazienti i quali ci hanno riferito quello che a loro piaceva che vi fosse incluso. Il diario contiene un angolo educativo che offre informazioni cruciali relative all’autocura, in termini di gestione del trattamento, dando direttive e consigliando le azioni da intraprendere per minimizzare le tossicità. Il diario è usato nel South West London Cancer Network con l’intenzione di estenderne l’uso ad altri servizi. Il diario e le compresse vengono dispensati dagli infermieri. I pazienti hanno, inoltre, un appuntamento a parte con l’infermiere che si occupa di educazione terapeutica e dà informazioni sull’uso del diario. Solamente quando l’infermiere è sicuro che il paziente può autogestire il trattamento ne darà una copia insieme alle compresse.

La sessione include anche una check list che aiuta l’infermiere ad istruire il paziente, accertare le cure di supporto e verificare le capacità del paziente a gestire la chemioterapia orale.

Il diario è stato validato dai pazienti attraverso una ricerca condotta da Jo Johnson. Lo studio ha dimostrato che i pazienti hanno trovato il diario un valido aiuto per la gestione della terapia. La parte del diario dove è presente la scheda di terapia, ha fornito un utile suggerimento per ricordare ai pazienti quando prendere le compresse. Ai pazienti piace molto spuntare le dosi assunte prevenendo così un’assunzione scorretta (Oakley, Plant e Bloomfield 2006). I partecipanti hanno apprezzato particolarmente il sistema a “semaforo” che li allerta sui sintomi che devono essere riportati immediatamente.

È nostra intenzione adottare il diario, per sei mesi, in due centri oncologici. A questo punto formeremo dei focus-group separati con pazienti e operatori che hanno familiarizzato con l’uso del diario.

Ci sono molti problemi e preoccupazioni per pazienti a cui viene prescritta la chemioterapia orale. Innanzitutto, c’è spesso un approccio non strutturato alla chemioterapia orale, con una assenza di accertamento, formazione, monitoraggio e supporto. Pazienti e familiari si sentono sobbarcati dalla responsabilità di gestire da soli il trattamento chemioterapico (Oakley, Plant e Bloomfield 2006). I Pazienti di solito non sono capaci di valutare quando interrompere il trattamento e gli infermieri non offrono un monitoraggio pro-attivo ed una funzione di supporto. Racconti aneddotici riferiscono che pazienti sottoposti a chemioterapia orale spesso non telefonano all’ospedale quando avvertono sintomi di tossicità. Per questo, ragioni postulate includono pazienti che non sono capaci di riconoscere sintomi severi e pazienti che negano che potranno avere effetti collaterali (Oakley, Plant e Bloomfield 2006) e, infine, pazienti che non vogliono interrompere il trattamento perché vogliono sconfiggere in fretta il cancro (Chau et al, 2004).

*D: Nella risposta voi fate riferimento ad un studio (Johnson 2008) che deve essere ancora pubblicato, potete dirci di più?*

R: Lo studio citato fa parte di un di Master completato nell’aprile 2008. Da questo studio è stato estrapolato un articolo pronto per la pubblicazione (autunno 2008). I risultati di questo studio saranno usati insieme coi risultati dello studio condotto da Oakley (2005) e permetteranno una visione d’insieme e approfondita dell’intera ricerca. Un articolo dove viene illustrato il programma di ricerca, con allegata la versione illustrata del diario, è stato da poco pubblicato in Cancer Nursing Practice (Oakley, Johnson e Deeprose 2008).

*D: Per quale genere di pazienti è stato creato questo diario?*

R: L’intenzione è di utilizzare il diario per i pazienti sottoposti a chemioterapia orale, quindi, è stato progettato per tutti i regimi di chemioterapia orali vigenti. Durante la valutazione del diario per il cancro del colonretto e le malignità ematologiche, abbiamo dovuto fare degli adeguamenti per includere i cicli settimanali e di 28 giorni. Poiché la maggior parte dei trattamenti ematologici durano più di 28 giorni, pazienti all’interno dello studio fecero fatica ad utilizzare la settimana equivalente. I pazienti che hanno fatto la revisione del diario hanno suggerito di inserire in prima pagina istruzioni che spieghino chiaramente come usare i due cicli diversi.

*D: Quante copie del diario sono state finora distribuite?*

R: 100 diari sono stati stampati (2<sup>a</sup> versione) ed usati nella prima fase del processo di ricerca. Il diario è alla 4<sup>a</sup> versione, con modifiche fatte per rispondere ai feed-back dei pazienti dello studio e alle valutazioni dei professionisti sanitari. Attualmente siamo nella fase di diffusione del diario attraverso la West London Cancer Network (SWLCN). Nel frattempo ci siamo assicurati la stampa di 300 copie dell'ultima versione che sarà utilizzata all'interno del St George's Hospital per continuare l'eccellente modello di cura presentato per sostenere l'uso del diario.

*D: Quali tentativi avete fatto per valutare l'uso del diario?*

R: Questo diario è stato valutato ad ogni fase del suo sviluppo. Le versioni iniziali sono state valutate all'interno del SWLCN da professionisti che operano nel setting di cura primario, secondario e territoriale. È stato valutato anche da pazienti, del Gruppo di Sviluppo del diario e da associazione di pazienti del SWLCN. La versione finale è stata valutata formalmente ed informalmente all'interno delle unità operative che si occupano di questo genere di pazienti. Noi volevamo scoprire la praticità del diario ed anche valutare i diversi feedback dei professionisti sanitari. Ogni feedback è stato esaminato, interpretato ed ha plasmato la versione finale del diario.

*D: Com'è stato modificato il diario per riflettere le interpretazioni dei pazienti?*

R: Le risposte e i commenti dei pazienti sul diario hanno guidato questo programma sin dall'inizio. Noi abbiamo avuto la possibilità di lavorare con un numero di pazienti che negli ultimi tempi erano stati sottoposti a chemioterapia orale. Ciò ci ha fatto acquisire un buon acume nei diversi problemi che abbiamo incontrato.

*D: Avete avuto problemi con alcuni gruppi particolari di pazienti o minoranze?*

R: Lo studio di ricerca iniziale ha escluso pazienti che non erano di madrelingua inglese per fondate ragioni. Questo era un studio di fattibilità e non era legato ad alcun consolidamento esterno. Non è possibile predire in questa fase dello studio se alcuni gruppi particolari o minoranze avranno problemi nell'uso del diario. Per esplorare ciò deve essere fatta un'ulteriore ricerca.

*D: Avete intenzione di tradurre il diario in altre lingue?*

R: Prima, ci piacerebbe valutare il diario e poi tradurlo in altre lingue. Questo rifletterebbe l'etnicità della popolazione locale.

*D: Avete uno sponsor?*

R: Sotto questo aspetto il diario è frutto della buona volontà degli operatori! Il nostro disegnatore grafico è un membro di famiglia e ha lavorato sul disegno e la creazione di ogni versione del diario gratis. Il primo lotto di stampa è stato eseguito gratis attraverso una società indipendente che ha sostenuto il programma. La maggior parte del lavoro per questo programma di ricerca è stato fatto durante il nostro tempo libero.

*D: È un progetto piuttosto coinvolgente. Quanto tempo c'è voluto per realizzare il diario?*

R: Tre anni.

*D: Avete ricevuto fondi per condurre il progetto?*

R: Lo studio di ricerca non ha ricevuto nessun tipo di fondo. Noi gestiamo l'intero programma con fondi minimi. I rinfreschi durante le riunioni e il rimborso per costi di viaggio dei pazienti sono stati offerti dalla Londra South West London Cancer Network.

*D: Avete un piano per sviluppare ulteriormente il progetto?*

R: Vorremmo valutare formalmente l'introduzione della 4<sup>a</sup> versione nella pratica clinica per poi diffonderlo. Questo ci permetterà

di valutare pienamente il modello di cura scelto per sostenere l'implementazione del diario che speriamo possa essere adottato dagli altri istituti al fine di migliorare la gestione di pazienti sottoposti a chemioterapia orale.

*D: Come userete i soldi del premio EPE?*

R: Utilizzeremo i soldi del premio per la formazione. Questo ci permetterà di aumentare le nostre abilità e conoscenze attuali e far sì che questo lavoro sia efficace.

*D: Qual è stata la cosa più preziosa che avete imparato avviando questo progetto?*

R: La lezione più preziosa che abbiamo imparato è stata l'importanza del coinvolgimento del paziente. Uno dei momenti più forti del programma avvenne durante una riunione del Gruppo di Sviluppo del diario. Dopo lunghe discussioni e salutarie dibattiti sui possibili contenuti del diario, un paziente prese la parola e ci chiese: 'questo diario si sta progettando per soddisfare le vostre esigenze (dei professionisti sanitari) o le nostre?' Questo paziente ha ricondotto il gruppo al suo obiettivo e le sue parole ci hanno guidato durante l'intero sviluppo del diario. Giungere allo sviluppo del diario attraverso il processo di ricerca è stato senza eguali. Ci ha permesso l'individuazione di espliciti obiettivi iniziali e chiari end-points attraverso una valutazione strutturata.

*D: Che consiglio darebbe ad altri professionisti che stanno progettando a facendo qualche cosa di simile?*

R: È importante sin dall'inizio formare un gruppo di progetto multidisciplinare che includa i pazienti e i diversi professionisti. È essenziale un piano di lavoro chiaro e strutturato che includa tempi intermedi e il termine massimo per il completamento. Questo permette di rispettare i tempi e nel contempo il monitoraggio di tutte le fasi. In totale, del diario, sono state prodotte quattro versioni. Tutte le versioni sono state valutate dal Gruppo di Sviluppo del Diario e sono state inviate per una consultazione più ampia al SWLCN.

*D: Ci sono alcuni altri membri del gruppo di realizzazione che gradireste ringraziare?*

R: Sì, gradiremmo ringraziare il Gruppo di Sviluppo del diario, in particolare i pazienti ed il personale che hanno dedicato il loro tempo al progetto e ci hanno sostenuto durante questo lungo e stressante processo. Siamo anche molto grati del supporto di Mark Deeprose, il nostro disegnatore grafico. Senza lui noi non saremmo stati in grado di trasferire la nostra visione e le nostre idee in stampa. Siamo anche riconoscenti al King's College di Londra. Entrambi abbiamo completato là i nostri studi di MSc ed abbiamo ricevuto un grande e significativo sostegno dal Dott. Emma Ream, nostro supervisore e modello di comportamento. Ed infine, estendiamo un grazie alle nostre famiglie che ci sono state accanto!



Relazione fornita da Jan Foubert, direttore esecutivo EONS

### Lo studio Concord mostra le grosse differenze nella sopravvivenza al cancro in tutto il mondo

Lo studio Concord "Sopravvivenza al cancro nei 5 continenti: uno studio mondiale basato sulla popolazione" del Prof. M. Coleman e del gruppo di lavoro Concord è stato pubblicato on-line nel numero di Lancet Oncology il 17 luglio 2008.

Esso sostiene di essere il primo studio mondiale creato per quantificare le differenze internazionali in base alla popolazione riguardo alla sopravvivenza, in merito a età sesso nazione e regione per i pazienti che hanno diagnosticato tra il 1990-94 un cancro al seno, al colon, al retto o alla prostata. Lo studio fornisce informazioni su 1.9 milioni di pazienti adulti con il cancro (età compresa tra 15 e 99) presi da 101 registri oncologici in 31 nazioni nei 5 continenti. Ne elenchiamo i punti chiave.

La sopravvivenza a 5 anni per il cancro al seno, al colon-retto e alla prostata è stata generalmente più alta in Nord America, Australia, Giappone ed Europa occidentale e più bassa in Algeria, Brasile ed Europa dell'Est.

Per il cancro al colon-retto, la sopravvivenza per i pazienti si attesta intorno al 60% in Nord America, Giappone, Australia e Francia; inferiore al 40% in Algeria, Brasile, Repubblica Ceca, Estonia, Polonia, Slovenia e Galles. Unendo la sopravvivenza a 5 anni per l'Europa, il range va dal 45% per le donne al 48% degli uomini. Pressoché l'11% dei pazienti con cancro coloretale muore entro il primo mese dopo la diagnosi.

Nel cancro al seno, la sopravvivenza a 5 anni per i pazienti varia dall'80% o più in Nord America, Svezia, Giappone e Australia a meno del 60% in Brasile e Slovacchia fino a meno del 40% in Algeria. Unendo i dati, la sopravvivenza a 5 anni in Europa è stata del 73%. Circa il 2,3% dei pazienti con cancro al seno muore entro il primo mese dopo la diagnosi.

La sopravvivenza dal cancro al seno, al colon-retto e alla prostata, nello studio sulla base della popolazione, variava secondo il tipo d'assicurazione sanitaria. La sopravvivenza è stata maggiore tra i pazienti che avevano un'assicurazione (privata o no) e inferiore per quelli che non l'avevano.

La maggior parte delle ampie variazioni nella sopravvivenza sono verosimilmente dovute alle differenze nell'accesso ai servizi di diagnosi e trattamento.

Per più notizie si veda <http://www.thelancet.com/journals/eop>

### Il trend attuale sull'incidenza, la mortalità e la sopravvivenza al cancro in Europa

L'European Journal of Cancer (EJC) ha pubblicato un'edizione speciale riguardo al "controllo del cancro in Europa, stato dell'arte nel 2008" il 2 luglio 2008. La pubblicazione dà risalto a 10 articoli sul peso del cancro e sui trend recenti nella sopravvivenza. In un'analisi complessiva degli articoli, i coeditori Prof. J. W. Coebergh (Paesi Bassi) e il Dott. T. Albrecht (Slovenia) concludono che la prevenzione e la gestione del cancro in Europa si sta muovendo nella giusta direzione. Le differenze tra le Nazioni nelle politiche per gli screening di massa, l'accesso alle cure e il trattamento, tuttavia, si riflettono nelle valutazioni diverse. Le conclusioni principali degli articoli sono:

- Nella maggior parte dei paesi prosperosi del Nord e dell'Ovest Europa l'incidenza del cancro mostra un trend discendente con

l'eccezione dei tumori legati all'obesità (colon-retto), e al tabacco (nelle donne);

- Grazie al miglior accesso alle diagnosi specialistiche, alla scoperta precoce e alla miglior cura, l'UE allargata ha incrementato il numero di sopravvissuti per la maggioranza dei tumori;
- I più alti valori d'incidenza per il cancro al seno, alla prostata, ai testicoli e per i melanomi sono stati osservati nel Nord e nell'Ovest Europa mentre il tumore al polmone, allo stomaco e al collo sono stati più comuni nel Sud e nell'Europa centrale;
- Gli sforzi per la prevenzione devono essere migliorati, soprattutto riguardo al fumo femminile e alla diffusione epidemica dell'obesità.

Coebergh e Albrecht si aspettano una pubblicazione speciale che fornisca un input molto importante sulla progettazione del futuro piano d'azione sul cancro della Commissione Europea. Per ulteriori informazioni, si veda pure il comunicato stampa di ECCO sui siti <http://www.ecco-org.eu:80/news/news/In-the-news> <http://www.sciencedirect.com/science/journal/09598049>.

### "Europa Donna" indice la giornata europea della salute del seno.

La coalizione europea sul cancro al seno (Europa Donna=ED) indirà una giornata per la salute del seno in Europa il 15 ottobre 2008. Una conferenza stampa in cui parleranno gli esperti si terrà nel tardo pomeriggio a Milano.

Lo scopo di questa iniziativa è iniziare una campagna d'educazione pubblica per garantire che le donne e le ragazze in tutta Europa abbiano una corretta informazione sulla scoperta precoce e la



prevenzione del cancro al seno. L'obiettivo ultimo è quello di ridurre l'andamento dell'incidenza come risultato di un'azione immediata riguardo al cancro al seno. A tal fine, ED sta preparando un breve spot televisivo che sarà trasmesso in 41 Paesi in ottobre. I rappresentanti delle 41 nazioni appartenenti a ED, tra cui tutti i 27 Stati dell'UE, saranno presenti al lancio. La nuova "Breve guida alla salute del seno" che include i fattori riguardanti lo stile di vita che influenzano il cancro al seno, così come "Breve guida alle linee-guida europee per l'assicurazione di qualità nello screening e diagnosi sul cancro al seno" ([www.cancerworld.org](http://www.cancerworld.org)), saranno discusse all'evento.

## **I Ministri della Salute dell'UE adottano le conclusioni del Consiglio sul cancro**

I Ministri della Salute dell'UE hanno adottato le conclusioni del Consiglio sulle metodologie per ridurre il peso del cancro presso il Consiglio Consiglio "Occupazione, politica sociale, salute e consumatori" (EPSCO).

Mentre si nota il peso del cancro e ci si aspetta l'incremento nell'incidenza in una popolazione che sta invecchiando, le Conclusioni richiedono un approccio interdisciplinare e olistico incentrato sul paziente. Esse inoltre indicano l'esistenza di disuguaglianze dentro e tra gli Stati membri con riferimento all'incidenza del cancro e alla sopravvivenza. Come elemento chiave, le Conclusioni sottolineano l'importanza dei registri sul cancro e le strategie di controllo così come il bisogno di una maggiore collaborazione tra i servizi d'assistenza in diversi passaggi del ciclo del cancro, ribadendo l'importanza di un sano stile di vita e la riduzione degli agenti cancerogeni professionali e ambientali.

Il documento inoltre dà il benvenuto al coinvolgimento della società civile, coi gruppi di pazienti, la creazione delle politiche sul cancro e lo sviluppo di servizi per indirizzare meglio i bisogni del paziente.

Tra le altre azioni, le Conclusioni invitano gli Stati membri a:

- sviluppare e implementare le strategie o i piani sul cancro;
- continuare l'implementazione dei programmi di screening in linea con quelli raccomandati dal Concilio (2003);
- fornire il miglior trattamento possibile basato sulle evidenze per i pazienti con il cancro all'interno dello scenario delle priorità e delle risorse finanziarie della salute nazionali;
- garantire la registrazione del cancro basata sulla popolazione come un importante strumento per lo sviluppo e il monitoraggio delle politiche per prevenire e trattare il cancro;
- acquisire vantaggio dall'esistenza di meccanismi finanziari per aumentare la prevenzione del cancro e il suo controllo e scambiare, inoltre, le migliori linee-guida in questi due campi.

Le conclusioni invitano inoltre la Commissione Europea a:

- presentare un piano d'azione dell'UE sul cancro in modo tale da indirizzarne il controllo dalla prevenzione alle cure palliative;
- facilitare lo scambio della migliore pratica clinica e incoraggiare la collaborazione nella valutazione, nel monitoraggio e nella verifica di azioni sanitarie;

- supportare gli stati membri nell'implementazione delle raccomandazioni per gli screening sul cancro del Consiglio;
- supportare il diffondersi dei registri del cancro;
- estendere la conoscenza del cancro, per esempio con attenzione ai fattori di rischio, dalla scoperta precoce al trattamento.

Infine i Ministri incoraggiano i rappresentanti della società civile a partecipare attivamente nell'aumentare la consapevolezza dei fattori di rischio del cancro e dei programmi di screening e di prevenzione. Gli Stati membri e la Commissione dovrebbero inoltre promuovere l'autonomia della società; questi dovrebbero contribuire allo sviluppo e all'implementazione delle strategie o dei piani del cancro.

Al convegno del Consiglio della Salute, il Ministro sloveno Kukovi ha delineato i principali elementi delle conclusioni, enfatizzando il crescente fardello del cancro a dispetto dei progressi fatti nella prevenzione e nel trattamento a oggi. Il Commissario della Salute dell'EU Vassiliou ha ripetuto che la Commissione dovrà proporre un piano d'azione sul cancro nel 2009, che sarà accompagnato da una valutazione dell'impatto che questo ha sui costi umani, sociali ed economici. Ella inoltre ha affermato che tutto ciò che resta dovrà essere fatto per implementare gli screening raccomandati dal Consiglio dal 2003.

Le strategie nazionali e/o regionali del cancro e i progetti sono apparsi come il più comune argomento d'interesse. Per esempio, il Portogallo ha richiesto una cooperazione tra gli Stati membri nello sviluppo di strategie nazionali, mentre la Spagna ha sottolineato che le regioni devono partecipare alle strategie europee. I Ministri hanno inoltre delineato le politiche di screening e prevenzione nazionale, con un'enfasi sulle iniziative legate allo stile di vita. In conclusione, hanno evidenziato l'importanza della cooperazione nella ricerca e nello scambio della miglior pratica clinica.

Approvate dai Ministri di tutti gli Stati membri, le Conclusioni del Consiglio sul cancro riflettono un ampio supporto politico per le prossime azioni volte a ridurre il peso del cancro e le attuali discrepanze in Europa. Insieme con le recenti iniziative parlamentari europee sul cancro, come la Risoluzione sulla lotta del cancro nell'UE allargata, le conclusioni del Consiglio hanno preparato il terreno per creare un piano d'azione dell'UE sul cancro che possa essere introdotto dalla Commissione nel 2009.

## **PREVENT**

### **Prevenire, riconoscere, valutare, sradicare gli effetti della radioterapia sui tessuti sani.**

*Bruxelles, 1-12 gennaio 2009*

Questa conferenza ESTRO, in collaborazione con EONS, indaga sulla conoscenza clinica degli effetti collaterali della radioterapia. Dura due giorni e raccoglie scienziati, clinici e infermieri per mettere a fuoco i problemi importanti della tossicità delle radiazioni ed esplora l'impatto e la futura gestione dei pazienti. I relatori presenteranno le ultime ricerche di radioterapia e discuteranno i problemi clinici e scientifici confrontandosi con gli operatori sulla gestione dei pazienti che si sottopongono a radioterapia e sugli effetti acuti e a lungo termine.

Questa conferenza si rivolge a professionisti sanitari che lavorano nel campo della radioterapia e che assistono i pazienti sottoposti ad essa.

Le sessioni principali indagano i tumori indotti dalle radiazioni, la biologia e i meccanismi di danno sui tessuti sani.

Sessioni cliniche parallele esploreranno:

- Impatto della tossicità sui pazienti.
- Misurazione della tossicità.
- Trattamento della tossicità.

I relatori saranno sia infermieri che medici ricercatori in questo campo e forniranno le evidenze scientifiche sulla radioterapia e cercheranno di scoprire le lacune diffuse.

Per prenotazioni e informazioni: <http://www.estro.be/estro/index.cfm> tel. 0032 2 775 93 40

# Programma di Formazione EONS, Eusoma, ESSO

## Relazione da parte dei partecipanti

*Jan Foubert, rappresentante EONS in questo programma di formazione.*

I lettori abituali delle EONS Newsletter ricorderanno un articolo pubblicato nel numero dell'inverno 2007 che presentava i vincitori di un tirocinio formativo sostenuto da Eusoma, EONS ed ESSO. L'obiettivo dell'iniziativa è quello di formare professionisti sanitari specialisti per occuparsi meglio delle pazienti con cancro al seno. A seguito del grande successo nella richiesta di candidature, sono stati scelti cinque membri EONS per partecipare a uno stage di un mese presso un centro europeo per la cura del seno. Come potrete leggere, ciascuno dei partecipanti ha avuto la grande opportunità di imparare di più sull'assistenza infermieristica senologica e di estendere i propri collegamenti con i colleghi europei.

**Lara Kaligarić** (Slovenia) è stata selezionata per partecipare a un programma di formazione clinica presso il Dipartimento di Senologia, Fondazione Salvatore Maugeri, Pavia, Italia; le sue impressioni sul tirocinio sono le seguenti:

Anche se in questo reparto l'approccio alla cura è stato multidisciplinare, la maggior parte del mio tirocinio si è concentrato sull'interazione con gli infermieri. Ho avuto l'opportunità di osservare diverse procedure di lavoro, durante l'attività nel centro e in sala operatoria. Ho trovato l'esperienza di sala operatoria particolarmente interessante come non avevo mai fatto prima in questo tipo di assistenza infermieristica.

Vivere l'interazione e la collaborazione tra oncologi e chirurghi plastici era una cosa nuova per me, poiché i chirurghi plastici non fanno parte del team oncologico nell'Istituto del mio Paese. Ho anche acquisito nuove conoscenze partecipando a sessioni multidisciplinari in cui si discutevano i casi clinici e le opzioni di trattamento.

Anche se sono sicura di aver sviluppato nuove competenze attraverso la mia esperienza, un mese di tirocinio è stato troppo poco per acquisire nuove competenze e per dimostrarle veramente a se stessi. Ho imparato alcuni nuovi aspetti della cura del cancro che sarò certamente in grado di utilizzare in un modo o in un altro quando ritornerò al mio posto di lavoro. In particolare:

- l'importanza di sviluppare un rapporto con il paziente prima dell'intervento chirurgico;
- ricordare che i diversi pazienti hanno esigenze diverse: alcuni vogliono sapere tutto sulla malattia, mentre altri vogliono solo avere un intervento chirurgico e andare avanti con la loro vita;
- il fatto che a volte la migliore assistenza infermieristica è solo essere tranquilla e ascoltare il paziente.

La formazione è stata una buona esperienza mentre quello che ho osservato non è stato molto diverso dalla situazione della mia realtà lavorativa. Prima di intraprendere la formazione ero molto motivata ad avviare il cambiamento e lo sono ancora! Nel centro dove lavoro si curano pazienti con tutti i tipi di tumori: ciò renderà un po' difficile attuare tutto ciò che ho imparato. Vorrei infine lavorare in un ambulatorio con donne che hanno il carcinoma della mammella in diversi stadi e che sono sottoposte a diversi tipi di trattamento.

**Marjia Adamovic** (Serbia) ha fatto il suo tirocinio presso il Cancer Institute-Antoni van Leeuwenhoek di Amsterdam.

Il mio mese di tirocinio in un istituto specializzato, di alto livello, come l'olandese Cancer Institute-Antoni van Leeuwenhoek (nki-AVL) di Amsterdam è stata una grande esperienza che ha ampliato le mie conoscenze. Ho avuto l'opportunità di visitare le sale operatorie, il reparto di medicina interna, l'ambulatorio di chemioterapia, il

dipartimento di radiologia e il dipartimento per la terapia creativa. La mia partecipazione a riunioni interdisciplinari è stata particolarmente gratificante. Il contatto con i pazienti ha veramente aumentato la mia comprensione del ruolo dell'infermiere di oncologia.

Lavorare nella camera di preparazione dei farmaci, appositamente progettata per proteggere infermieri e farmacisti dal contatto con agenti pericolosi, mi ha insegnato molto sulla corretta manipolazione degli agenti chemioterapici. È qualcosa che non abbiamo presso l'Istituto di Oncologia e Radiologia della Serbia.

Nel lavoro quotidiano a contatto con i colleghi, ho acquisito conoscenze rispetto a nuovi protocolli per il trattamento del cancro al seno e di altri tumori maligni. Ho anche visto, in funzione, una mammografia digitale di nuova generazione, e la biopsia stereotassica utilizzata come procedura diagnostica.

Quello che ho trovato più intrigante è stata l'organizzazione dell'Istituto, centrata attorno al paziente e l'esecuzione di molte procedure, come la RM, nell'arco di un solo giorno. Mi ha sorpreso anche che la ricostruzione della mammella è pagata dal fondo di assicurazione sociale. Le camere per i pazienti sono spaziose e ben arredate e ci sono locali per la preghiera sia per cristiani che per musulmani. I pazienti e le loro famiglie possono accedere facilmente a informazioni disponibili su opuscoli, libri, internet e linee telefoniche.

Laboratori e terapia creativa svolgono un grande ruolo sotto l'aspetto psicologico della cura del paziente. Ho incontrato un'anziana signora che faceva chemioterapia e stava felicemente chiacchierando su una collana che stava realizzando in terapia creativa. I concerti si tengono ogni mese, per i pazienti.

Tutte queste esperienze mi hanno veramente impressionato e mi auguro che un giorno avremo le strutture e le risorse che ho visto presso il Cancer Institute-Antoni van Leeuwenhoek anche presso il mio Istituto.

Anche se non siamo in grado di offrire ai pazienti lo stesso trattamento offerto ad Amsterdam, diamo del nostro meglio, usiamo ciò che abbiamo, e cerchiamo di rendere tutto più facile per loro.

**Elizabeth Vella** (Malta) è andata alla Burney Breast Unit nel Whiston Hospital di Prescott Merseyside.

Il mio mese di tirocinio è stato positivo ed è stata un'eccellente esperienza di apprendimento. Anche se avevo avuto l'opportunità di frequentare il corso di senologia al Royal Marsden Hospital di Londra, far parte del team nella Burney Unit è stata un'esperienza molto più arricchente.

L'Unità è situata all'interno del Whiston Hospital e copre una popolazione di 360.000 abitanti. La Breast Unit è composta da un team dedicato di medici e infermieri specializzati. Il team individua e tratta oltre 200 nuovi casi di cancro ogni anno. Ho avuto l'opportunità di partecipare a una varietà di servizi offerti dalla clinica, come ad esempio l'accesso rapido, accessi programmati non urgenti, il follow-up clinico e le sperimentazioni cliniche. Ho anche partecipato nel corso delle procedure chirurgiche, in unità di chemioterapia, alle consultazioni in oncologia, alle consultazioni del chirurgo plastico. Mr R. Audisio, cui sono stata affidata, gentilmente mi ha invitato a partecipare alle sessioni di clinica. Anche se il mio interesse principale era quello di osservare, condividere e collaborare con gli

infermieri senologici, guardare procedure chirurgiche non ancora introdotte a Malta è stato comunque interessante.

Essere in varie cliniche una o due volte a settimana per un mese di tempo mi ha dato la possibilità di seguire i pazienti attraverso la prima parte del loro "viaggio nel cancro". L'infermiere senologo è presente quando si fa la diagnosi al paziente, quando è in corso la preparazione per la chirurgia, quando vengono discussi i risultati istologici e di nuovo quando l'oncologo spiega le opzioni di trattamento. L'infermiere senologo è una presenza costante attraverso il viaggio nel cancro, fornendo supporto, consulenza e informazione al paziente e alla sua famiglia.

La mia esperienza di apprendimento è stata rafforzata dal tempo che ho trascorso seguendo come un'ombra gli infermieri senologici. Ho imparato molto dal loro dolce, ma completo e diligente approccio verso i pazienti. Siamo ancora in contatto e credo che questo sia uno dei più importanti risultati del tirocinio: l'incontro con professionisti che lavorano nello stesso campo e il trasmettersi reciprocamente le esperienze al fine di fornire un servizio migliore per i nostri pazienti.

Frequentare la clinica oncologica è stato uno dei punti salienti del tirocinio. L'oncologo spiega in modo esauriente e dettagliato le opzioni di trattamento e i loro effetti collaterali. Ai pazienti vengono poi date informazioni scritte ed essi sono invitati a "rifletterci su" e a tornare la settimana successiva con un elenco di domande. Ciò consente ai pazienti di prendere decisioni sul trattamento. Purtroppo la nostra oncologia clinica non è così ben attrezzata. Abbiamo solo due oncologi a Malta che vedono tutti i pazienti con diagnosi di

cancro in tutta l'isola. Idealmente ci dovrebbe essere uno specialista oncologo della mammella come membro del team multidisciplinare.

Ho avuto discussioni con i miei colleghi a Malta per quanto riguarda alcune modifiche al nostro servizio. Stiamo esaminando la possibilità di avere ognuno in carico un singolo paziente e di mantenere alti gli standard di assistenza infermieristica. È stato difficile per noi fornire questo tipo di cure specialistiche poiché non abbiamo alcun sostegno di personale amministrativo nel nostro team e spendiamo molto del nostro tempo per occuparci di faccende generiche.

**Vesna Kodzopeljic** (Serbia) ha partecipato al tirocinio nella clinica universitaria di Aachen, in Germania. La sua visita in questo centro della mammella è stata estremamente utile e ha contribuito a completare le sue precedenti conoscenze e competenze. Ha notato come tutte le attività presso la clinica siano standardizzate. Ha avuto l'opportunità di prendere parte alla raccolta di campioni di laboratorio, cambiare le medicazione, collaborare con il team chirurgico, assistere durante le procedure biotiche e osservare altri dispositivi medici e altre procedure chirurgiche.

Questa formazione ha avuto una grande influenza su Vesna e la stimolerà per fare alcuni cambiamenti nella sua pratica quotidiana.

La prima cosa che Vesna applicherà nel suo ambiente di lavoro è l'approccio multidisciplinare verso la cura del paziente compresa la collaborazione di uno psico-oncologo che lei ritiene necessario per migliorare le cure fornite ai pazienti e alle loro famiglie.

## 10° Congresso Mondiale di Psico-Oncologia

### Società Internazionale di Psico-oncologia (IPO)

*Relazione di Sara Faithfull, presidente Eons*

Il tema dell'incontro era: "Migliorare culturalmente i diversi approcci in psico-oncologia e nelle cure palliative". Psicologi, medici e infermieri erano rappresentati in questa conferenza che ha presentato le panoramiche e le recenti ricerche nel campo della psicologia. I convegni trattati come la sofferenza e il dolore sono legati esaminando il rapporto tra i sintomi e lo stress psicologico.

M. Schröder e D. Koatz (1L-2 2008), in uno studio spagnolo su pazienti oncologici hanno riscontrato che alcuni dei 25 ospedali previsti offrivano servizi di assistenza psicologica. Esse hanno inoltre scoperto che i pazienti che avevano insoddisfazioni psicologiche hanno in seguito sviluppato bisogno di soccorso. Esse hanno concluso che un maggiore apprezzamento della necessità psicologica nei primi mesi della strategia di trattamento potrebbe portare a una migliore cura.

Lo screening sulla sofferenza è un tema comune e tutti concordiamo sul legame tra ansia e angoscia. La sintesi della sessione 4 ha introdotto la base di dati per diversi metodi di screening psicologici che hanno dimostrato di poter individuare con successo chi necessita di un appoggio (35-45%) e migliorare e rafforzare l'adeguamento ad una diagnosi di cancro. Alcuni studi hanno dimostrato che nelle donne con una migliore qualità della vita c'era un miglioramento dei risultati con conseguente risparmio sui costi se è stata considerata l'assistenza psicologica.

Sono state individuate da T. Baker (2L-2 2008), in uno studio di 3096 pazienti oncologici, disparità etniche nel modo in cui le persone reagiscono alle difficoltà e alle capacità di accedere ai servizi. Più

immigrazione in molti Paesi cambia il modo in cui i nuovi Paesi accedono ai servizi e utilizzano il sostegno al cancro. La povertà è risultata essere la principale causa di disparità tra i gruppi etnici.

Tali temi sono comuni in quelle realtà culturali influenzate da come gli individui accedono ai servizi e nell'atteggiamento verso il cancro. Il convegno EONS ha trattato tecnologia e cura del paziente. L'idea di questo convegno era guardare a un work in progress su un appoggio comunicativo ottenuto attraverso la tecnologia per migliorare le esperienze di cura sui pazienti.

P. Fernandez-Ortega (Spagna) ha aperto la sessione con alcune delle questioni future nella valutazione dei pazienti a distanza e la necessità di nuovi modelli di cura. R. Maguire (Scozia) ha descritto un lavoro di ricerca esistente in uno studio ASyMS sul monitoraggio remoto e il suo riuscito uso in pazienti sottoposti a chemioterapia. S. Faithfull (UK) ha presentato un lavoro sul ruolo della forza lavoro e gli atteggiamenti per perfezionare i sistemi di tele-salute.

N. de Jong (Paesi Bassi) ha descritto il sintomo dolore e i sistemi di gestione tecnologici che vengono utilizzati e valutati nella pratica clinica per ridurre l'angoscia da cancro nel paziente. Il simposio è stato un grande successo con la discussione del ruolo della tecnologia nella fornitura di cure di supporto remoto.

È stato un tema comune in molti dei documenti poiché continua ad esserci la necessità di una maggiore istruzione e di formazione sulle tecniche di comunicazione e sulle linee guida per la valutazione e la gestione di problemi psicologici causati dal cancro.

# Insufficienza di attività diversive

## Animazione e attività in ambiente oncologico

Patrizia D'Amico, Roberto Quarisa,, Servizio di Oncologia Medica, Ospedale di Ivrea (TO), Italia

Tradotto per l'edizione originale da Sarah Jayne Liptrott, Collaboratore/ Infermiere di Ricerca, Istituto Europeo di Oncologia, Milano

“Insufficienza di attività diversive” è una delle diagnosi infermieristiche identificate dal NANDA (00097, II, 2005).

Il lavoro di animazione portato avanti da ormai 10 anni nel reparto di oncologia dell'Ospedale d'Ivrea (Torino) è una risposta concreta a questa diagnosi. Consiste in una serie di interventi generali, che si collocano tra le attività creative e la terapia occupazionale, da attuare quando si identifica o si vuole prevenire l'insorgenza di un'insufficienza di attività diversive nel paziente.

Lavoriamo in un servizio di oncologia medica composto da un reparto di degenza di dodici posti letto, un day hospital, un servizio ambulatoriale ed un centro accoglienza servizi (CAS) per utenti quasi sempre ultracinquantenni.



Nel nostro ospedale, come un po' ovunque in Italia, la mancanza di attività piacevoli e diversive e l'ambiente molto freddo e sanitario accentuano la percezione dei sintomi e il senso d'isolamento che la malattia oncologica causa. Se a ciò si aggiunge che spesso il ricovero determina la convivenza di persone di età ed estrazione sociale differenti, il problema si amplifica. Gli stati depressivi e l'apatia sono spesso presenti in questo tipo di pazienti.

Attraverso l'animazione cerchiamo di fronteggiare l'insorgenza di queste situazioni di disagio.

I nostri interventi animativi mirano essenzialmente a far partecipare attivamente l'utenza a piccole attività creativo-ludiche per colmare i lunghi spazi vuoti del ricovero. Le attività vengono proposte e ogni utente vi dedica il tempo che ritiene più opportuno; vengono personalizzate consentendo di valorizzare la creatività, l'abilità manuale, le doti artistiche e le potenzialità residue che si posseggono, magari scoprendo abilità che non si pensavano di avere. Anche quando è presente una *fatigue* elevata si può partecipare, dimostrando concretamente che la presenza del sintomo lascia dei margini all'attività.

La partecipazione può distogliere l'attenzione dal sintomo che si può ridurre o scomparire temporaneamente. Anche l'immobilizzazione non è un ostacolo: piccoli lavori di manualità possono essere svolti anche nel proprio letto, superando l'handicap fisico. Talvolta la partecipazione viene stimolata facendo uscire i letti dalle camere e portando tutti gli utenti nello spazio comune.

### AMBIENTE

Lo svolgimento di queste attività consente di andare ad agire sull'ambiente che costantemente cambia perché allestito e modificato nelle diverse stagioni e per i diversi eventi che caratterizzano le nostre vite. Il tempo che si vive all'esterno della corsia viene vissuto anche all'interno con allestimenti creati dai pazienti e dal personale. Le stagioni, le feste come Natale, Epifania, Carnevale (a Ivrea molto importante per la battaglia delle arance) vengono ricordati e vissuti all'interno del servizio:

la neve che scende dal soffitto, le bandiere di carnevale, l'uva e le foglie autunnali... si ricreano oggetti simbolici che evocano il “tempo” di vita quotidiana.

In alternativa a questi momenti si ricerca un tema attorno al quale creare gli oggetti dell'animazione:

animali tridimensionali realizzati con carta, sacchi dell'immondizia, colla, cartoncini colorati, bottiglie di plastica...; vetrate colorate realizzate con cartoncini e carta velina; oggetti di grandi dimensioni; bacheche per le cartoline e per le foto; sagome giganti di cartone.

Solitamente vengono utilizzati materiali “poveri”, di recupero, riciclando soprattutto i materiali di imballaggio, facilmente reperibili.

Abbiamo comunque a disposizione per ogni attività forbici, colla, pinzatrice, spago, scotch, fil di ferro, puntine, lenza da pesca, cartoncini colorati, tempere, pennelli, pennarelli, carta velina, carta crespata.

La scelta del tema da sviluppare è casuale, proposta da chiunque abbia un'idea: utenti, famigliari, personale... Trovata l'idea piacevole l'attività si mette in moto, basta iniziare un lavoro e lasciarlo sul tavolo del reparto e pian piano si costruisce l'allestimento. Si cerca di realizzare ogni proposta, cercando di non essere ripetitivi e, proprio per questa ragione, al termine del periodo scelto, l'allestimento viene smontato completamente ed eliminato, riciclando solo i materiali ancora utilizzabili. In questo modo non si corre il rischio di utilizzare tutti gli anni gli stessi oggetti, stimolando la costruzione di nuovi allestimenti.

Spesso la qualità dell'allestimento non è elevata, magari durante la realizzazione si verificano piccoli inconvenienti o il risultato estetico non è quello desiderato. Per noi non è importante, la cosa su cui puntiamo è la partecipazione attiva alla realizzazione... tutto ciò che si realizza, ai nostri occhi diventa bellissimo.

### II TEMPO

I lunghi momenti d'inattività che caratterizzano una degenza portano a focalizzare l'attenzione sui cambiamenti di vita che la malattia causa, a ridefinire gli obiettivi a lungo termine, favorendo spesso uno stato di depressione. Gli interventi animativi hanno lo scopo

di permettere agli utenti che hanno voglia di partecipare di poter evadere da questa situazione di costrizione all'elaborazione. Questo avviene non solo con la creazione di allestimenti, ma anche con interventi differenti che coinvolgono l'utente in giochi di società come la tombola, la realizzazione di un puzzle, la lettura di un libro scelto tra i tanti disponibili nella biblioteca di reparto. Vi sono poi momenti di svago a cui assistere come spettatori ascoltando canti, gruppi musicali o guardando spettacoli di intrattenimento.

## CLIMA

Gli interventi strutturali rivolti a rendere più accogliente l'ambiente, il lavoro di collaborazione tra personale ed utenti per la realizzazione degli allestimenti, la partecipazione come semplici spettatori agli eventi sono tutti elementi che contribuiscono a modificare il "clima". Il clima viene definito come integrazione tra ambiente fisico ed aspetti sociali, relazionali ed emozionali che caratterizzano un'organizzazione.

Il nostro intento è quello di creare un clima familiare, caldo ed attento alla dimensione umana in grado di determinare ripercussioni positive sulla qualità dell'assistenza. Talvolta durante lo svolgimento delle attività di animazione, il trovarsi attorno ad un tavolo a costruire insieme, fa perdere all'infermiere il distacco causato dall'istituzionalità del ruolo professionale acquisendo una dimensione più umana che consente di scambiarsi "due chiacchiere", utili per conoscere aspetti più personali, gusti, episodi di vita che non si è soliti raccontare nelle normali interazioni ospedaliere. Sono queste "chiacchiere", scambiate in amicizia, che spesso ci aiutano a fornire risposte a reazioni inspiegabili, ci svelano dinamiche familiari, paure inesprese, elementi che diventano un valido aiuto per la nostra attività, ci consentono di fornire la migliore assistenza "individualizzata".

La partecipazione alle attività di animazione inoltre consente anche ai diversi utenti di conoscersi, di familiarizzare tra loro, di uscire dalle loro camere e di condividere con gli altri...

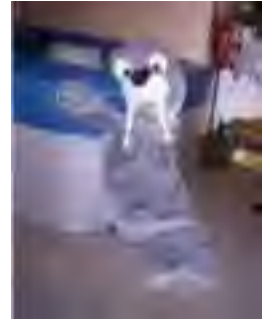
L'animazione viene svolta sovente anche dai famigliari, per loro rappresenta un diversivo che consente di distogliere temporaneamente l'attenzione dalle preoccupazioni legate alla malattia di chi assistono.

Lo svolgimento delle attività di animazione è stato inoltre un valido aiuto per migliorare il lavoro d'equipe, tutte le attività sono svolte

grazie al valido supporto degli operatori socio sanitari.

Il progetto nasce nel 1997 su spinta del centro formazione aziendale e rivolto agli studenti in formazione. Un primo momento formativo ha coinvolto alcuni infermieri e l'attività è stata rivolta al lavoro di gruppo e alla riscoperta del gioco.

Il progetto è stato quindi gestito totalmente dagli infermieri del reparto che l'hanno condotto prima in un reparto di medicina generale e successivamente in un'oncologia, e fin dalla sua origine si è costantemente autofinanziato. Il tempo ad esso dedicato è quasi completamente all'interno dell'orario di lavoro abituale, proprio perché le attività di animazione si sviluppano in concomitanza con le attività di reparto.



All'interno dell'Associazione Italiana Infermieri di Oncologia (AIIO) si è costituito dal 2004 un gruppo di studio denominato Grano (gruppo animazione oncologia) che raggruppa realtà italiane che svolgono attività ludiche, artistiche, ricreative.

Uno dei primi obiettivi del gruppo è stato quello di andare a mappare sul territorio italiano la consistenza delle attività diversive in reparti oncologici non pediatrici. Si è evidenziata con questa indagine la scarsa attenzione verso questo problema e lo scarso interesse, forse legato alle carenti conoscenze in materia, che questo aspetto dell'umanizzazione dell'attività riveste nella professione infermieristica.

Nei Congressi Nazionali dell'associazione e in altri momenti formativi sono stati organizzati corsi educazionali con l'obiettivo di trasmettere la teoria e le tecniche degli interventi animativi, cercando di sensibilizzare gli infermieri verso questi aspetti meno "scientifici", ma ugualmente importanti per la nostra attività. Dopo questi momenti di formazione alcune realtà hanno iniziato ad animare i loro servizi. Per aumentare ulteriormente la diffusione delle tecniche animative è stato messo a disposizione sul sito dell'AIIO uno spazio che raccoglie i blog di alcuni servizi. Oltre a documentare l'attività svolta i blog costituiscono uno spunto per chi volesse iniziare ad animare la propria realtà lavorativa. Il sito AIIO si trova all'indirizzo : <http://www.aiio.it>

L'edizione italiana della newsletter EONS è curata dal Gruppo Traduzioni dell'ASSOCIAZIONE ITALIANA INFERMIERI DI ONCOLOGIA formato da: Giovanni Cavadini, Carlo Barberino, Lorenzo Briglio Nigro, Cristina Caldara, Maddalena Cavadini, Isabella Cavazza, Anna Claudia Di Venanzio, Irene Feroce, Anna Ferrara, Regina Ferrario, Marie Paule Gardes, Donatella Giovannini, Giusta Greco, Livio Horra, Elisa Lamborghini, Fabiana Marcucci, Elena Muglia, Micol Orlandi, Sabrina Pellachin, Elisabetta Premoli, Roberto Quarisa, Barbara Sartorello e tutti coloro che vorranno unirsi a questa iniziativa. AIIO si avvale di traduttori non professionisti e non può garantire in modo assoluto l'assenza di eventuali discrepanze dall'originale, che è l'unica fonte bibliografica ufficiale. L'articolo italiano è stato tradotto per l'edizione internazionale da Sarah Liptrott. Ogni numero viene ricevuto gratuitamente da tutti i soci AIIO ed è disponibile on line su [www.aiio.it](http://www.aiio.it) e [www.cancerworld.org/EONS](http://www.cancerworld.org/EONS). Qualsiasi informazione può essere richiesta a [info@aiio.it](mailto:info@aiio.it).

# Esplorare il potenziale dell'e-learning nell'educazione al cancro

Graham G. Dark, Centre for Cancer Education, Newcastle University, Westgate Road, Newcastle upon Tyne, NE4 6BE.

Si impara sempre, usando una varietà di mezzi, ma il lancio iniziale dell'e-learning ha incontrato resistenze e una percezione di inferiorità. Ciò che ognuno ha dimenticato è che il prefisso "e-" indica solo un metodo e che l'impatto dell'educazione dipende dalla qualità dei contenuti dell'apprendimento e non da come esso è distribuito agli utenti. Questi primi predittori di e-learning hanno visto la sostituzione di tutte le classi di insegnamento e dimostrato che l'e-learning è tutto tecnologia. Le offerte iniziali hanno entusiasmato tutti con il livello del progetto educativo e l'interattività e questo ha incrementato la disponibilità delle opportunità di apprendimento. Molte organizzazioni hanno colto velocemente l'occasione e hanno acquistato o sviluppato la loro



prima generazione di tecnologie e-learning, ma sfortunatamente la valutazione di questi primi approcci non ha trovato conferma in seguito nelle aspettative esagerate e nel cambiamento di rotta nella popolarità. L'iniziale lancio dell'e-learning, focalizzato sulla tecnologia, si è ricentrato sulla pedagogia educativa, producendo materiale d'apprendimento che impegna gli studenti in attività che premiano i loro sforzi.

L'istruzione basata sul web è pronta e una serie di importanti lezioni sono state apprese nel corso degli ultimi 10 anni. Il contenuto deve essere utile agli studenti e l'eleganza tecnologica non può sostituirlo. Il tempo di sviluppo e dei costi della qualità delle risorse è stato spesso sottovalutato. Quindi, l'e-learning permette l'interazione degli utenti, dei tutor e dei contenuti, utilizzando la tecnologia, così l'e-learning è davvero tutto tecnologia. Ognuno viene sedotto dalla tecnologia e tuttavia il successo dell'e-learning è sempre l'apprendimento e non la tecnologia. L'investimento in e-learning dovrebbe quindi essere:

5% in studenti, compresa la loro formazione, 10% in tecnologia, 15% in staff, tra cui il tutorato e la formazione del personale, e 70% nella creazione di contenuti. Progetti che hanno la tecnologia come parte principale della spesa spesso non hanno molta storia.

Punti chiave:

- Non credere che il lancio sia tutto il lavoro.
- "e-" è solo il metodo.
- Concentrarsi sull'eccellenza dell'educazione, non della tecnologia
- Investire nel vostro staff

Nell'arco di 20 anni, l'educazione sarà diversa, in quanto si passa da un approccio *just-in-case*, come l'apprendimento dell'algebra a scuola, ad una soluzione *just-in-time*, offrendo l'apprendimento immediatamente dopo che gli studenti hanno identificato i loro bisogni. C'è una costante domanda per l'accesso alla conoscenza e all'apprendimento attendibile, e gli utenti sono disposti a pagare se il servizio è loro utile. La tecnologia è ben avanzata ma il problema rimane l'accesso a contenuti di qualità. In futuro, il tempo per la conoscenza sarà così breve che gli utenti saranno sopraffatti

da contenuti buoni e cattivi e quindi le capacità di navigare e localizzare le giuste informazioni al momento giusto sarà fondamentale. Fornitori fidati di conoscenza e apprendimento di alta qualità prevarranno in questo mercato globale.

L'apprendimento tecnologico ha introdotto approcci *just-in-time* e *just-enough* che offrono una formazione adeguata, su richiesta ai singoli studenti, nel loro ambiente di lavoro. L'utilità della formazione è quindi migliorata, come il ritorno degli investimenti per le imprese acquirenti di formazione. Il moderno posto di lavoro per il personale sanitario è cambiato e l'e-learning permette all'intera forza lavoro di partecipare all'apprendimento dei modelli di lavoro e consente loro di

studiare in un tempo e in un luogo determinati dallo studente e non dall'insegnante.

I problemi dell'insegnamento tradizionale possono essere trovati anche nell'e-learning. La sfida più grande è quella di mantenere un curriculum congruente, in cui gli obiettivi dell'apprendimento siano accompagnati da attività di apprendimento e indirizzati verso la valutazione del metodo scelto e l'intensità dell'interrogazione. Questo richiede, chiaramente, che il metodo di valutazione e apprendimento siano appropriati per i risultati ma, ancora più importante, che essi siano appropriati per l'invio elettronico. Un'abilità pratica può essere osservata attraverso un video, ma non facilmente valutata usando una web cam. Gli adulti imparano meglio quando il contenuto è pertinente a problemi quotidiani, quando lo studente è attivamente coinvolto e gli obiettivi sono chiari e inequivocabili, con studenti che chiedono un feedback tempestivo e costruttivo. Tali requisiti sono sia dell'e-learning che dell'insegnamento tradizionale e quindi approcci innovativi sono tenuti a garantire che tali requisiti siano consegnati. La difficoltà con gli studenti online è che essi possono avere un breve periodo di tempo e spesso si aspettano una risposta più veloce rispetto alle loro controparti faccia a faccia. Questo può incrementare l'onere per il tutor online per rispondere rapidamente alle richieste degli studenti. Tuttavia, migliorando i materiali in risposta alle richieste degli studenti, il supporto ai fabbisogni può essere diminuito.

Il moderno approccio al lavoro in team può, e deve, essere esteso all'apprendimento in team, e l'educazione multidisciplinare può essere un potente strumento per un profondo apprendimento. L'e-learning fornisce i mezzi di comunicazione all'interno di un ambiente di apprendimento che elimina i vincoli geografici e temporali che possono intralciare le attività di apprendimento di gruppo. Utilizzando questo approccio si richiede l'impegno a materiali di alta qualità, semplicità di tecnologia e personale docente con appropriate competenze. Anche se l'e-learning utilizza la tecnologia come chi effettua l'insegnamento, è importante ricordare che nell'e-learning "e-" è solo il metodo di consegna, e che esso richiede ancora la qualità dei contenuti di apprendimento.

# Metodi per accertare le competenze cliniche

Eileen Furlong, Lecturer UCD School of Nursing, Midwifery & Health Systems, Belfield Dublin 4

L'accertamento della professionalità infermieristica mette a confronto i formatori. Due metodi sono l'OSCE (Objective Structured Clinical Examination) e l'uso di *portfolio*. Qui vogliamo ricavare notizie su questi metodi dalla letteratura e discutere qualche esempio pratico di come la competenza possa essere utile per integrare la teoria e la pratica. L'OSCE è nato in Scozia negli anni settanta, applicato alla formazione medica. È un approccio alle competenze dello studente piuttosto oggettivo che soggettivo (1). Questo accertamento è usato in larga misura nella formazione medica e ora si fa strada in altre discipline, tra cui il nursing. La competenza clinica è suddivisa in varie componenti (raccolta dati, interpretazione dei dati clinici, diagnosi infermieristiche...) e ognuna di esse viene accertata in postazioni diverse (2). Gli studenti ruotano su un numero di postazioni per un tempo uguale ad ogni postazione (1).

Ci sono due generi di postazione: procedure e domande. Generalmente, la prima richiede una *performance* operativa a partire da uno scenario scritto (1,2), seguito da una check-list predeterminata per compiere l'azione richiesta che viene controllata da un osservatore (1,2). I vantaggi di questa check-list dovrebbe essere l'obiettività e la ripetibilità (1). La seconda postazione è particolarmente adatta a sondare le competenze di natura interpersonale, psico-motoria e di iniziativa (2,3). Comunque, esistono molte varianti e alcune postazioni potrebbero essere più lunghe e comprendere domande a risposta multipla o temi scritti (3). L'utilizzo di un OSCE modificato ad uso degli studenti di nursing oncologico è stato valutato (4). Questa valutazione è non sperimentale, basata sulle impressioni dei partecipanti a conclusione del modulo. Si è chiesto agli studenti di esprimere il proprio accordo/disaccordo con le voci del questionario, indicando il proprio grado di preparazione all'esame, la propria opinione circa l'efficacia di OSCE e la sua capacità di valutare la professionalità clinica, il proprio livello d'ansia o stress provato a causa di OSCE.

I risultati hanno indicato che il 90% ha avuto grande stress nonostante l'alta preparazione e ha valutato l'esame utile a testare la competenza professionale. L'uso di OSCE con altri metodi può aumentare l'utilizzo della conoscenza nella pratica clinica (4).

Un *portfolio* per infermieri è generalmente riconosciuto come una raccolta organizzata di documenti che raccontino la propria carriera. Questi documenti accumulati possono essere utili quando si ricerchi lavoro o per dimostrare delle competenze acquisite. I contenuti del portfoliopossono aiutare l'infermiere a identificare i propri punti di forza e di debolezza, a pianificare come aumentare la propria conoscenza e



- Formazione continua
- Evidenze nero su bianco
- Competenze in evoluzione
- Sviluppo personale e professionale
- Passi avanti sotto gli occhi
- Professionalità e conoscenze misurabili
- Contenuti da analizzarea

competenza per investire nella pratica clinica, a massimizzare le proprie opportunità di sviluppo professionale e di carriera (5).

Lo sviluppo di un portfolio sostiene la formazione permanente e individuale. Questo, perché mette lo studente al centro del processo formativo (6) e incoraggia l'infermiere a un'analisi critica dell'assistenza. Uno degli scopi maggiori della professione infermieristica è la salvaguardia di criteri condivisi per l'ammissione alla pratica dei possessori di requisiti minimi che siano ritenuti competenti (7). Nella clinica, nella dirigenza, nella formazione, dobbiamo sforzarci di assicurare che la competenza ci sia.

## Bibliografia:

1. Harden R.M, Gleeson F.A: Assessment of medical competence using an objective structured clinical examination (OSCE) *ASME Medical Education Booklet* 8, 3-10, 1979.
2. Ross M, Carroll G, Knight J, Chamberlain M, Fothergill-Bourbonnais F, Linton J: Using the OSCE to measure clinical skills performance in nursing, *Journal of Advanced Nursing* 13 (1): 45-56, 1988
3. Newble D: Techniques for measuring clinical competence: objective structured clinical examination, *Medical Education* 38, 199-203, 2004.
4. Furlong E, Fox P, Lavin M, Collins R: Oncology nursing students' views of a modified OSCE, *European Journal of Oncology Nursing* 9, 351-359, 2005.
5. National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery Guidelines for Portfolio Development for Nurses and Midwives, 2006. [www.ncnm.ie/publications](http://www.ncnm.ie/publications)
6. Corcoran J, Nicholson C: Learning portfolios – evidence of learning: an examination of students' perspectives. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care.* 9 (5) 230-237 2004.
7. Bradshaw A, Merriman C: Nursing competence 10 years on: fit for practice and purpose yet? *Journal of Clinical Nursing* 1263-1269, 2008.

## Objective Structured Clinical Examination (OSCE)

- Nasce in Scozia come strategia valutativa per gli studenti di medicina (anni '70) (Harden & Gleeson 1979)
- Usato dal nursing
- Testa la pratica più che la teoria
- I suoi metodi divengono importanti nelle facoltà di infermieristica nella decade scorsa



# European Oncology Nursing Society (EONS)

## INTRODUCTION

The European Oncology Nursing Society (EONS) has provided support to cancer nurses across Europe since 1984. The mission of EONS is to add value to the work of its individual members and national societies in delivering care to patients with cancer. It aims to assist in the promotion of healthy communities through influencing, research and education.

The changing landscape of cancer management in relation to cancer treatments, new technologies, psychosocial care and health care provision has meant a significant shift in the way nurses apply their clinical skills and knowledge in the workplace. However, the professional development and status of cancer nurses across Europe is not uniform and EONS strategic agenda (CARE) aims to address this inequality by working with oncology nurses through their national societies.

## STRATEGIC PRIORITIES

### Communication

Communicating with and to oncology nurses across Europe remains a challenge. Developing diverse communication pathways is complex and EONS is committed to doing this by continuing to produce and distribute (through the national societies) a newsletter four times a year. The EONS website (part of Cancerworld) is an established forum for cancer nurses and EONS will be developing multi-language sections within the site as well as options for interactive forums to promote professional discussion, information and networking. The European Journal of Oncology Nursing continues to be one of the leading cancer journals and celebrated 10 years of publication in 2006.

### Political Agenda

EONS is one of the professional cancer societies that form part of the umbrella organisation renamed ECCO in 2007 (European Cancer Organisation) previously known as FECS – Federation of European Cancer Societies. The organisation provides a collective political voice in Europe. EONS is also a member of the European Specialist Nurses Organisation (ESNO) which consists of associations from both European Nursing Specialist and Nursing Interest Groups. The organisation acts as a platform to represent nursing in the wider political forum.

## CARE encompasses four bodies of work:

- C Communication
- A Activities for the Political agenda
- R Research
- E Education

### Research

Promoting evidence based clinical practice through research has always been a core function of EONS. Various grants are distributed through EONS to promote and facilitate research initiatives. One of the priorities is to develop a European cancer nursing research network which will enable wider collaboration, participation and sharing of research evidence as well as build a body of research and development expertise.

### Education

The themes as priorities in education are to develop cancer nurse educators to develop and accredit teaching programmes which have education quality standards as part of the review process. Inequality in accessing post-registration cancer nursing education exists across Europe. Alongside this work is the commitment to develop specialist education and leadership programmes which can be viewed in [www.cancerworld.org/eons](http://www.cancerworld.org/eons)

Notwithstanding the busy agenda the patient experience lies at the heart of the CARE Strategy. By utilising and working in collaboration with patients, EONS will continue to provide a unique contribution to the agenda of cancer care in Europe, whilst promoting the unique contribution of cancer nursing in this process.

For more information on EONS, please contact the secretariat at

[eons.secretariat@skynet.be](mailto:eons.secretariat@skynet.be)

*Rudi Briké, coordinatore TITAN*

Dall'inizio del 2008 ben 7 corsi TITAN sono stati organizzati con successo in numerosi Paesi, usando il materiale dell'aggiornamento ai corsi 2008. La tedesca KOK ha organizzato 2 corsi a febbraio e maggio con 31 partecipanti in totale. Entrambi i corsi hanno ricevuto un ritorno positivo dai partecipanti, e in generale i corsi TITAN sono giudicati validi e utili. Uno dei partecipanti ha fatto notare che: "...più infermieri dovrebbero partecipare a questo programma di formazione in quanto è un progetto veramente valido!". Gli altri partecipanti hanno particolarmente apprezzato la qualità dei docenti e le sessioni interattive. I prossimi corsi sono in programma per ottobre.

La IANO (Irlanda) ha organizzato il proprio corso a maggio con 25 partecipanti provenienti sia dall'ospedale che dalle comunità



*Sessione del corso IANO del maggio scorso*

territoriali per la cura dei pazienti oncologici. Nella valutazione, i partecipanti hanno trovato la giornata di formazione utile e rilevante per la pratica clinica quotidiana, infatti uno dei partecipanti ha affermato: "Il corso è molto utile alla pratica nei reparti non specialistici." Ancora è stato detto: "Tutti gli infermieri che operano in onco-ematologia, che non hanno molta esperienza, dovrebbero partecipare a questo corso. È altamente formativo e risulta rilevante nella pratica quotidiana per migliorare l'assistenza ai pazienti". Infatti, come parte del programma, i partecipanti devono sviluppare la disseminazione del progetto nei successivi sei mesi in vari modi quali, ad esempio, la creazione di dépliant o incontri per i colleghi e/o i

pazienti. L'obiettivo finale è di condividere le informazioni coi colleghi infermieri e lo staff multidisciplinare per migliorare la percezione circa la prevenzione, la valutazione e la gestione delle tossicità e adeguare le cure ai pazienti.

Il corso TITAN che si è tenuto a Leeds (UK) a giugno con 13 partecipanti ha fornito un buon esempio del modo di organizzare e gestire un incontro locale per infermieri. Tale corso è stato gestito all'interno del Leeds Teaching Hospitals NHS Trust coi relatori e nei locali della struttura stessa. Mrs. Kirsten Midgley (clinical educator) ha tenuto gran parte delle sessioni e le rimanenti sessioni sono state tenute da infermieri specialisti in ematologia e membri del gruppo di educazione ai pazienti. "Il corso è stato molto utile, ha accresciuto le mie conoscenze permettendomi di trasferirle nella pratica" ha affermato uno dei partecipanti.

I corsi TITAN non sono più solo europei ma sono diventati "internazionali". Il primo TITAN svoltosi in medio oriente è quello di Abu Dhabi al Tawam Hospital a febbraio di quest'anno con 40 infermieri partecipanti. Il corso è stato ben accolto dai partecipanti grazie al fatto che presidente e docente del corso è stato nientedimeno che Mr. Jan Foubert. Alla Amgen Medio Oriente stanno lavorando per pianificare ulteriori corsi per infermieri per il 2008. Altri TITAN sono in programma in Austria (AHOP), Belgio (SIOP), Repubblica Ceca, Grecia e Italia (AIAO).

I partecipanti di un corso TITAN dovrebbero intraprendere un progetto, nei 6 mesi successivi al corso, che miri a trasmettere le conoscenze acquisite ai propri colleghi o ai pazienti a rischio di

tossicità ematologica. Vogliamo informare gli organizzatori dei corsi TITAN che nel 2008 ci sarà ancora il premio TITAN Dissemination project Award. Le candidature vanno spedite via e-mail collegandosi alla sezione TITAN del sito EONS: <http://www.cancerworld.org/eons> Se volete maggiori informazioni o volete organizzare un corso potete contattare Mr. Rudi Briké all'indirizzo [eons.secretariat@skynet.be](mailto:eons.secretariat@skynet.be)

*Uno speciale ringraziamento a Mrs. J. Baumann, Amgen (Europe) GmbH per la sua assistenza.*

*Questo programma è supportato dalla libera sponsorizzazione di Amgen (Europe) GmbH*

★★★ CONGRESS  
**ESMO**  
34

See you at the joint  
**ECCO 15** and **34<sup>TH</sup> ESMO**  
Multidisciplinary Congress  
BERLIN, 20-24 SEPTEMBER 2009

**ECCO**  
15

[www.ecco-org.eu](http://www.ecco-org.eu)



European Society  
for Medical Oncology

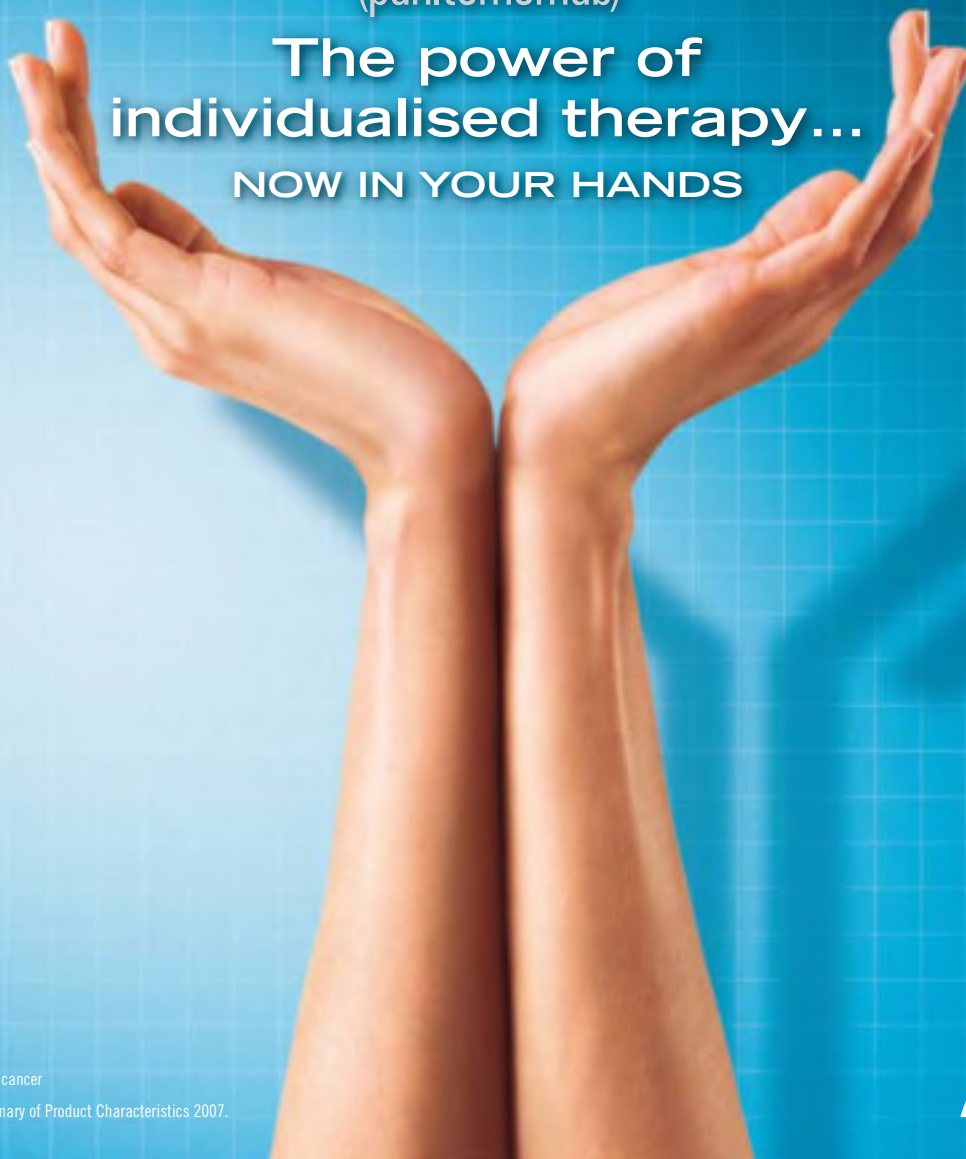
**ECCO**

**EUROPEAN  
CANCER  
ORGANISATION**

Introducing Vectibix®: the first 100% human anti-EGFR monoclonal antibody for mCRC\* patients with nonmutated (wild type) KRAS<sup>1</sup>

**Vectibix®**  
(panitumumab)

The power of  
individualised therapy...  
NOW IN YOUR HANDS



\*mCRC: metastatic colorectal cancer

Reference: 1. Vectibix® Summary of Product Characteristics 2007.

**AMGEN®**

#### VECTIBIX® (panitumumab)

##### ABBREVIATED PRESCRIBING INFORMATION

Please refer to the Summary of Product Characteristics before prescribing Vectibix® (panitumumab).

**PHARMACEUTICAL FORM:** Vectibix® 20 mg/ml concentrate for solution for infusion. Each vial contains 100 mg of panitumumab in 5 ml. Excipients: sodium chloride, sodium acetate trihydrate, acetic acid (glacial [for pH adjustment]), water for injection.

**INDICATION:** Monotherapy for the treatment of patients with EGFR-expressing, metastatic colorectal carcinoma (mCRC) with nonmutated (wild type) KRAS after failure of fluoropyrimidine-, oxaliplatin-, and irinotecan-containing chemotherapy regimens.

**DOSAGE AND ADMINISTRATION:** The recommended dose of Vectibix® is 6 mg/kg of bodyweight given once every two weeks. The recommended infusion time is approximately 60 minutes. Doses higher than 1000 mg should be infused over approximately 90 minutes.

**CONTRAINDICATIONS:** Hypersensitivity to the active substance or to any of the excipients, interstitial pneumonitis or pulmonary fibrosis.

##### SPECIAL WARNINGS AND PRECAUTIONS: *Dermatologic reactions:*

Dermatologic reactions are experienced with nearly all patients (approximately 90%) treated with Vectibix®; the majority are mild to moderate in nature. If a patient develops dermatologic reactions that are grade 3 (NCI-CTC/CTCAE) or higher or considered intolerable, temporarily withhold Vectibix® until the reactions have improved to ≤ grade 2. Once improved to ≤ grade 2, reinstate administration at 50% of the original dose. If reactions do not recur, escalate the dose by 25% increments until the recommended dose is reached. If reactions do not resolve (to ≤ grade 2) or if reactions recur or become intolerable at 50% of the original dose, the use of Vectibix® should be permanently discontinued.

*Pulmonary complications:* If pneumonitis or lung infiltrates are diagnosed, Vectibix® should be discontinued and the patient should be treated appropriately. *Hypomagnesaemia:* Patients should be periodically monitored for hypomagnesaemia and accompanying hypocalcaemia every 2 weeks during Vectibix® treatment, and for 8 weeks after the completion of treatment.

**INTERACTIONS:** Concomitant use of Vectibix® and IFL or bevacizumab and chemotherapy combinations is not recommended. Increased deaths were observed when panitumumab was administered in combination with bevacizumab and chemotherapy combinations. Patients receiving Vectibix® in combination with IFL regimen, leucovorin and irinotecan experienced severe diarrhoea; therefore administration of Vectibix® in combination with IFL should be avoided.

**PREGNANCY AND LACTATION:** There are no adequate data from the use of Vectibix® in pregnant women. In women of childbearing potential, appropriate contraceptive measures must be used during treatment and for 6 months following the last dose. It is recommended that women do not breast-feed during treatment with Vectibix® and for 3 months after the last dose.

**UNDESIRABLE EFFECTS:** Very common (≥ 1/10): Rash, erythema, skin exfoliation, pruritus, dry skin, skin fissures, paronychia, diarrhoea, fatigue, nausea, vomiting, dyspnoea, cough. Common (≥ 1/100 to < 1/10): Infusion reactions (pyrexia, chills), hypomagnesaemia, hypocalcaemia, hypokalaemia, dehydration, headache, conjunctivitis, growth of

eyelashes, increased lacrimation, ocular hyperaemia, dry eye, eye pruritus, stomatitis, mucosal inflammation, onycholysis, hypertrichosis, alopecia, nasal dryness, dry mouth.

**PHARMACEUTICAL PARTICULARS:** Store in a refrigerator (2°C – 8°C). Do not freeze. Store in the original carton in order to protect from light. Chemical and physical in-use stability has been demonstrated for 24 hours at 25°C. Vectibix® should be diluted in 0.9% sodium chloride injection using aseptic conditions.

**LEGAL CLASSIFICATION:** Medicinal product subject to medical prescription.

**MARKETING AUTHORISATION HOLDER:** Amgen Europe B.V., Minervum 7061, NL-4817 ZK Breda, The Netherlands. Further information is available from Amgen (Europe) GmbH, Dammstrasse 23, PO Box 1557, Zug, Switzerland, CH-6301. Additional information may be obtained from your local Amgen office.

Marketing Authorisation Number 100 mg vial: EU/1/07/423/001

# Porpora Trombotica Trombocitopenica Autoimmune

## Opzioni per Nuovi Trattamenti

Dion Smith- Birmingham City University, Birmingham, UK

### Introduzione

La Porpora Trombotica Trombocitopenica Autoimmune o idiopatica (ITP) è un raro disordine immunologico caratterizzato da un basso numero di piastrine circolanti. I pazienti con ITP spesso hanno la conta piastrinica inferiore a  $50 \times 10^9/L$ , benché altre volte meglio, essi si possono sentire astenici ed avere una cresciuta tendenza al sanguinamento, facilità agli ematomi o stravasi capillari ematici sottocutanei e delle membrane sotto mucose (Fig.1).

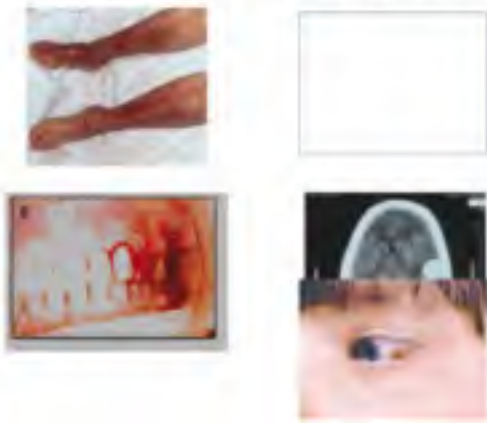
In casi severi, i pazienti con un conteggio piastrinico molto basso possono avere emorragie intracraniche ed interne. L'ITP interessa pazienti di ogni età e gruppo etnico, in UK ogni anno ci sono approssivamente 39 nuovi casi di IPT per milione di persone.

Le piastrine sono cellule non nucleate a forma di disco prodotte nel midollo spinale dai megacariociti. Parecchi fattori di crescita sono coinvolti nel controllo della produzione di piastrine, la più importante è la trombopoietina (TPO). La TPO endogena regola il livello piastrinico per mezzo della sua attività che lo lega ai recettori che si trovano sia sulle piastrine.

L'ITP fu considerata come una malattia che accresceva la distruzione piastrinica mediata da anticorpi, ma con l'accrescersi delle conoscenze sulla patofisiologia della IPT una produzione subottimale delle piastrine è emersa come un addizionale meccanismo dell'ITP.

### Sintomi e diagnosi dell'ITP

Figure 1. Clinical Signs and Symptoms of ITP



I sintomi dell'ITP e la sua gravità dipendono dal conteggio piastrinico, l'aumento della gravità sta in relazione alla diminuzione delle stesse. Gli infermieri dovrebbero familiarizzare con i segni ed i sintomi del sanguinamento, come petecchie e porpora, in modo da ottenere un più efficace stima delle superfici cutanee e mucose. Infermieri specializzati potranno intraprendere esami della retina o del fondo dell'occhio per stabilire evidenza di emorragie.

### Conta piastrinica e sintomi

- |                         |  |
|-------------------------|--|
| • $>50 \times 10^9/L$   | Spesso asintomatica  |
| • $30-50 \times 10^9/L$ | Facili lividi  |
| • $20 \times 10^9/L$    | Petecchie e porpora  |
| • $<10 \times 10^9/L$   | Severe emorragie cutanee, epistassi, sanguinamento gengivale ematuria. |
| • $<5 \times 10^9/L$    | Rischio di emorragie intracraniche spontanee e in altre parti interne  |

### Diagnosi

L'ITP è una diagnosi che esclude altre cause di trombocitopenia: la pseudocitopenia (es. una manipolazione di un gruppo di piastrine "in vitro" dovuto agli effetti dell'EDTA nella provetta e privo di significato clinico) o la trombocitopenia famigliare (es. trombocitopenia risultante in famiglie con possibili affinità genetiche) che non devono essere considerate. L'ITP può anche essere sviluppata secondariamente in pazienti con altre malattie, come il lupus eritematoso sistemico, tumori delle cellule B o disordini immunitari tiroidei o in pazienti sottoposti a trapianto midollare. Gli infermieri dovrebbero anche informare e sconsigliare l'uso di medicine alternative in particolare di erboristeria che possono interagire con il conteggio piastrinico.

### Diagnosticare l'ITP è importante per:

- Documentare la storia clinica del paziente per identificare ogni influenza sociale sulla salute come un eccessivo consumo di alcolici. Può anche servire ad identificare l'uso di farmaci che causano la trombocitopenia, come certi antibiotici, anticonvulsivi, diuretici o analgesici come l'aspirina. Una storia recente di infezione virale o respiratoria, trasfusioni o disordini ematici possono alludere ad altre potenziali cause secondarie di ITP.
- Eseguire un esame fisico per valutare il tipo di gravità e l'estensione degli episodi di sanguinamento e stabilire la durata dei sintomi.
- Investigare la storia famigliare del paziente. Potrebbe evidenziare una base ereditaria come causa del basso conteggio piastrinico.
- Eseguire una conta e raccogliere campioni di sangue periodicamente. Bassi livelli di piastrine sono le uniche anomalie rilevate nel conteggio piastrinico nei pazienti ITP.

Una biopsia del midollo osseo può essere indicata per i pazienti più anziani e in pazienti ove siano sospettati altri disordini ematologici o che vengono presi in considerazione per splenectomia.

### Questioni infermieristiche associate all'ITP

È controverso se debbano essere trattati pazienti che si presentano solo con petecchie o porpora e su ciò la pratica medica è variabile fra gli ospedali e i Paesi.

### Il trattamento è considerato appropriato per:

- Pazienti con conteggio piastrinico  $<20-30 \times 10^9/L$  o pazienti con  $<50 \times 10^9/L$  con significativo sanguinamento delle mucose o rischio di emorragie.

- Pazienti che dovranno sottoporsi a procedure mediche o dentistiche che potrebbero provocare perdite ematiche, come un'estrazione dentale.
- Pazienti con stili di vita associati ad un rischio aumentato per sanguinamenti come per coloro che partecipano ad attività azzardate e pericolose come sport esposti a pesanti contatti fisici.

### Trattamenti correnti effettuabili su pazienti con ITP

Attualmente sono comunemente usate quattro opzioni di cura che tendono a ridurre la distruzione piastrinica: i corticosteroidi, le immunoglobuline anti-D, immunoglobuline endovenose (IVIGS) e la splenectomia. I corticosteroidi, in particolare il prednisone, sono considerati terapie di prima linea e sono efficaci sul 50-70% dei pazienti (8).

Sfortunatamente l'uso prolungato di corticosteroidi può associarsi ad effetti collaterali plurimi, quali l'ipertensione, il diabete, l'osteoporosi, il glaucoma ed in casi estremi la sindrome di Cushing, così come un rischio aumentato per infezioni associate ad immunosoppressione steroide-indotta.

L'immunoglobulina anti-D è egualmente valida ma solo nel 70-75% in pazienti Rh+ in un contesto di pazienti non splenectomizzati. L'IVIGS viene raccomandata a pazienti non responsivi ai corticosteroidi o a quelli con sanguinamento severo. I possibili effetti collaterali associati alle immunoglobuline sono febbre, brividi, cefalee, nausea, affanno e dolore toracico. In rari casi a seguito della somministrazione delle immunoglobuline il paziente può sviluppare insufficienza renale acuta, meningite asettica, o anemia emolitica.

La splenectomia è un'opzione per pazienti con ITP severa e resistenti ai corticosteroidi, ma la tendenza attuale è quella per un intervento meno aggressivo sul paziente. I pazienti a seguito della splenectomia possono avere per tutta la vita un rischio di infezioni aumentato, ed il 40-50% dei pazienti splenectomizzati e un rischio di ricaduta tardiva.

Il rituximab benché non sia stato ancora approvato per il trattamento dell'IPT ha dimostrato efficacia. Circa il 45-65% ha risposto al rituximab (11) ma tale trattamento può avere complicanze a seguito di risposte imprevedibili. Alcuni pazienti hanno un aumento precoce nella conta piastrinica (dopo la prima o seconda infusione) con un apice tra la settimana 5 e la 10; altri possono avere una risposta ritardata dove l'aumento nel conteggio viene ottenuto primariamente tra le settimane 6 e 8 dall'inizio cura e raggiungere l'apice rapidamente (12,13).

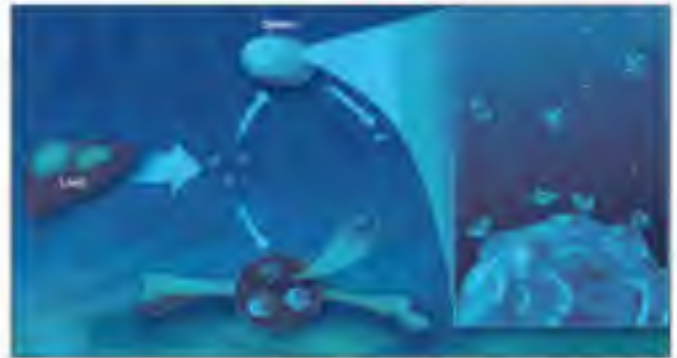
### Nuove scelte terapeutiche per i pazienti con IPT

Lo sviluppo di nuove terapie volto alla produzione sub-ottimale di piastrine include i fattori di crescita che ne stimolano la produzione. Il primo TPO ricombinante - costruito aggiungendo il DNA pertinente nel genoma esistente del batterio, così da creare proteine che stimolano la produzione piastrinica - e simile al TPO endogeno prodotto naturalmente nel corpo. Il TPO ricombinante risulta essere (capace a provocare una risposta immunologia) immunogenico e poiché il sistema immunologico del corpo identifica il TPO ricombinante come "estraneo" inducendo la produzione di auto-anticorpi e la distruzione del TPO endogeno. Il secondo TPO ricombinante alleato dei recettori, il romiplostim e recettore alleato della piccola molecola TPO, l'eltrombopag attualmente in tarda fase di studio per lo sviluppo clinico che non ha somiglianza al TPO endogeno e non scatena risposte autoimmuni.

### Romiplostim

Il romiplostim è una proteina stimolante la trombopoiesi FC-peptide di fusione (corpo peptidico) che si lega ai recettori TPO sulla superficie dei megacariociti produttori di piastrine (Fig.3). L'unione del romiplostim attiva la segnalazione di percorso che porta all'attivazione della produzione piastrinica. Il romiplostim è somministrato una volta alla settimana con iniezione sottocutanea e

Figure 2. New Concept of ITP: Accelerated Platelet Destruction and Suboptimal Platelet Production



la dose è individualizzata per ogni paziente per il suo specifico livello piastrinico. L'efficacia e la sicurezza del romiplostim (1 ug/kg per settimana).

È stato studiato in due fasi parallele di 24 settimane a doppio cieco verso il placebo, trial di fase III, uno su pazienti splenectomizzati (romiplostim N.=42; placebo N.=21) e l'altro su pazienti non splenectomizzati (romiplostim N.=41; placebo N.=21). I pazienti possono ricevere simultaneamente alla terapia per l'IPT corticosteroidi, azatioprina e danazolo.

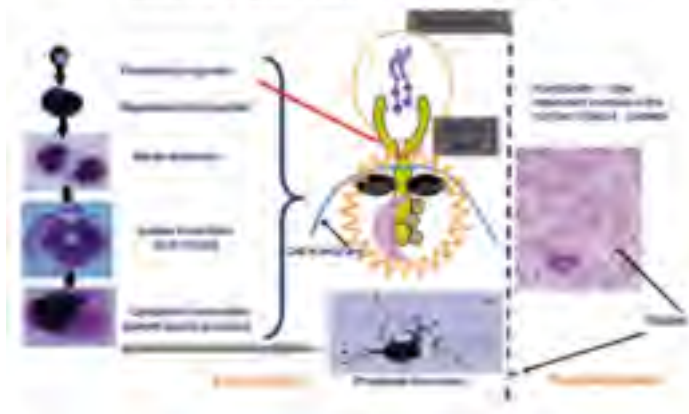
L'obiettivo primario di entrambi gli studi è stata la risposta piastrinica duratura fissata in un conteggio settimanale di  $> 50 \times 10^9/L$  durante almeno 6 delle ultime 8 settimane di trattamento, in assenza di alcuna terapia di soccorso durante il tempo dello studio.

Venne definita risposta transitoria per 4 o più settimane di risposta piastrinica senza una risposta durevole nelle settimane dalla 2 alla 25. Una risposta piastrinica che avvenne all'interno delle 8 settimane di trattamento non fu inclusa in nessun risultato di conteggio.

In totale, l'83% dei pazienti trattati con romiplostim ottennero complessivamente una risposta (sia duratura che transitoria) comparata al 7% dei riceventi il placebo ( $p < 0,0001$ ; Cochran-Mantel-Haenszel test controllato per splenectomia e terapia IPT di base contemporanea). Un totale del 49% dei pazienti trattati con romiplostim hanno avuto una risposta piastrinica positiva persistente, comparata al 2% dei pazienti trattati con placebo. L'obiettivo del conto piastrinico ( $> 50 \times 10^9/L$ ) fu raggiunto nel 50% dei pazienti sia splenectomizzati che non, e riceventi il romiplostim già alla 2<sup>a</sup> o 3<sup>a</sup> settimana e prolungato per la durata del trattamento (Fig.4). Tra i pazienti riceventi contemporaneamente il trattamento IPT, l'87% di quelli trattati anche con romiplostim (20/23 pazienti) erano in condizione di ridurre (fino al 25%) o interrompere le loro terapie concomitanti in opposizione al 38% dei sottoposti a placebo (6/16 pazienti).

Il romiplostim è stato ben tollerato con effetti collaterali generalmente blandi. La cefalea è stato l'evento negativo più comunemente riferito sia nei gruppi trattati con romiplostim che con il placebo. I pazienti trattati con romiplostim hanno accusato un aumento di capogiri, insonnia, mialgie, dolori all'addome ed alle estremità con significato clinico non valutabile dato il basso numero dei partecipanti allo studio. Non sono stati individuati anticorpi neutralizzanti il romiplostim e la trombopoietina in nessuno dei pazienti partecipanti al Trial di fase III. Sono avvenute tromboembolie in due pazienti trattati con romiplostim ed in uno sottoposto a placebo, tutti già sofferenti di fattori predisponenti al tromboembolismo. Un aumento del trabecolato midollare fu osservata in un paziente che ricevette romiplostim (ma già portatore di base di una scleroproteina delle fibre connettive) e che si risolse con l'interruzione del trattamento.

**Figure 3. Romiplostim Mechanism of Action: Mimicry of Endogenous Thrombopoietin**



L'efficacia e la sicurezza a lungo termine del romiplostim sta per essere confermata dallo studio aperto in corso di estensione. L'Agenzia Europea per la Valutazione Farmacologica sta attualmente revisionando la domanda di autorizzazione alla commercializzazione del romiplostim.

Il Romiplostim è stato recentemente approvato nella cura per gli adulti con IPT cronica negli USA ed in Australia.

### Eltrombopag

L'eltrombopag è una piccola molecola alleata del recettore TPO che viene somministrata per via orale giornalmente. Essa attiva il recettore TPO legandosi alla regione transmembranica. Anche se l'eltrombopag si lega al recettore in modo diverso dal TPO endogeno o romiplostim, il percorso finale sembra essere uguale. I risultati di un trial di fase II per un periodo di trattamento di 6 settimane verso un placebo, dove il punto d'arrivo primario fu di avere un conteggio piastrinico di  $>50 \times 10^9/L$  nel giorno 43 del trattamento mostrarono che il 28%, il 70% e l'80% dei pazienti rispettivamente ricevuti 30 mg, 50 mg e 75 mg di eltrombopag giornalmente, raggiunsero tale traguardo (contro l'11% del gruppo placebo).<sup>(16)</sup>

Cefalee leggere o moderate sono stati tra gli effetti più comunemente riferiti seguiti da un innalzamento della amminotransferasi aspartata, costipazione, fatigue ed eruzioni cutanee.

In pazienti trattati con eltrombopag è stata rilevata presenza di cataratta sia negli studi clinici che preclinici e si sono osservati rialzi nella transaminasi dell'alanina in congiunzione con rialzi dei livelli di bilirubina (17). Studi di fase III sull'eltrombopag sono in corso e si attende presto la pubblicazione dei dati.

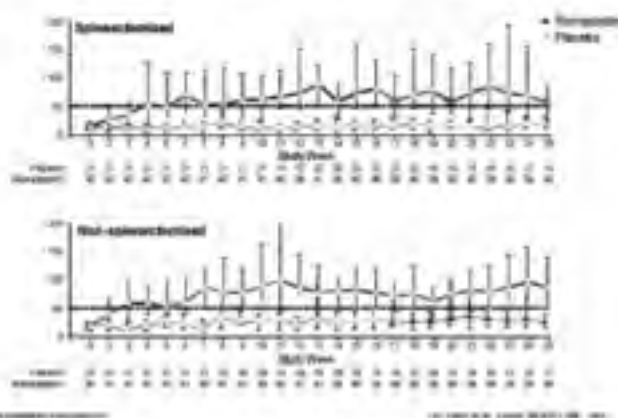
### Discussione

Con lo sviluppo dei recettori TPO agonisti, le opzioni di trattamento per i pazienti con ITP si sono ampliate. I trattamenti attuali possono avere molti effetti collaterali ed il trattamento dell'ITP può produrre un aumento della morbilità per effetti sfavorevoli ed infezioni opportunistiche che spesso eccedono i problemi attualmente causati dall'ITP. I Trial di fase III investigante il romiplostim e quello di fase II su eltrombopag mostrano che i recettori TPO agonisti sembrano ben tollerati e validi per i pazienti con ITP. Poiché i recettori TPO agonisti non sono agenti immunosoppressori, i problemi associati al trattamento immunosoppressivo possono essere evitati e la salute generale del paziente ben conservata.

Tutti i sintomi dell'ITP e il suo trattamento incidono sulla qualità di vita del paziente; veramente l'impatto sulla qualità di vita è percepita come simile o peggiore se comparata a quella di pazienti diabetici

o artritici. I pazienti riferiscono che i lividi ed il sanguinamento causati dall'ITP hanno un sostanziale effetto negativo sulla loro qualità di vita, e la fatigue (possibilmente dovuta all'anemia causata dal sanguinamento) ostacola la loro capacità a condurre le proprie attività routinarie giornaliere (20). Quando contatta un paziente con ITP, l'infermiere dovrà aiutarlo ad adattarsi ai bisogni fisici e psicosociali provocati dalla malattia. I cambiamenti nell'immagine corporea associati al trattamento corticosteroidico, le implicazioni per una potenziale splenectomia, la riabilitazione, i ruoli e le responsabilità ed i rischi di infezione sono esempi di alcune paure e preoccupazioni che l'infermiere dovrebbe valutare e sostenere il paziente quando lo informa spiegandogli le varie opzioni di trattamento per l'ITP. Rimanere aggiornato sugli sviluppi e le future opzioni terapeutiche permette all'infermiere di educare e rassicurare il paziente conseguentemente alleviando le potenziali paure per fallimenti terapeutici o nell'eventualità di un'evitabile splenectomia

**Figure 4. Median Weekly Platelet Count**



Quando si considera la gestione del paziente durante il trattamento per l'ITP sorgono due importanti questioni: primo il bisogno di accordo sulle terapie e secondo un regolare monitoraggio della conta piastrinica. La terapia sottocutanea settimanale come con il romiplostim può agevolare la compliance, essa integra anche il trattamento ai frequenti monitoraggi piastrinici e rafforza i regolari contatti con lo staff sanitario il che può essere rassicurante per il paziente. Questo approccio facilita la personalizzazione individuale ed il controllo del piano terapeutico e minimizza il rischio per una trombosi che potrebbe capitare con un conteggio piastrinico aumentato (es. a causa di assunzioni irregolari del farmaco).

Negli adulti, l'ITP è una malattia cronica associata spesso a successivi periodi di remissione e ripresa. Molti pazienti non necessitano trattamento e la decisione di intervenire sul paziente terapeuticamente sarà basata su conclusioni di laboratorio, circostanze cliniche e fattori di rischio individuali. Lo sviluppo della comparsa di agonisti recetoriali TOP offre al paziente con questa condizione patologica cronica, una nuova prospettiva di vita.

### Ringraziamenti

Questo articolo è sostenuto da Amgen Europe GmbH, Zug, Switzerland.

**Author for Correspondence:** 033 Bevan House, Birmingham City University, Edgbaston, Birmingham, B15 3TN, UK E-mail: dion.smyth@bcu.ac.uk

## Bibliografia

1. Cines DB, McMillan R: Management of adult idiopathic thrombocytopenic purpura. *Annu Rev Med* 56:425-42, 2005.
2. Kaye J, Schoonen M, Fryzek J: ITP incidence and mortality in UK general practice research database. *Haematologica* 92 (Suppl.1):280 (Abstract 0751), 2007.
3. Bussel J: Treatment of immune thrombocytopenic purpura in adults. *Semin Hematol* 43 (3 Suppl 5):S3-10; discussion S18-9, 2006.
4. Stasi R, Evangelista ML, Amadori S: Novel thrombopoietic agents: A review of their use in idiopathic thrombocytopenic purpura. *Drugs* 68 (7):901-12, 2008.
5. Arnold J, Ouwehand WH, Smith GA, Cohen H. A young woman with petechiae. *Lancet* 352:618, 1998.
6. Azuno Y, Yaga K, Sasayama T, Kimoto K. Thrombocytopenia induced by Jui, a traditional Chinese herbal medicine [Letter]. *Lancet* 354:304-5, 1999.
7. George J, et al.: Idiopathic thrombocytopenic purpura: a practice guideline developed by explicit methods for the American Society of Hematology [see comments]. *Blood* 88 (1):3-40, 1996.
8. Cines DB, Blanchette VS. Immune thrombocytopenic purpura. *N Engl J Med* 346: 995-1008, 2002
9. Provan D, et al.: Activity and safety profile of low-dose rituximab for the treatment of autoimmune cytopenias in adults. *Haematologica* 92 (12):1695-8, 2007.
10. Godeau B, et al.: Rituximab efficacy and safety in adult splenectomy candidates with chronic immune thrombocytopenic purpura - results of a prospective multicenter phase 2 study. *Blood*:Epub ahead of print, 2008.
11. Arnold DM, Dentali F, Crowther MA, et al. Systematic Review: Efficacy and Safety of Rituximab for Adults with Idiopathic Thrombocytopenic Purpura. *Ann Intern Med.* 2007;146(1):25-33.
12. Stasi R, Pagano A, Stipa E, et al. Rituximab chimeric anti-CD20 monoclonal antibody treatment for adults with chronic idiopathic thrombocytopenic purpura. *Blood.* 2001;98(4):952-957. Clinical trial.
13. Stasi R, Stipa E, Forte V, et al. Variable patterns of response to rituximab treatment in adults with chronic idiopathic thrombocytopenic purpura. *Blood.* 2002;99(10):3872-3873.
14. Kuter DJ, et al.: Efficacy of romiplostim in patients with chronic immune thrombocytopenic purpura: a double-blind randomised controlled trial. *Lancet* 371 (9610):395-403, 2008.
15. Newland C, et al.: Evaluating the long-term efficacy of romiplostim (AMG 531) in patients with chronic immune thrombocytopenic purpura (ITP) during an open-label extension study. *Haematologica* 93 (Suppl.1):377 (Abstract 0945), 2008.
16. Bussel JB, et al.: Eltrombopag for the treatment of chronic idiopathic thrombocytopenic purpura. *N Engl J Med* 357 (22):2237-47, 2007.
17. FDA Oncologic Drug Advisory Committee Briefing Document. Promacta (Eltrombopag Tablets) <http://www.fda.gov/ohrms/dockets/AC/08/briefing/2008-4366b1-02-GSK.pdf>. Accessed July 21st 2008
18. Portielje JEA, et al.: Morbidity and mortality in adults with idiopathic thrombocytopenic purpura. *Blood* 97 (9):2549-2554, 2001.
19. McMillan R, et al.: Self-reported health-related quality of life in adults with chronic immune thrombocytopenic purpura. *Am J Hematol* 83 (2):150-4, 2008.
20. Mathias SD, et al.: Impact of chronic Immune Thrombocytopenic Purpura (ITP) on health-related quality of life: a conceptual model starting with the patient perspective. *Health Qual Life Outcomes* Feb 8;6:13, 2008

## Nuovi eventi accreditati

- Diploma in Advanced Studies Berner Fachhochschule in Onkologiepflege, Lindenhof Schule, Berna, Svizzera, percorso di studi. Maggiori informazioni su [www.lindenhof-schule.ch](http://www.lindenhof-schule.ch)
- Chemotherapy course for oncology nurses, Estonian Oncology Nursing society, 14,15,16 April 2008, evento formativo
- ESO "11 Internationales seminar: Onkologische pflege Fortgeschrittene Praxis", September 2008, evento formativo. Maggiori informazioni su [www.oncoconferences.ch](http://www.oncoconferences.ch)



# Terapia oncologica personalizzata

## il KRAS e il suo significato per i pazienti

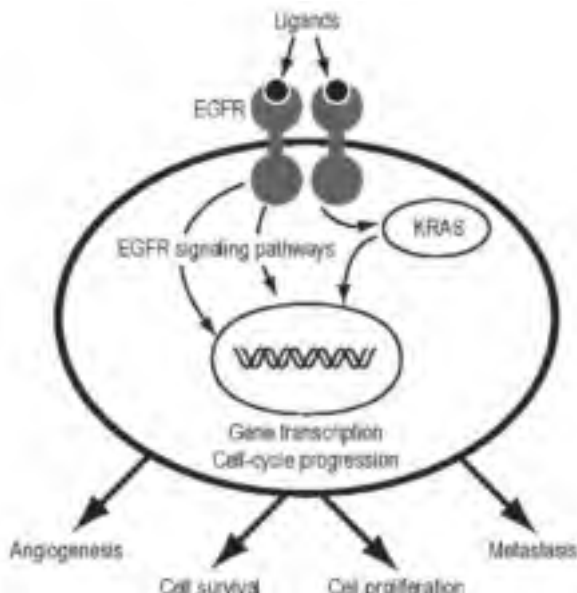
Liesbeth Lemmens, BSc, MSc, Coordinator Clinical Trials, Digestive Oncology, Department of Gastroenterology, University Hospitals, Leuven, Belgium

### Introduzione

I recenti progressi nella comprensione delle basi molecolari del cancro hanno rivoluzionato l'oncologia medica. Gli scienziati hanno identificato delle proteine importanti dal punto di vista funzionale che sono coinvolte nel regolamento della crescita, della sopravvivenza e delle proprietà metastatiche delle cellule tumorali. Queste proteine sono servite come obiettivi per la concezione razionale e la scoperta di nuovi trattamenti, che hanno preso il nome di terapie mirate (1,2). Sebbene molti di questi nuovi agenti mirati abbiano dimostrato di essere efficaci nelle prove cliniche, è chiaro che non tutti i pazienti beneficiano delle terapie in questione. La sfida di questa ricerca è quella di identificare degli indicatori che possano predire delle risposte al trattamento (3).

Il termine "Biomarker" definisce una caratteristica che misura obiettivamente e che valuta come un indicatore di processi biologici normali i processi patogenetici o di risposte farmacologiche a un intervento terapeutico (4). Laddove i biomarker prognostici indicano degli esiti clinici, indipendentemente dal trattamento, determinano la risposta di un tumore a una specifica terapia. Di conseguenza, biomarker positivi sono utilizzati per identificare le opzioni di trattamento che si tradurranno nei migliori esiti per il paziente. Identificando i pazienti che probabilmente non beneficeranno dalla terapia, i biomarker positivi eviteranno l'esposizione e la tossicità ai trattamenti inefficaci, ritardi nel trattamento con altri regimi potenzialmente efficaci e quindi porteranno a una riduzione dei costi della sanità.

L'articolo spiega come la medicina personalizzata possa diventare una realtà per i pazienti che sono affetti da cancro coloretale (CRC) permettendo agli operatori sanitari di scegliere trattamenti più adeguati per i pazienti, sulla base del loro specifico profilo genetico. Gli scienziati hanno recentemente identificato una risposta diversa agli anticorpi che prendono di mira i recettori dei fattori di crescita epidermica (EGFR) basati sulla presenza o l'assenza di mutazione di uno specifico gene chiamato Kirsten RAS o KRAS. Il KRAS è una parte del virus del sarcoma oncogeno del topo (*ras*) che racchiude nel suo codice la proteina KRAS (5,6). La biologia dell'EGFR e del KRAS, gli effetti della mutazione KRAS e gli studi che hanno condotto all'identificazione del KRAS in quanto biomarker clinicamente rilevante saranno qui discussi.



### L'EGFR come bersaglio terapeutico nel cancro coloretale

Le vie dell'EGFR svolgono un ruolo critico nella crescita e nella progressione tumorale (7,8). L'EGFR, attraverso la mediazione dei segnali, attiva vie multiple che si traducono in proliferazione delle cellule e della loro sopravvivenza (Fig. 1). L'attività anormale dell'EGFR si presenta in molti tipi di cancro, incluso dal 75 al 90% del CRC, e sembra riflettere una patologia più aggressiva e un comportamento clinico più violento come una maggiore diffusione dell'angiogenesi tumorale, proliferazione, metastasi e sopravvivenza (9,11). Come risultato di ciò, l'EGFR è stato identificato come obiettivo logico nel trattamento del cancro e delle terapie che sono state sviluppate per inibire questa via di segnalazione.

L'attività dell'EGFR può essere inibita attraverso delle piccole molecole inibitrici oppure da anticorpi monoclonali. Le piccole molecole inibitrici, quali erlotinib (Tarceva) inibiscono in modo selettivo l'attività dell'enzima (tiroxina chinasi), dell'EGFR all'interno della cellula. Così sono chiamate come inibitori di tiroxina chinasi o di TKIs (12). Fino a oggi non è stata approvata nessuna TKI per il trattamento del CRC. Gli anticorpi monoclonali, quali il cetuximab (Erbix) e il panitumumab (Vectibix), che prendono di mira l'EGFR al di fuori della cellula bloccando i legami della successiva attivazione della segnalazione del GFR (8). In prove cliniche randomizzate, entrambi questi anticorpi EGFR si sono dimostrati capaci di migliorare il decorso della malattia del paziente e di fornire delle opzioni di cura alternative per pazienti con metastasi CRC (mCRC) (13-19). Nonostante i risultati promettenti dei trials clinici, non tutti i pazienti rispondono al cetuximab e al panitumumab; nei trials clinici, la monoterapia con questi agenti ha avuto una risposta approssimativamente del 10% e una stabilizzazione della malattia di circa 30% (13-15-20). Questi risultati inducono a ricercare un biomarker che possa aiutare a identificare i pazienti che più probabilmente risponderanno a una terapia anti-EGFR.

### Biomarker per la terapia Anti - EGFR.

#### Sovra-espressione dell'EGFR come biomarker

I dati pre clinici hanno suggerito che la sensibilità degli anti-EGFR era collegata ai livelli d'espressione del EGFR, e i pazienti che hanno partecipato alle prove cliniche iniziali dovevano presentare delle proteine EGFR individuabili attraverso il test dell'Immunocistochemica (ICH).

Tuttavia, delle risposte obiettive sono state riscontrate in diversi pazienti a prescindere dallo stato di espressione dell'EGFR, tanto da mettere in discussione l'uso dell'EGFR IHC come marker positivo di risposta nonostante le indicazioni di testa per il prodotto in questione (21-23).

Diversi studi stanno anche valutando se la presenza di un gran numero di copie del gene EGFR nelle cellule tumorali (rispetto alle 2 copie delle cellule normali), siano indicatrici di una risposta; a tutt'oggi questi studi hanno prodotto dei risultati contrastanti (22,24-27). Così, i livelli delle proteine e dell'EGFR o del gene della cellula tumorale non sono considerati predittivi di una risposta basata sul metodo di misurazione attualmente disponibile.

#### Tossicità cutanea come biomarker

Gli inibitori dell'EGFR sono associati allo sviluppo di molti effetti negativi, quali reazioni d'ipersensibilità, disordini gastrointestinali, disordini metabolici (ipomagnesemia e ipocalcemia secondaria)

e tossicità dermatologica (28). Studi diversi hanno messo in evidenza che delle reazioni epidermiche negative si correlano in modo considerevole alla risposta al cetuximab e al panitumab (29). In effetti, la comparsa di più gravi rash cutanei nel corso del trattamento con cetuximab o con il panitumab hanno predetto una sopravvivenza più lunga (PFS) e una sopravvivenza globale (13-15, 30).

Il rash cutaneo, tuttavia non è considerato un biomarker affidabile in quanto sono assenti i criteri di tossicità esiliati a misurare gli effetti degli inibitori dell'EGFR. Altri fattori, quali la scelta ottimale dei tempi per la misurazione della tossicità epidermica devono essere ugualmente determinati (31). Inoltre alcuni pazienti trattati con EGFR non manifestano un rash cutaneo mentre alcuni pazienti con gravi rash cutanei non rispondono al trattamento (9,13,15). Di conseguenza il problema importante è quello, nell'uso più appropriato della terapia mirata dell'EGFR nei pazienti con CRC, di identificare un metodo efficace per scegliere quei pazienti che più beneficeranno di questi agenti.

## II KRAS

Il KRAS è un'importante proteina che svolge un ruolo cruciale nel regolare la divisione delle cellule. Il KRAS riceve segnali da diversi recettori, incluso l'EGFR, e una volta attivato regola altre proteine localizzate più in basso nella complessa cascata di segnali, che a loro volta stimolano la proliferazione e la sopravvivenza delle cellule (fig. 1). La segnalazione attraverso queste cascate è di solito regolata in modo molto rigido. Una perdita di controllo della via del KRAS può portare a una segnalazione iperattiva delle cellule tumorali e tradursi in angiogenesi tumorale, proliferazione, metastasi e sopravvivenza (5,6,32, ).

Le mutazioni del gene del KRAS rappresentano le più comuni alterazioni genetiche dei tumori solidi (5). È stato notato che dal 35 % al 45% di pazienti che soffrono di CRC si è verificata una forma mutata del gene KRAS, mentre gli altri pazienti non hanno manifestato una mutazione del gene oppure presentavano un wild-type gene (20,33,34). Queste mutazioni si traducono in proteine attivate dal KRAS. In altre parole, la mutazione fa sì che la proteina KRAS sia sempre attiva di modo che la segnalazione all'interno delle cellule cancerogene e continui anche in assenza degli stimoli extracellulari (5,6, 32). Come risultato di ciò, gli effetti antitumorali mediati dagli anticorpi anti-EGFR sono superati dalla proteina mutata del KRAS (fig. 2). Per contro, nei tumori con il wild-type KRAS, i sentieri di segnalazione sono attivati soltanto in risposta ai legami, quali fattori di crescita epidermica. Ciò permette agli anticorpi che mirano le legni FR5632 di bloccare efficacemente i sentieri di segnalazione del KRAS.

Precedenti studi non controllati hanno suggerito una correlazione tra le mutazioni del gene KRAS e una prognosi più negativa (35,36) che hanno portato i ricercatori a chiedersi se il KRAS rappresenti un biomarker appropriato per la selezione dei pazienti per una terapia anti-EGFR nel CRC o altri cancri associati all'EGFR.

### Primi passi...

Recentemente, diversi studi hanno indicato che lo status di mutazione del gene KRAS determina se i pazienti risponderanno o no alle terapie mirate dell'EGFR quali il panitumumab e il cetuximab, per mCRC.

Nel 2007 l'Agenzia di Medicina Europea (EMA) decise che i dati a disposizione erano sufficientemente convincenti per inserire il test

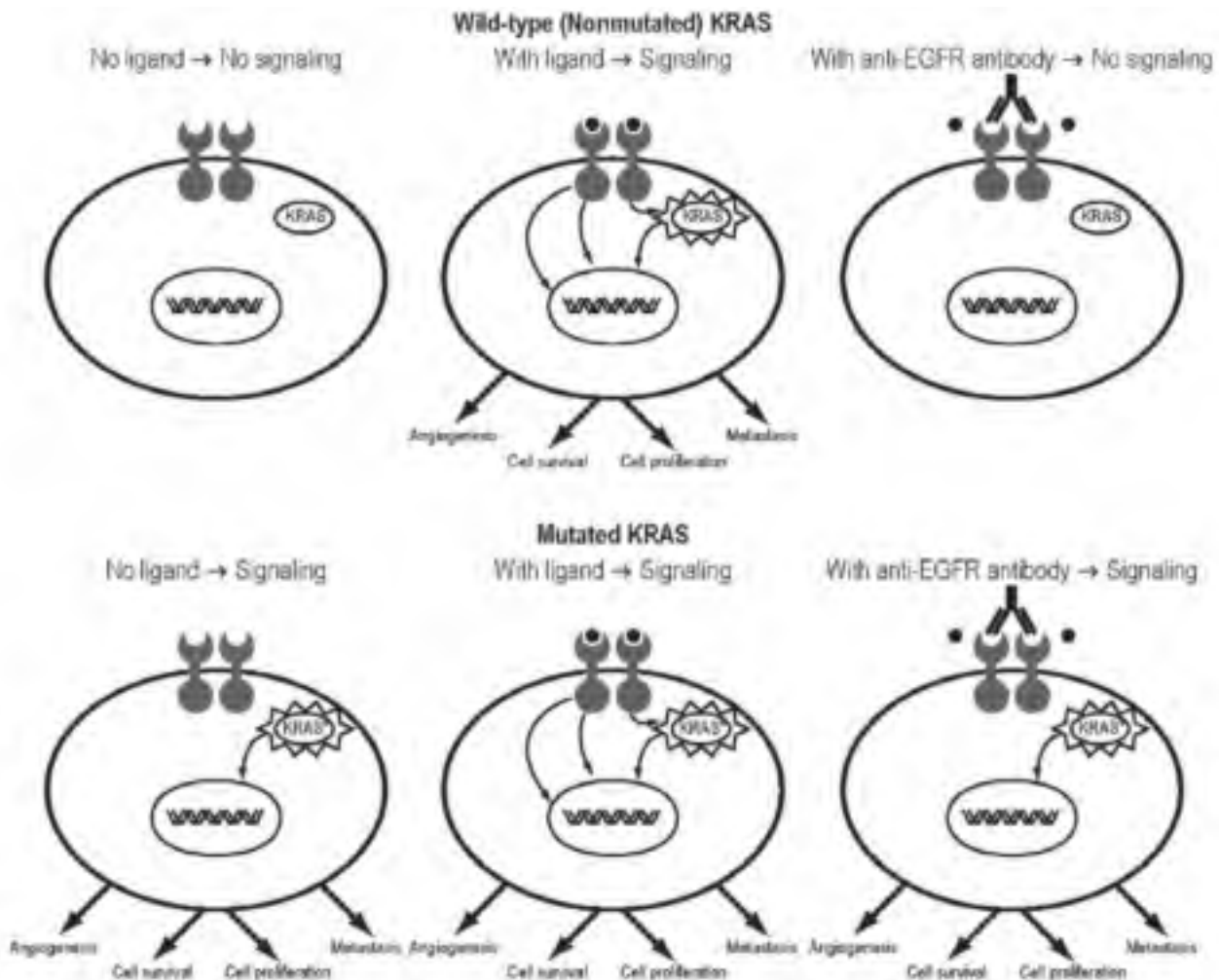


Figure 2: Mechanism by which mutant KRAS overcomes inhibition by anti-EGFR antibodies

del KRAS come parte dell'approvazione di marketing condizionata da panitumumab nel mCRC. Tale decisione fu basata sull'analisi di un biomarker prespecificato nella fase 3 del trial in cui veniva evidenziata la superiorità del panitumumab rispetto ai trattamenti migliori di sostegno (BSC) in pazienti con mCRC refrattario(20). L'analisi fu condotta per determinare se l'effetto delle monoterapie con il panitumumab su PFS differiva tra pazienti con tumori aventi KRAS mutante e altri pazienti con tumori che presentavano un wild-type KRAS. Quando il panitumumab fu confrontato solo con il BSC, fu osservato un miglioramento significativo dal punto di vista statistico nel PFS nei pazienti i cui tumori erano caratterizzati da wild-type KRAS; il PFS mediano è stato di 12,3 settimane per il panitumumab e di 7,3 settimane per il BSC ( $p < 0,0001$ ). Per contro, il trattamento con il panitumumab non ha portato nessun beneficio ulteriore rispetto all'impiego del BSC da solo (mediana PFS = 7,4 contro 7,3 settimane) nei pazienti caratterizzati dal gene mutante KRAS (tab. 1) (20). A confortare questi risultati, il tasso di risposta al panitumumab è stato del 17% nel gruppo caratterizzato da wild-type KRAS, mentre nessun paziente nel gruppo di mutazione del KRAS ha risposto alla terapia.

Gli stessi risultati sono stati rilevati con il cetuximab e rappresentano il motivo per la recente raccomandazione da parte dell'EMA di ridurre l'uso del cetuximab in pazienti con manifestazione di espressione EGFR, e KRAS wild-type mCRC. I dati più recenti su quest'argomento provengono da analisi retrospettive di 3 prove randomizzate di cetuximab in combinazione con la chemioterapia, la prova CRYSTAL (33), la prova OPUS (34), e la prova EVEREST (37) (vedi Tab. 1).

Nella fase random 3 CRYSTAL, l'aggiunta della cetuximab all'acido folico, al 5-fluorouracile, all'irinotecan (FOLFIRI) in tutta la popolazione dei pazienti si è tradotta in un ridotto beneficio di PFS per il cetuximab (8,9 contro 8,0 mesi,  $p = 0,0479$ ) (17). Come illustrato nella tab. 1, i pazienti che presentavano wild-type KRAS hanno avuto un PFS mediano di 9,9 mesi quando sono stati trattati con la chemioterapia più il cetuximab rispetto agli 8,7 mesi quando sono stati trattati soltanto con la chemioterapia ( $p = 0,017$ ). I pazienti con un gene mutato hanno presentato un PFS mediano di 7,6 mesi nel braccio, comparato al cetuximab con 8,1 mesi nel braccio di sola chemioterapia ( $p = 0,75$ ) (33).

Risultati simili sono stati osservati nel trial OPUS, che valutava i benefici di aggiungere il cetuximab all'acido folico, al 5-fluorouracile e all'oxaliplatino (FOLFOX) (tab. 1). In quest'analisi retrospettiva i pazienti caratterizzati da wild-type KRAS hanno presentato un PFS mediano di 7,7 quando sono stati trattati con la chemioterapia più il cetuximab rispetto ai 7,2 mesi per coloro che sono stati trattati soltanto con la chemioterapia ( $p = 0,02$ ), il che conferma i benefici della cetuximab in questa popolazione di malati.

I pazienti con un gene mutato hanno presentato un PFS mediano di 5,5 mesi nel braccio del cetuximab comparato con 8,6 mesi nel braccio di sola chemioterapia ( $p = 0,02$ ), dimostrando che l'aggiunta del cetuximab al FOLFOX forse ha un effetto negativo sugli esiti dei pazienti che avevano tumori con mutazioni KRAS rispetto a coloro che avevano ricevuto soltanto il FOLFOX (34).

Il trial EVEREST ha valutato i benefici del cetuximab in combinazione con irinotecan dopo il fallimento del trattamento basato sull'irinotecan. In questo studio, la stima del PFS nei pazienti con una mutazione del KRAS è stata di 83 giorni rispetto ai 173 giorni con i pazienti con KRAS non mutato (37).

Nel loro complesso, questi trial hanno fornito delle prove convincenti della natura predittiva del KRAS nelle terapie mirate

EGFR. La mutazione del KRAS è un bio-marker per la non risposta al panitumumab e al cetuximab, sia come una terapia sia che in combinazione con chemioterapia. Dovrebbe essere osservato che una simile correlazione con lo status mutante del KRAS è stata anche riscontrata in pazienti trattati con piccole molecole TKIs nel tumore del polmone non a piccole cellule(38-40), così come nel cancro del pancreas (41).

### **Conseguenze di clinica infermieristica.**

Che gli infermieri oncologici comprendano la rilevanza clinica di questi dati è fondamentale alla decisione del trattamento per pazienti con CRC. Come per il ricettore 2 dei fattori di crescita epidermica umana (HER2) del cancro al seno, lo status del KRAS è il primo indicatore che permette un trattamento personalizzato del CRC. Il test del KRAS molto sicuramente diverrà una componente critica nella selezione dei pazienti destinati a una terapia anti-EGFR.

Sarebbe necessario sottoporre a biopsie i tumori di tutti i pazienti presi in considerazione per un trattamento con una terapia panitumumab o cetuximab così come i tutti i pazienti con una diagnosi di CRC avanzato, al fine di individuare lo status di mutazione dell'EGFR.

Ci sarebbe quindi da prelevare dei campioni di tumore in fase chirurgica a prescindere dal fatto che l'intervento abbia fini diagnostici o terapeutici. I dati a disposizione indicano che sia i tumori colorettali metastatici che quelli primari esibiscono lo stesso status di mutazione KRAS in quanto la mutazione del gene KRAS si manifesta nelle prime fasi di sviluppo della malattia (42). Si tratta di un fatto importante poiché molti pazienti possono presentarsi in sede clinica come una malattia metastatica che è stata diagnosticata in seguito a una resezione chirurgica del sito primario o possono avere soltanto dei risultati disponibili del sito metastatico. Gli infermieri oncologici possono svolgere un ruolo vitale nel far sì che il test di mutazione del KRAS sia richiesto al momento dell'intervento chirurgico e sia completato prima dell'inizio del trattamento.

Gli infermieri possono anche svolgere un ruolo vitale nell'educare i pazienti circa l'importanza clinica del KRAS mutante. Estremamente importante è far capire ai pazienti che presentano una mutazione KRAS che l'attuale chemioterapia e il suo regime rimangono attivi ed efficaci contro la loro malattia. L'uso della mutazione del KRAS come marker di non risposta permette ai clinici di evitare ritardi nel trattamento con altri regimi potenzialmente efficaci. Oltre a ciò, oggi si dispone di uno strumento per evitare di prescrivere delle terapie costose con nota tossicità nei pazienti che possono trarne poco o nessun beneficio, e come risultato ne beneficerebbero sia i pazienti sia il sistema sanitario.

### **Conclusione**

Via via che nuovi agenti sono introdotti nella pratica clinica, si presentano più possibilità per i professionisti oncologici della sanità e per i pazienti che essi curano. Terapie mirate e in particolare le terapie dirette EGFR, sono una componente essenziale del trattamento di pazienti con CRC, e l'uso ottimale di questi agenti è fondamentale. Entrando nell'era della medicina personalizzata, la scoperta che la mutazione del gene KRAS è un bio-marker per la non risposta agli agenti anti-EGFR panitumumab e cetuximab sarà in grado di modificare la stessa pratica di assistenza.

### **Ringraziamenti**

Si ringrazia Mary Jensen Camp, Pharm D, BCOP, e Supriya Srinivasan, PhD e Amgen (Europe) GmbH per il supporto editoriale.

## Bibliografia

1. Field K, Lipton L: Metastatic colorectal cancer—past, progress and future, *World J Gastroenterol* 13:3806-3815, 2007.
2. Gerber DE: Targeted therapies: a new generation of cancer treatments, *Am Fam Physician* 77:311-319, 2008.
3. Saltz LB et al: Phase II trial of cetuximab in patients with refractory colorectal cancer that expresses the epidermal growth factor receptor, *J Clin Oncol* 22:1201-1208, 2004.
4. Biomarkers Definitions Working Group: Biomarkers and surrogate endpoints: preferred definitions and conceptual framework, *Clin Pharmacol Ther* 69:89-95, 2001.
5. Bos J: ras Oncogenes in human cancer: a review, *Cancer Res* 49:4682-4689, 1989.
6. Boguski MS, McCormick F: Proteins regulating ras and its relatives, *Nature* 366:643-654, 1993.
7. Salomon DS et al: Epidermal growth factor-related peptides and their receptors in human malignancies, *Crit Rev Oncol Hematol* 19:183-232, 1995.
8. Johnston JB et al: Targeting the EGFR pathway for cancer therapy, *Curr Med Chem* 13: 3483-3492, 2006.
9. Spano JP et al: Impact of EGFR expression on colorectal cancer patient prognosis and survival, *Ann Oncol* 16:102-108, 2005.
10. Galizia G et al: Prognostic significance of epidermal growth factor receptor expression in colon cancer patients undergoing curative surgery, *Ann Surg Oncol* 13:823-835, 2006.
11. Press O et al: Gender-related survival differences associated with EGFR polymorphisms in metastatic colon cancer, *Cancer Res* 68:3037-3042, 2008.
12. Roche-Lima CM et al: EGFR targeting of solid tumors, *Cancer Control* 14:295-304, 2007.
13. Cunningham D et al: Cetuximab monotherapy and cetuximab plus irinotecan in irinotecan refractory metastatic colorectal cancer, *N Engl J Med* 351: 337-345, 2004.
14. Jonker DJ, et al: Cetuximab for the treatment of colorectal cancer, *N Engl J Med* 357: 2040-2048, 2007.
15. Van Cutsem E et al: Open-label phase III trial of panitumumab plus best supportive care compared with best supportive care alone in patients with chemotherapy-refractory metastatic colorectal cancer, *J Clin Oncol* 25:1658-1664, 2007.
16. Bokemeyer C et al: Cetuximab plus 5-FU/FA/oxaliplatin (FOLFOX-4) versus FOLFOX-4 in the first-line treatment of metastatic colorectal cancer: a large-scale phase II study (OPUS), *Eur J Cancer* 5(suppl 4):236, 2007. Abstract O3004.
17. Van Cutsem E et al: Randomized phase III study of irinotecan and 5-FU/FA with or without cetuximab in the first-line treatment of patients with metastatic colorectal cancer (mCRC): The CRYSTAL trial, *J Clin Oncol* 25(18S):164S, 2007. Abstract 4000.
18. Hecht JR et al: Interim results from PACCE: irinotecan/bevacizumab +/- panitumumab as first-line treatment for metastatic colorectal cancer, <http://asco.org>, ASCO Gastrointestinal Cancers Symposium 2008. Abstract 279.
19. Siena S et al: Phase III study (PRIME/20050203) of panitumumab with FOLFOX compared with FOLFOX alone in patients with previously untreated metastatic colorectal cancer: pooled safety data, *J Clin Oncol* 26(15S):186s, 2008. Abstract 4034.
20. Amado R et al: Wild-type KRAS is required for panitumumab efficacy in patients with metastatic colorectal cancer, *J Clin Oncol* 26:1626-1634, 2008.
21. Chung KY et al: Cetuximab shows activity in colorectal cancer patients with tumors that do not express the epidermal growth factor receptor by immunohistochemistry, *J Clin Oncol* 23:1803-1810, 2005.
22. Lenz HJ et al: Multicenter phase II and translational study of cetuximab in metastatic colorectal carcinoma refractory to irinotecan, oxaliplatin, and fluoropyrimidines, *J Clin Oncol* 24:4914-4921, 2006.
23. Hecht J et al: Panitumumab (pmab) efficacy in patients (pts) with metastatic colorectal cancer (mCRC) with low or undetectable levels of epidermal growth factor receptor (EGFr): final efficacy and KRAS analyses, <http://asco.org>, ASCO Gastrointestinal Cancers Symposium 2008. Abstract 343.
24. Frattini M et al: PTEN loss of expression predicts cetuximab efficacy in metastatic colorectal cancer patients, *Br J Cancer* 97:1139-1145, 2007.
25. Cappuzzo F et al: EGFR FISH assay predicts for response to cetuximab in chemotherapy refractory colorectal cancer patients, *Ann Oncol* 19:717-723, 2007.
26. Gravalos C et al: Analysis of potential predictive factors of clinical benefit in patients (pts) with metastatic colorectal cancer (mCRC) treated with single-agent cetuximab as first-line treatment, *J Clin Oncol* 25(18S):193S, 2007. Abstract 4120.
27. Khambata-Ford S et al: Expression of epiregulin and amphiregulin and K-ras mutation status predict disease control in metastatic colorectal cancer patients treated with cetuximab, *J Clin Oncol* 25:3230-3237, 2007.
28. Lemmens L: How to deal with toxicity of targeted therapies: EGFR-inhibitors. EONS Newsletter. Spring 2008:12-15, 2008.
29. Agero AL et al: Dermatologic side effects associated with the epidermal growth factor receptor inhibitors, *J Am Acad Dermatol* 55:657-670, 2006.
30. Saltz LB: Biomarkers in colorectal cancer: added value or just added expense?, *Expert Rev Mol Diagn* 8:231-233, 2008.
31. De Roock W et al: KRAS wild-type state predicts survival and is associated to early radiological response in metastatic colorectal cancer treated with cetuximab, *Ann Oncol* 19:508-15, 2008.
32. Benvenuti S et al: Oncogenic activation of the RAS/RAF signaling pathway impairs the response of metastatic colorectal cancers to anti-epidermal growth factor receptor antibody therapies, *Cancer Res* 67:2643-2648, 2007.
33. Van Cutsem E et al: KRAS status and efficacy in the first-line treatment of patients with metastatic colorectal cancer treated with FOLFIRI with or without cetuximab: the CRYSTAL experience, *J Clin Oncol* 26(15S):5s, 2008. Abstract 2.
34. Bokemeyer C et al: KRAS status and efficacy in the first-line treatment of patients with metastatic colorectal cancer treated with FOLFIRI with or without cetuximab: the OPUS experience, *J Clin Oncol* 26(15S):178s, 2008. Abstract 4000.
35. Andreyev HJ et al: Kirsten ras mutations in patients with colorectal cancer: the multicenter "RASCAL" study, *J Natl Cancer Inst* 90:675-684, 1998.
36. Andreyev HJ et al: Kirsten ras mutations in patients with colorectal cancer: the "RASCAL II" study, *Br J Cancer* 85:692-696, 2001.
37. Tejpar S et al: Relationship of efficacy with KRAS status (wild type versus mutant) in patients with irinotecan-refractory metastatic colorectal cancer (mCRC), treated with irinotecan (q2w) and escalating doses of cetuximab (q1w): The EVEREST experience (preliminary data), *J Clin Oncol* 26(15S):178S, 2008. Abstract 4001.
38. Pao W et al: KRAS mutations and primary resistance of lung adenocarcinomas to gefitinib or erlotinib, *PLoS Medicine* 2:e17, 2005.
39. Tsao M, et al: An analysis of the prognostic and predictive importance of K-ras mutation status in the National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group BR.21 study of erlotinib versus placebo in the treatment of non-small cell lung cancer, *J Clin Oncol* 24(18S):365s, 2006. Abstract 7005.
40. Massarelli E, et al: KRAS mutation is an important predictor of resistance to therapy with epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitors in non-small-cell lung cancer, *Clin Cancer Res* 13:2890-2896, 2007.
41. Moore MJ et al: The relationship of K-ras mutations and EGFR gene copy number to outcome in patients treated with erlotinib on National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group trial study PA.3, *J Clin Oncol* 25(18S):202s, 2007. Abstract 4521.
42. Loupakis F et al: Evaluation of PTEN expression in colorectal cancer metastases and in primary tumors as predictors of activity of cetuximab plus irinotecan treatment, *J Clin Oncol* 26 (15S):178s, 2008. Abstract 4003.



# 3<sup>RD</sup> ESO-EONS MASTERCLASS IN ONCOLOGY NURSING

**21-26 March 2009**  
**Sintra, Portugal**

**Chair:** J. Foubert, BE - N. Kerney, UK

The new-formatted Masterclass in Oncology Nursing programme is designed for advanced oncology nurses as a multi-professional joint event. Five intensive days of full immersion in modern oncology will create a collective spirit of teaching and learning to improving clinical skills and patient care.

In organ-oriented Clinical sessions focusing on breast cancer, gynecological cancer, prostate cancer, colorectal cancer and lung cancer, an international faculty of experts will deliver clear knowledge of today's practice and address cutting-edge therapeutic strategies.

**Spotlight sessions** will facilitate compact update on hematological cancers, development in immunotherapy, adolescent patients, cancer and pregnancy and long-term survivorship.

**Nursing sessions** are specific nursing-oriented sessions on communication, supportive care, symptom clusters, care of the older patient, guidelines, side effect management and symptom management.

**Practical training** will be offered in the frame of group mentor sessions on advanced clinical practice.



**ATTENDANCE TO THE MASTERCLASS IS BY APPLICATION ONLY AND SUCCESSFUL APPLICANTS ARE GRANTED FREE REGISTRATION AND ACCOMMODATION**

**APPLICATION DEADLINE: 18 DECEMBER 2008**

**For more information contact:**

European Oncology Nursing Society, EONS Secretariat  
Att. Rudi Brike  
E. Mounierlaan 83  
1200 Brussels, Belgium  
Tel: +32 27799923 - Fax: +32 27799937  
Email: [eons.secretariat@skynet.be](mailto:eons.secretariat@skynet.be)  
Website: [www.cancerworld.org/eons](http://www.cancerworld.org/eons) or [www.eso.net](http://www.eso.net)

# Cure di supporto nella Conferenza oncologica dell'International MASCC/ISOO Symposium

Resoconto di Sara Faithfull, Presidente EONS

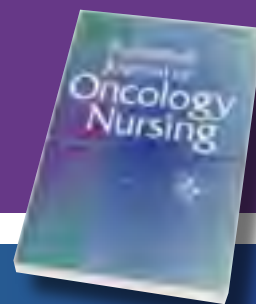
Questa conferenza nel caldo umido di Houston ha indagato le novità sulle cure di supporto e la gestione dei sintomi. L'accertamento della *fatigue* e la sua gestione è stata trattata ampiamente con la presentazione di ricerche su citochine e immunologia che potrebbero avere un impatto sulla *fatigue* così come gli studi sull'efficacia dell'esercizio. Fiona Cramp (05-041) ha presentato i risultati di una revisione sistematica e di una meta-analisi su 13 studi sugli interventi per la *fatigue*, concludendo che l'esercizio è stato positivo per la popolazione studiata ma che ancora necessita di approfondimento l'intensità e la durata delle esercitazioni. Un'interessante area di dibattito è stata sui bisogni dei sopravvissuti e l'impatto di alimentazione e stile di vita sul benessere futuro.

Gli effetti collaterali a lungo termine della chemioterapia e della radioterapia sono stati identificati in molti gruppi di tumori. A. Dimistrovska (10-102) ha scoperto nei malati di linfoma un'alta incidenza di effetti a lungo termine, dalle disfunzioni cardiache a quelle renali. La tossicità tardiva grave risultata in molti studi ha messo in luce la necessità di ulteriori ricerche per cure di supporto dopo i cicli di terapia. Questo è stato anche un tema

di oncologia pediatrica, in cui la valutazione della crescita, della salute dentale, e dei sintomi gastrointestinali è condizionata dal trapianto di midollo e dalla malattia dell'innesto piuttosto che dell'ospite. La presentazione EONS ha dato resoconto dei progressi europei nella scienza infermieristica e dei sintomi. Il resoconto esplora il ruolo degli infermieri nella ricerca, nell'accertamento e nella gestione non farmacologica dei sintomi. Ci si aspetta che gli infermieri, a tutti i livelli, facciano accertamento dei sintomi, ne guidino la gestione durante tutte le fasi della terapia e prendano decisioni sensate sull'assistenza del paziente nel follow-up. Da un punto di vista più ampio, la poca gestione del sintomo ha impatto non solo sul paziente e i suoi, ma pure sul sistema economico, per l'ampio uso di risorse sanitarie.

Ricerche recenti sostengono che i sintomi sono ancora il problema maggiore per i pazienti oncologici e che dolore, *fatigue* e fiato corto non sono presi in carico. C'è ancora molto lavoro da fare verso i bisogni inespressi per facilitare i progressi della qualità di vita dei pazienti. Questa conferenza ha sostenuto la ricerca sui sintomi con attenzione sugli interventi sul sintomo provati da evidenza scientifica.

## Impact Factor is coming...



## Make your article count!

### A few tips on how to cite.

Please remember to use the full name of the journal - *European Journal of Oncology Nursing* or *Eur J Oncol Nursing* - to cite articles published in EJON.

You must also include the year of publication, the volume number and the pages of the article that you wish to cite.

### Here is an example of how to cite an article:

Miller M., Maguire R., Kearney N. (2007). Patterns of fatigue during a course of chemotherapy: Results from a multi-centre study. *European Journal of Oncology Nursing*, 11 (2), 126-132



# Sviluppare la formazione dell'infermiere Oncologico

*S Faithfull, President EONS, Professor of Cancer Nursing Practice, Faculty of Health and Medical Sciences, Surrey University, Guildford, UK*

## Introduzione

La formazione è chiaramente un importante strumento nello sviluppo dell'infermieristica specialistica in Europa. La conoscenza del cancro e del suo trattamento e l'impatto che ha sugli individui e le loro famiglie aiuta a ridurre le percezioni negative e le attitudini fatalistiche. L'educazione non solo migliora la cura ma può migliorare gli outcome del paziente. Tuttavia le cure stanno diventando più complesse con la complessità della somministrazione del trattamento del cancro che sempre cambia ed aumenta, che stanno richiedendo delle tecniche più raffinate ed un pensiero critico nei professionisti sanitari. Gli individui affetti da tumore sono curati sia sul territorio che in ambulatorio così come nei tradizionali centri oncologici, e questo ha creato il bisogno di approfondire la conoscenza oncologica degli infermieri che lavorano nelle specialità internistiche come in comunità e salute pubblica. Le direttive della UE hanno effettuato una pressione politica per assicurare l'efficacia e l'efficienza delle cure oncologiche innalzando il profilo nell'identificare il bisogno di perfezionare la conoscenza dell'oncologia negli stati membri della EU. La commissione riconosceva il ruolo vitale delle differenti professioni che provvedono alla terapia oncologica, alla riabilitazione ed alle cure terminali. (EU 1997). Il programma europeo contro il tumore ha incoraggiato nuove iniziative come i programmi di training. Questo ha legittimato il bisogno di migliorare la conoscenza e le tecniche dei professionisti della salute sia nel cancro stesso che nella sua prevenzione, nel counselling e nel supporto delle reti di addestramento. Sono passati undici anni ed è tempo di riflettere su come la formazione abbia sviluppato la formazione oncologica dell'infermiere e dove potremmo per il futuro modernizzarla. Questo scritto esplora le possibilità di sviluppo della nostra futura forza lavoro infermieristica oncologica.

## Cambiare le disposizioni oncologiche; invitando gli educatori ad un confronto?

Negli ultimi 10 anni sono cambiate le cure. I progressi includono riforme dei sistemi di cura della salute, modificazioni nel trattamento e lo sviluppo di provvedimenti focalizzati sull'utente. Da tutti i recenti numeri e proiezioni noi sappiamo che, con l'incremento dell'invecchiamento della popolazione, il peso del cancro in Europa aumenterà nei prossimi dieci anni. Sappiamo anche che quegli individui che hanno un tumore sopravvivranno alla loro diagnosi e richiederanno monitoraggi prolungati e maggiori bisogni di riabilitazione (Berino 2007). Rispondendo a queste innovazioni scientifiche e tecnologiche è difficile che ogni volta i servizi sanitari si riformino, segua un cambiamento più importante con una piccola programmazione o un provvedimento educativo. La realtà è che c'è un elevato numero di pazienti nei centri oncologici, i ricoveri sono brevi ed il trattamento ospedaliero sempre più riservato alla fase acuta. Il ricorso alle cure ambulatoriali ed alle terapie orali hanno trasferito le cure dagli ospedali a domicilio dove la presenza dell'infermiere specializzato è spesso limitata (Faithfull 2006). Tali cure di supporto richiedono discipline ed ambienti di cura con approcci multidisciplinari per curare (Boal et al. 200, Web 1991). Questi cambiamenti associati a richieste sempre maggiori di cura della salute richiedono uno sviluppo costante ed una forza lavoro flessibile. Molto provvedimenti oncologici specialistici sono affrontati nel centro oncologico in fase acuta, tuttavia la maggior parte delle terapie sono oggi chiaramente dispensate sul territorio o in servizi generici. Il bisogno di aumentare le abilità degli infermieri del territorio e dei professionisti della salute pubblica è una priorità per le future agende politiche ma non è chiaro quali tecniche richiedano e come identificare chi necessita di aggiornamento.

Gli infermieri che lavorano sul territorio sono spesso dimenticati. Wood ed i suoi colleghi (Wood et al.2000) in lavori di gruppo con equipe non specializzate trovò 6 aree chiave da approfondire 1) una sintesi sul cancro, 2) trattamenti ed effetti collaterali, 3) tecniche della comunicazione, 4) conseguenze fisiche e pratiche, 5) organizzazione delle cure, percorsi e ruoli dell'equipe, 6) la morte e conseguenze mortali. Questi studi indicano una forza lavoro che beneficerebbe di una formazione professionale continua in oncologia. È un'area che necessita di essere sviluppata ed è difficile prevedere come il nostro futuro ambiente di cura basato sulla chemioterapia e la riabilitazione andrà avanti senza considerare questi bisogni delle equipe del territorio.



## È possibile identificare l'impatto sia per i pazienti che per gli infermieri della formazione oncologica?

L'evidenza è limitata alla preparazione attuale ed è lo scopo che perseguiranno le agende sul paziente in fase critica e le nuove tecnologie per migliorare l'assistenza del ventunesimo secolo. Ci sono pochi studi relativi all'educazione continua per gli infermieri oncologici. Ferguson (1994) in una revisione della letteratura che esaminava gli scopi ed i benefici dell'educazione continua per gli infermieri oncologici riportava che gli studi per misurare i benefici pratici erano inconcludenti. Di conseguenza studi relativi alla formazione oncologica indicano simili conclusioni per quanto riguarda il cambiamento nell'esercizio della professione (Langton 199, Wyatt 2007). Benché non basati sull'oncologia, sono stati trovati alcuni studi nei programmi di laurea per infermieri, riportando che gli infermieri laureati lavorano significativamente meglio dei loro colleghi non accademici (Giroto 2000). È stata stabilita l'efficacia dell'istruzione e del tirocinio per le tecniche della comunicazione in oncologia (Wilkinson et al 2002) per quanto la conferma del loro uso in pratica debba ancora essere accertato. Studi relativi all'esercizio della professione sono difficili in oncologia così come gli studi richiedono confronti e sono scarsi, la maggior parte dell'evidenza è basata su limitati articoli americani o inglesi. È imperativo che nell'era dell'assistenza basata sull'evidenza, gli educatori dimostrino il loro contributo a studi clinici. Uno dei problemi per tale risultato è che è più facile valutare i processi di educazione che i risultati (Jordan 2000). Non sorprende che il processo di valutazione delle percezioni infermieristiche sia stato il mezzo più comune per la valutazione dell'impatto dell'educazione continua professionale. Studi

infermieristici indicano che l'educazione professionale continua aumenti la confidenza, tecniche della comunicazione e diminuisca l'ansia (Copp et al 2007) e abbia anche un impatto percepito sulla pratica (Wyatt 2007b, Pelletier et al. 2004, Steginga et al.2005). Uno studio di un formatore sanitario inglese deduceva che le percezioni degli infermieri relativi ai bisogni di aggiornamento sono spesso diversi da quelli dei manager sanitari e che il contenuto del curriculum era spesso generico e non adatto a riflettere le caratteristiche culturali della popolazione locale e dell'economia sanitaria (Kelly et al. 2006). La profonda variazione nel processo di educazione continua è stata vista in corsi specifici come la somministrazione della chemioterapia ed il tirocinio con alcuni infermieri che ricevevano una formazione minima nella sottovalutazione della conoscenza richiesta per una buona manipolazione dei chemioterapici (Verity R et al. 2008).

### Parlare chiaramente non è la stessa cosa del fare?

Si richiede in Europa lo sviluppo sia del processo che della valutazione dei risultati dell'educazione continua professionale con un bisogno particolare verso i servizi infermieristici ed i gruppi di confronto. È essenziale dimostrare la natura del "valore aggiunto" della formazione se dobbiamo migliorare l'infermieristica oncologica specializzata. Così come per la ricerca in questo campo, dobbiamo identificare i costi e le conseguenze del miglioramento delle tecniche della forza lavoro per manager e politici. C'è il bisogno di riconoscere alcune tecniche specialistiche come parte di impiego che fornisce incentivi finanziari e soddisfazione del lavoro. In molti Paesi non è riconosciuto il ruolo dell'infermiere specializzato e c'è un piccolo incentivo o supporto finanziario per lo sviluppo di tecniche infermieristiche specializzate (Foubert & Faithfull 2006). Le barriere all'educazione ed al tirocinio non sono soltanto di natura finanziaria ma possono essere riferite al tempo e all'accessibilità (Wyatt 2007). Comunque l'aggiornamento professionale continuo è stato collegato ad una morale accresciuta, motivazione e ritenzione dello staff aumentata così come aumentano anche i benefici per i manager (Smith & Topping 2001). Dalla complessità di questi outcome è essenziale valutare l'infermieristica oncologica specialistica.

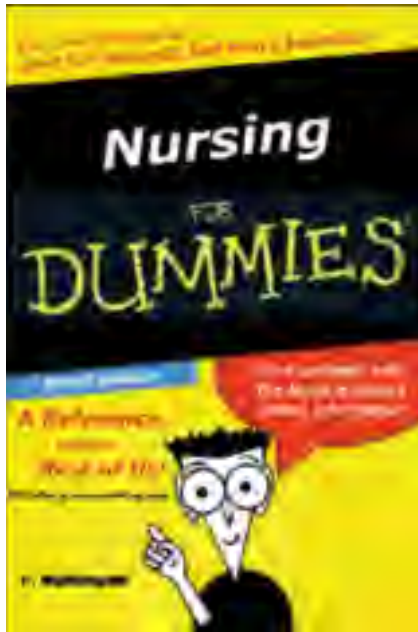
### Conclusione

Riconoscendo che gli sviluppi nella formazione siano stati del tutto drammatici negli ultimi anni, molto si richiede ai formatori. Per di più l'incremento delle limitazioni finanziarie per l'aggiornamento professionale ha significato che gli infermieri lo trovino difficile da realizzare ed hanno investito nello sviluppo professionale continuo in molti ambienti clinici europei. C'è anche un accresciuto bisogno di programmi brevi basati sul lavoro per migliorare l'accessibilità. Il prosieguo dell'infermieristica oncologica post base di EONS ha creato un impatto sulle risorse di apprendimento offrendo uno standard d'oro per un sistema educativo in Europa ma richiede la valutazione degli outcome che risultano facenti parte di questa formazione. Il futuro sviluppo di nuovi corsi di studio specialistici e livelli avanzati di pratica attraverso il consenso e liste di esperti identificano questi

corsi di studio come formazione continua riconosciuta per gli infermieri specializzati in oncologia. Ci serve più evidenza come il valore dell'educazione specialistica in outcome che comprendano politici ed economisti in materia di sanità. Purché una forza lavoro esperta e preparata dia i benefici non soltanto agli infermieri ma anche alle cure oncologiche. Questi ricoprono nella formazione infermieristica ci sono molte sfide non soltanto nei processi di come la formazione oncologica sia fornita e a chi, ma anche nel ridefinire le tecniche necessarie alla forza lavoro oncologica per creare un impatto chiaro sugli outcome della pratica.

### Bibliografia

- Berino F et al. (2007) Survival for 8 major cancers: results of the Eurocare4 study. *Lancet Oncology* 8(9) 773-783
- Boal E, Hodgson D, Banks-Howe J, & Husband G (2000) A cultural change in cancer education and training *European Journal of Oncology Nursing* 9,30-35
- Copp G, Caldwell K, Atwal A, Brett-Richards M, Coleman K (2007) Preparation for cancer care: perceptions of newly qualified health care professionals *European Journal of Oncology Nursing* 11 159-167
- European Commission (1997) Public Health in Europe employment and social affairs, EC Luxembourg
- Faithfull S (2006) E. Milly L. Haagedoorn Lecture EACE 2006. Developing oncology nurse education and training across Europe. *J Cancer Educ.* Winter; 21(4):212-5.
- Foubert J, Faithfull S (2006) Education in Europe: are cancer nurses ready for the future? *J BUON.* 2006 Jul-Sep;11(3):281-4.
- Ferguson A (1994) Evaluating the purpose and benefits of continuing education in nursing and the implications for the provision of continuing education for cancer nurses *Journal of Advanced Nursing* 19, 640-646
- Griot EA (2000) Graduate nurses: critical thinkers or better decision makers? *Journal of Advanced Nursing* 31(2) 288-297
- Jordan S (2000) Educational input and patient outcomes: exploring the gap *Journal of Advanced Nursing* 31 (2) 461-471
- Kelly D, Gould D, White I, Burrige EJ (2006) Modernising cancer and palliative care education in the UK: insights from one cancer network *European Journal of Oncology Nursing* 10 187-197
- Langton H, Blunden G, Hek G (1999) *Cancer nursing education: literature review and documentary analysis:* English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting, London
- Pelletier D, Donohue J, Duffield C (2004) Australian nurses' perceptions of the impact of their postgraduate studies on their patient care activities. *Nurse Education Today* 23 434-442
- Smith J & Topping A (2001) Unpacking the 'value added' impact of continuing professional education: a multi-method case study approach *Nurse Education Today* 21 341-349
- Steginga SK, Dunn J, Dewar AM, McCarthy A, Yates P, Beadle G. (2005) Impact of an intensive nursing education course on nurses' knowledge, confidence, attitudes, and perceived skills in the care of patients with cancer. *Oncol Nurs Forum.* Mar 5;32(2):375-81.
- Webb P, (1991) Educational initiatives for cancer nursing in Europe. *J Cancer Educ.* 6(1):9-14.
- Wilkinson S, Gambles M, Roberts A (2002) The essence of cancer care: the impact of training on nurses' ability to communicate effectively *Journal of Advanced Nursing* 40(6) 731-738
- Wood C & Ward J (2000) A general overview of the cancer education needs of non-specialist staff. *European journal of Cancer Care* 9 191-196
- Wyatt DE. (2007a) The impact of oncology education on practice—a literature review. *Eur J Oncol Nurs.* 2007 Jul; 11(3):255-61.
- Wyatt D (2007b) How do participants of a post registration oncology nursing course perceive that the course influences their practice? a descriptive study *European Journal of Oncology Nursing* 11, 168-178
- Verity R, Wiseman T, Ream E, Teasdale E, Richardson A (2008) Exploring the work of nurses who administer chemotherapy *European Journal of Oncology Nursing* doi:10.1016/j.ejon.2008.02.001



# “Declare Yourself!”

## 33° Congresso annuale Oncology Nursing Society

Anita Margulies, European Oncology Nursing Society

Philadelphia ha presentato se stessa durante l'ultimo congresso annuale - il 33° - in primavera.

Il luogo del Philadelphia Convention Center si trova a pochi passi dal centro storico nella City of Brotherly Love ed ha perciò portato molti dei partecipanti vicino alle radici della democrazia americana.

Una giornata pre-congresso veniva offerta previa pre-registrazione obbligatoria.

Quattro i giorni ufficiali del congresso, durante i quali i partecipanti potevano scegliere tra sessioni di interesse per importanza relativa al proprio lavoro e al futuro del nursing oncologico.

Molte sessioni sono state riproposte due volte per permettere una maggiore partecipazione. In funzione della sessione, era anche



possibile scegliere di partecipare a quelle più adatte al proprio livello di conoscenza (di base o avanzata).

Nonostante i circa 6000 partecipanti, la pianificazione e l'esecuzione della convention è stata eccellente. La sistemazione al convegno ha permesso a tutti di non sentirsi schiacciati dalla folla.

I presenti hanno avuto l'opportunità di stabilire scambi con gli altri membri, avere discussioni spontanee e realizzare reti per future collaborazioni. Le distanze tra le stanze erano facilmente gestibili.

Gli obiettivi del programma del congresso erano i seguenti:

- Descrivere le innovazioni nella cura del tumore;
- Identificare vie di integrazione e divulgazione delle informazioni circa la cura del tumore basata sull'evidenza;
- Riassumere i risultati e le tendenze nella cura del cancro che potranno trasformare l'impegno nel campo oncologico;
- Partecipare ad una rete/gruppo di lavoro e collaborazione ;
- Riassumere nuove informazioni relative alle principali diagnosi tumorali.

Questi obiettivi hanno ottenuto grandi consensi.

Oltre la metà dei partecipanti erano alla loro prima partecipazione, e hanno avuto un'eccellente opportunità di orientamento in un grande congresso come questo.

Sessioni speciali nel primo giorno hanno accolto ed aiutato i partecipanti a superare le difficoltà conseguenti alle grandi

dimensioni del congresso, nonostante le quali si è potuta percepire un'atmosfera rilassata, aperta, familiare e stimolante.

Un grande numero di simposi satelliti supportati dalle case farmaceutiche hanno offerto un'ampia gamma di argomenti riguardanti nuove terapie, opzioni di trattamento di supporto e di gestione dei sintomi. I partecipanti dovevano registrarsi per tempo a molti dei simposi. La sala delle esposizioni ospitava circa 200 tra compagnie, società, ospedali e gruppi di pazienti.

### Cerimonia di Apertura del Congresso

I rappresentanti delle autorità locali hanno salutato l'apertura della cerimonia con delle ghirlande di stelle rosse, argento e blu. Un tradizionale gruppo musicale molto conosciuto (Philadelphia Mummers) ha introdotto l'evento. Il clima era, a dir poco, festoso.

La presentazione principale all'apertura della cerimonia intitolata “Progetta, Pianifica, Esegui, Chiama = Vinci” presentato da P. Houlahan, ha stimolato il pubblico per l'avvio o per meglio dire il decollo del congresso. Il sig. Houlahan è istruttore e pilota nel corpo americano FA/18 della marina.

L'esecuzione di una missione di volo è stata paragonata al lavoro d'équipe in ambito infermieristico oncologico.

Il pubblico è letteralmente andato su di giri grazie al sig. Houlahan e alla sua collega, un pilota donna da combattimento, che ha dimostrato con il suo “perfetto modello esecutivo” un differente approccio per risolvere i problemi e raggiungere gli obiettivi.

### Visitando le Sessioni

Il congresso era strutturato in 8 differenti percorsi:

- Tipi di tumori e Trattamenti
- Leadership
- Sopravvivenza
- Aspetti pratici della Pratica Clinica
- Sicurezza
- Somministrazione
- Ricerca in pratica
- Assistenza infermieristica/ Crescita personale

Gli attuali problemi riguardanti la salute pubblica americana sono stati dibattuti in diverse sessioni. Paragonandoli a quelli in ambito Europeo, si possono vedere diverse similitudini riguardanti la disparità nell'ambito dell'assistenza sanitaria, i problemi di personale e la compiacenza politica. Malgrado tutte queste note negative ben note, molto di positivo è emerso dalle lezioni.

La sessione “Come cresce il tuo giardino” ha presentato varie opportunità di carriera che possono aprirsi per gli infermieri in oncologia. Tre i percorsi principali in ambito: amministrativo, educativo e clinico. Ogni ambito può racchiudere ulteriori differenti possibilità.

Il mercato del lavoro offre molte opportunità, ad esempio nel nursing forense, informatico, o nel lavoro indipendente tanto per citarne alcune. I presentatori davano numerosi consigli per i percorsi educativi in alcune delle aree meno conosciute. Tutti i partecipanti hanno ricevuto un sacchetto di semi di Non-ti-scordar-di-me con l'etichetta “incoraggiamento alla crescita”.

Tossicità Precoce/Educazione Ritardata: Gestione della Sicurezza e della Qualità nella Gestione della Terapia Orale era una sessione dedicata alle problematiche correlate alla terapia per bocca visto che l'utilizzo dei farmaci antitumorali orali in USA e Europa è in crescita. La carenze delle conoscenze di farmacologia da parte degli infermieri e la difficoltà di comunicazione tra medici e pazienti sembra essere onnipresente. Con l'utilizzo di un dispositivo interattivo per votare si è potuto evidenziare come, in ambito lavorativo, il 63% dei presenti non ha attualmente specifici strumenti per l'educazione dei pazienti riguardante la somministrazione dei farmaci orali. Roberta Strohl ha presentato alcune strategie per risolvere alcuni problemi.

Sulla stessa linea, diverse le lezioni focalizzate su obiettivi molecolari, sia applicati alla ricerca pura che all'applicazione clinica. Il profilo delle caratteristiche molecolari ha permesso di studiare i singoli geni, i recettori dei fattori di crescita e altri obiettivi molecolari utili non solo per le proposte di trattamento ma anche per la prevenzione e per la diagnosi precoce.

Con le target-therapy, nuovi effetti collaterali occupano una parte importante delle attività quotidiana delle infermiere. Come nei programmi educativi EONS -TARGET, una lezione ha affrontato anche il tema della tossicità dermatologica e il ruolo infermieristico nell'erogazione di assistenza durante il trattamento.

Carol Estwing Ferrans, PhD, RN, FAAN, Professore e Preside associato per la ricerca dell' University of Illinois di Chicago, ha presentato la lettura magistrale, in una Sessione Speciale per ricerche che si sono particolarmente distinta: "Rivelando le Differenze Mortali". La signora Ferrans ha dimostrato con la sua ricerca che gli obiettivi della ricerca infermieristica possono contribuire al cambiamento nelle politiche sanitarie, legislative e contribuire a trovare maggiori finanziamenti per risolvere alcune disparità in ambito sanitario. La dottoressa Ferrans ha studiato la prevalenza delle disparità razziali nelle donne con tumore mammario e l'elevata incidenza di mortalità dovuta a questo problema. I risultati erano incredibili e drammatici e conducono alla domanda di come si possa arrivare a queste disuguaglianze. Si arriva sempre a dire "Oh, no - non è possibile" quando si vedono i fatti e le cifre. Un risultato positivo dello studio: una riunione inaugurale del Consorzio delle Istituzioni Metropolitane di Chicago allo scopo di lavorare insieme per migliorare la qualità delle cure. Possiamo dare uno sguardo alle differenze in ambito sanitario a livello europeo, ed è meglio farlo al più presto.

Sabato mattina è iniziato con il tradizionale Mara Morgensen Flaherty Memorial Lectureship.

Terry A. Badger, PhD, RN, FAAN ha presentato un'eccellente lezione intitolata "Valutazione della Depressione e Interventi Psicosociali per i Sopravvissuti del Cancro e i loro Familiari". La lezione è iniziata con la ridefinizione di rete sociale: cambiamenti nella famiglia tradizionale e chi è importante. Il messaggio da portare a casa era: se sei importante per una persona hai un compagno, anche senza una relazione di sangue o un matrimonio.

Brevemente, il contenuto della sua lezione era in accordo con il fatto che la depressione è un'importante conseguenza nei sopravvissuti al tumore ed influenza significativamente la guarigione, la qualità della vita e la possibilità di sopravvivenza a lungo termine. Inoltre i compagni dei sopravvissuti al tumore spesso soffrono anch'essi di problemi emozionali. Ella ha descritto diverse barriere che possono intralciare il processo di valutazione, dichiarando infine che tutti

gli infermieri possono valutare, educare i pazienti, informare, o rimandare ad un supporto terapeutico nel sociale.

Anche domenica è stata presentata un'altra eccellente lezione riguardante l'adesione alla terapia orale per il tumore. Di particolare interesse è stata la presentazione di Karin Schulte, (Dana Farber Cancer Institute) che ha mostrato i risultati del suo studio di



valutazione dell'attuale assistenza infermieristica associata all'adesione alla chemioterapia orale. In poche parole ci si potrebbe chiedere: se siamo coinvolti precocemente, può l'adesione essere migliore? Questo è un problema che sembra essere universale.

Una delle ultime sessioni della domenica pomeriggio era "Clinical hot topics". Questa presentazione distingueva differenti modalità di trattamento, il ruolo della farmacovigilanza e della farmacogenomica nel trattamento del tumore, considerazioni speciali infermieristiche per gli effetti emergenti di questi farmaci, e come la genetica del tumore può influenzare le decisioni riguardanti il trattamento nel futuro.

#### **Altre Evidenze**

Il meeting con l'assemblea esecutiva dell'ONS e vari leaders dei progetti ONS sono state per me importanti evidenze del congresso. Argomenti riguardanti possibili collaborazioni EONS/ONS sono state discusse e pianificate. Ulteriori discorsi con Paula Rieger Trahan (ONS CEO), Len Mafrica (Affari Internazionali), Brenda Nevidjon (Presidente) and Georgia Decker (past president) hanno esplorato le possibilità di collaborazione di EONS con ONS. Siamo d'accordo che possiamo immaginare di unire le forze e sviluppare linee guida e programmi di leadership adattando il contenuto alle circostanze europee.

In serata c'è stato il tempo per visitare Philadelphia, vedere i parchi, guardare una partita di baseball con i "Phillies" (che hanno vinto).

Possiamo concludere che questi 5 giorni di lavori hanno portato una ricchezza di informazioni ed hanno confermato che stiamo lavorando nella giusta direzione. Abbiamo anche sentito di avere un grande compito da portare avanti per modificare il sistema assistenziale in Europa e nel mondo e che dobbiamo sfidarci per fornire maggiore competenza, sicurezza ed eguale assistenza infermieristica per tutti. La realizzazione infermieristica europea non è così differente da quella americana ma a causa della struttura europea noi dobbiamo sicuramente fare un grande salto nella standardizzazione nelle cure del tumore.

# Sviluppo delle abilità

## Diversi modi di porsi

Jan Foubert, Lecturer, Erasmushogeschool, Department of Healthcare, Brussels.

### Introduzione

L'abilità è la capacità acquisita o innata di raggiungere obiettivi definiti con il minimo dispendio di tempo e di energia. Le abilità si possono dividere in generali e specifiche. Ad esempio, in ambito lavorativo, alcune abilità generali comprendono la capacità di gestire il tempo, il lavoro di gruppo, la leadership e la capacità di trovare sempre nuove motivazioni, mentre abilità specifiche si applicano solo a determinate attività lavorative.

Pensiamo che gli studenti del 21° secolo debbano possedere autostima, capacità di scoprire nuove opportunità, di prendere decisioni appropriate, di lavorare in connessione con altri, di acquisire esperienza e conoscenza dei cambiamenti che continuamente si verificano nel mercato del lavoro. Attualmente, gli studenti possono acquisire queste abilità ed esperienze più dalle loro attività sociali informali (viaggi, uso di internet, comunicazione telefonica mobile) che non attraverso un processo formale di apprendimento presso le istituzioni di istruzione superiore (scuole superiori ed università).

### Sviluppo di abilità

Le istituzioni di istruzione superiore devono saper rispondere ad approcci opportunistici, flessibili e pro-attivi all'apprendimento, rappresentati dalle moderne attività sociali e dall'attuale stile di vita (Bloxham 2004). È necessario fare molto di più per:

- identificare gli stili individuali e le esperienze che gli studenti possiedono e le strategie di apprendimento di cui dispongono;
- progettare e sviluppare risposte a questi stili e strategie, quali nuovo materiale didattico, nuove modalità espositive, nuovi ambienti;
- dare sviluppo e risposte ai nuovi concetti di competenza e collegati con il lavoro;
- combinare immaginazione e caratteristiche specifiche per migliorare la valutazione formativa e globale;
- gestire la notevole tensione tra una flessibilità così complessa e la necessità di salvaguardare gli standard.

Come educatori, non possiamo forzare gli studenti, ma possiamo aiutarli a sviluppare abilità e strategie per un apprendimento più efficace. Possiamo aiutarli a riflettere sul loro approccio all'apprendimento, ad autogestirsi e a mantenere le proprie motivazioni (Pintrich, 2004). Tradizionalmente si pensava che gli studenti potessero acquisire queste capacità nel momento in cui ne comprendevano il contenuto. La ricerca ha rivelato invece che l'apprendimento dipenda molto dal contesto: gli studenti hanno necessità di vedere come le nuove abilità si trasferiscono e si collegano alla materia che stanno studiando (Pintrich, 2004; Schunk & Ertmer, 2000). Questo si traduce in un miglior apprendimento e in una migliore comprensione (Biggs, 1999). Non esiste



un metodo ottimale per stimolare lo sviluppo delle abilità, ma l'intervento sull'approccio dello studente all'apprendimento e all'auto-apprendimento possono essere presi come esempio. Le raccomandazioni per migliorare lo sviluppo di abilità comprendono:

- apprendimento di abilità all'interno del normale ambiente scolastico, integrato con il contenuto delle materie studiate;
- fornire supporto per interventi che aumentino l'utilizzo di specifiche strategie cognitive e di autoregolazione;
- definire un approccio generico e specifico (O'Connor, 2006).

### Conclusione

Come educatori possiamo intervenire a diversi livelli del processo di apprendimento per aiutare gli studenti a sviluppare le loro abilità e per aumentare il supporto che ricevono durante il periodo di studi. Dovremmo inserire lo "sviluppo di abilità" nei programmi educativi e fornire opportunità per mettere in pratica tali abilità in contesti specifici. Sebbene siamo insegnanti, dobbiamo ricordarci che non c'è mai un solo "modo giusto" di fare una cosa.

### Bibliografia

- Biggs, J. B. (1994). *Student learning research and theory: Where do we currently stand?*
- In G. Gibbs (Ed.), *Improving student learning: Theory and practice* (pp. 1-19). Oxford: Centre for Staff Development.
- Bloxham, S. (2004). *Embedding skills and employability in higher education: an institutional curriculum framework approach*. Retrieved 6 February 2006 from the Higher Education Academy web site: <http://www.heacademy.co.uk>.
- Connor, H., Pearson, R., Court, G. and Jagger, N. (1996). *University Challenge: Student Choices in the 21st Century*. Brighton: The Institute for Employment Studies.
- O'Connor, T. W. (2006). *Developing effective learners in higher education: A case study of different approaches to teaching learning skills in context and integrated with academic content*. Unpublished doctoral thesis, University of East London, London, England.
- Pintrich, P. R. (2004). A conceptual framework for assessing motivation and self-regulated learning in college students. *Educational Psychology Review*, 16 (4), 385-407.
- Schunk, D. H. & Ertmer, P. A. (2000). Self-regulation and academic learning: Self-efficacy enhancing interventions. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 631-649). San Diego, CA: Academic Press.

## “Sol omnibus lucet” -Il sole risplende su tutti-

### La Facoltà di Scienze Sanitarie dell'Università Ungherese di Semmelweis, Budapest

Prof. Judit Mészáros Ph.D. Dean, Csaba Avramucz RN, MSN, assistant lecturer Semmelweis University Faculty of Health Sciences

Il nostro motto “Il sole risplende su tutti” intende caratterizzare la formazione del nostro personale sia l'approccio professionale al nostro lavoro. Questa antica frase rappresenta il paradigma etico che non ci sono differenze sostanziali tra le persone a proposito delle cose realmente importanti e comuni a tutto il genere umano.

L'Ungheria, come membro dell'Unione Europea, appartiene all'Area Europea di Educazione Universitaria unita, che segue i principi del sistema di formazione multi-ciclo inglese e americano (laurea, master e dottorato). I titoli sono riconosciuti e paragonabili in tutta Europa. In questo sistema è molto più facile per gli studenti, i docenti a contratto e i ricercatori viaggiare e costruire rapporti internazionali; inoltre, come cittadini comunitari, essi possono proseguire il loro studio e programmare il loro futuro come lavoratori o imprenditori in ciascuno stato membro. Queste opportunità aprono un campo ancora più ampio anche per i cittadini extra-comunitari che studiano in Ungheria, dal momento che le opportunità di spostarsi all'interno dell'Unione sono fondate su canali di formazione e rapporti molto stretti tra le Nazioni nel mercato del lavoro e all'interno delle istituzioni. La Semmelweis University è la più grande istituzione educativa per



medici e personale sanitario in Ungheria. Attualmente ci sono più di 8000 studenti in questa Università fondata più di 200 anni fa. La Facoltà di Scienze della Salute dell'Università fornisce un'educazione a livello internazionale nel campo delle scienze sanitarie e assegna diplomi competitivi a livello internazionale. C'è un'offerta sempre più ampia con circa 200 docenti a contratto e insegnanti part-time in discipline diverse all'interno della Facoltà.

La Facoltà offre sale per studiare, sale per le lezioni, aule per il computer, laboratori specifici e una biblioteca pubblica completamente attrezzata con la più moderna tecnologia, così come una vita universitaria molto vivace e un programma di coinvolgimento per i futuri studenti. Ci sono anche opportunità di lavoro per gli studenti all'interno della Facoltà nei periodi di vacanza di trimestre ed estiva. Uno dei fattori che attrae maggiormente gli studenti stranieri è che mentre il livello di formazione è emergente e competitivo, il costo della vita e le rette sono decisamente più bassi rispetto alla media dell'Europa centrale ed occidentale.

Le possibilità di lavoro si aprono in una vasta area dell'Ungheria e naturalmente in tutti i Paesi dell'Unione Europea. Oltre alle generiche opportunità di lavoro – assistenza di base, rete di pazienti esterni, assistenza ai pazienti interni – i laureati possono trovare lavoro in alcuni settori che da poco sono emersi nel campo dell'assistenza sanitaria (ispettore di ambulatori, farmacie e ospedali, coordinatori di trapianti, infermieri e coordinatore in diverse imprese di servizi assistenziali nel settore privato). I titoli di medico, farmacista, dentista, infermiere e ostetrica rilasciati dalla Semmelweis University sono riconosciuti da tutti gli Stati dell'Unione Europea. In Europa e negli Stati Uniti c'è carenza di infermieri pertanto è abbastanza semplice per i nostri laureati ottenere il permesso di lavoro in questi Paesi.

#### La struttura dei programmi della BS nel sistema educativo multi-ciclo in termini di specializzazione.

##### Infermieristica e assistenza al paziente

- Programma di specializzazione in infermieristica (corso a tempo pieno e per corrispondenza)
- Programma di specializzazione in dietistica (corso a tempo pieno e serale)
- Programma di specializzazione in fisioterapia (corso a tempo pieno e serale)
- Programma di specializzazione per paramedico (corso serale)
- Programma di specializzazione per ostetrica (corso a tempo pieno e per corrispondenza)

##### Cura sanitaria e prevenzione

- Programma di specializzazione per ispettore generale sanitario (corso a tempo pieno e per corrispondenza)
- Programma di specializzazione per ispettore sanitario (corso a tempo pieno)

##### Laboratorio e diagnostica per immagini

- Programma di specializzazione in diagnostica per immagini (corso serale)
- Programma di specializzazione in optometria (corso serale)

#### La struttura dei programmi della BS nel sistema educativo multi-ciclo in termini di specializzazione.

- Master in infermierista e cura del paziente
- Master in sanità pubblica generale
- programma di specializzazione in ufficiale sanitario generale pubblico

##### Master in organizzazione sanitaria

- I nostri programmi post-laurea
- consigliere nell'abuso di sostanze, manager sanitario, infermiere istruttore, ingegnere medico, tecnico cardiologo, manager del benessere, infermiere in terapia intensiva

#### Il Progetto del Curriculum Infermieristico Transatlantico (TCN)

Presso la Semmelweis University, Facoltà di Scienze Sanitarie, è stato avviato un progetto internazionale unico per preparare gli infermieri. Il consorzio costituito tra la Facoltà di Scienze sanitarie della Semmelweis University (Ungheria), il Nazareth College di Rochester (USA) e la Laura University of Applied Sciences (Finlandia) offre agli infermieri la possibilità di seguire alcuni corsi al Nazareth College di Rochester negli Stati Uniti con un supporto scolastico da parte

dell'Unione Europea. L'Università offre il titolo di Bsc americano di infermiere e la registrazione professionale. L'accordo di cooperazione è stato stipulato il 23 giugno 2008 alla Facoltà di Scienze Sanitarie a Budapest.

In questo programma gli istituti americano, finlandese e ungherese preparano un piano comune per sviluppare un nuovo programma di educazione sanitaria che possa superare il sistema Bsc considerandone gli obiettivi transatlantici.

Il sostegno per il Programma Atlantis – che è la base della cooperazione – è già stato ottenuto da 107 consorzi transatlantici. Questo programma è la prima forma di cooperazione in ambito di istruzione infermieristica che punta allo sviluppo e al conferimento di un titolo di studio riconosciuto in entrambi i continenti (Europa e Nord-America).

Tutti gli studenti di questo programma possono ricevere un titolo sia alla Sommelweis sia al Nazareth College, grazie alla reciproca admission di studi tra le due università. In più, essi hanno la possibilità di fare un NCLEX test (il test di registrazione degli infermieri americani). Durante gli studi, gli studenti stranieri possono acquisire conoscenze professionali, culturali e linguistiche di comunicazione, esperienze e competenze che potranno influenzare tutta la loro carriera e potranno trovare nuove opportunità di lavoro in Europa e in America. Grazie ai loro studi all'estero, avranno la possibilità di sviluppare le loro teorie e di continuare il loro lavoro sfruttando le opportunità dell'istruzione ricevuta.

Questo settembre 16 studenti hanno iniziato la formazione, 8 americani e 8 europei (4 ungheresi e 4 finlandesi). Ogni studente accede al programma dopo la compilazione di una domanda e studierà in Finlandia, America e Ungheria per i successivi quattro anni. L'Università è gratuita e gli studenti otterranno una borsa di studio.

Lezioni e seminari si tengono in inglese, il che offre notevoli vantaggi in caso di lavoro in Ungheria o all'estero.

## Relazioni internazionali

L'Università è fiera dei suoi rapporti internazionali in aumento in Europa, Asia e America. In Europa ogni anno 15-20 studenti e dottorandi – grazie al programma di scambio ERASMUS – possono accrescere all'estero i loro obiettivi professionali e la loro conoscenza. Gli studenti trascorrono 3 mesi del loro quarto anno in istituti associati in Finlandia, Svezia, Norvegia, Danimarca, Belgio, Grecia, Spagna e Turchia. In più ci sono progetti più brevi di 1-3 settimane in cui gli studenti possono seguire le lezioni all'interno delle strutture del programma ERASMUS e grazie al coordinamento del COHERE, organizzazione per l'istruzione sanitaria superiore europea. La borsa di studio internazionale si ottiene dopo un esame. Ogni anno ci sono studenti borsisti che trascorrono un mese negli Stati Uniti e che vengono selezionati con un esame. Il Nazareth College di Rochester, nello Stato di New York, organizza tutti gli anni un corso intensivo di 4 settimane di inglese e un programma professionale e ricreativo per i nostri studenti in Luglio. Tutti i nostri studenti iscritti possono sostenere l'esame per seguire questo corso, al quale negli ultimi tre anni hanno partecipato almeno 100 studenti e docenti a contratto.

La Facoltà di Scienze Sanitarie ha creato una partnership con numerose università rinomate anche nella regione Asiatica (Anhui University of TCM, Beijing Medical University, Shanghai Jiao Tong University, Shenyang Chinese Medical University) che offrono ulteriori opportunità di scambio tra studenti e docenti a contratto.

Per maggiori informazioni sui nostri piani di studio (compresa la formazione di infermieri oncologici) contattateci. Sono gradite anche idee e suggerimenti per future collaborazioni internazionali. I nostri contatti: meszarosj@se-etk.hu OR avramuczcs@se-etk.hu. Per maggiori informazioni: <http://www.seetk.hu> OR [www.tcn-atlantis.org](http://www.tcn-atlantis.org)

## Il Bologna Process in pillole

Nell'estate 1999, i ministri della pubblica istruzione europei si sono incontrati a Bologna dove hanno fondato un'"Area dell'Istruzione Universitaria Europea". Ciò ha portato all'introduzione dei diplomi di Laurea e Master prevista dal 2010 (sistema triennale). I diplomi dovrebbero essere validi in tutta Europa e rispondere a norme internazionali. Il Bologna Process ha lo scopo di rinvigorire la competitività delle università europee e contribuire alla mobilità tra le istituzioni scolastiche e i corsi di studio.

Come risultato del Bologna Process, le università europee ottimizzano non solo le proprie strutture accademiche ma anche il contenuto dei propri programmi. La riforma della formazione universitaria sfocia in nuove opportunità di gestire i problemi legati all'età e di seguire le politiche accademiche.

Criteri uniformi d'ammissione, applicazione pratica e un chiaro orientamento delle competenze e programmi di corso dinamici, possono ridurre la durata media degli studi e aumentare il numero di laureati. Corsi di studio innovativi e interdisciplinari hanno dato alle università visibilità sia nazionale sia internazionale.

Il Bologna Process e l'European Qualification Framework hanno, senza alcun dubbio, un'influenza sulla Direttiva 36 (DIR2005/36/EC: Direttiva sul riconoscimento reciproco della qualificazione

professionale degli Infermieri). Gli obiettivi del progetto sono:

- Adozione di un sistema facilmente accessibile e comparabile di crediti, laurea, master e dottorato.
- Stabilire un sistema europeo di trasferimento crediti.
- Promozione della mobilità
- Promozione di una cooperazione europea di garanzia della qualità.
- Promozione di una scuola europea di perfezionamento.
- Educazione permanente
- Coinvolgimento degli studenti
- Attrattività e competitività dell'educazione superiore europea.

Il gruppo di lavoro di Bologna ha recentemente raggiunto un accordo sul programma del prossimo summit ministeriale in Belgio del 2009. Si sono organizzati lavori di gruppo sulla mobilità, possibilità di impiego, contesto delle qualifiche, formazione permanente, dimensione sociale, e posizione dell'Europa sulla formazione superiore in un contesto globale. Di particolare interesse è l'accordo che i 46 paesi firmatari di Bologna svilupperanno negli aspetti quadro di qualificazione infermieristiche entro il 2010.

Maggiori informazioni sul Bologna Process sono disponibili in molte lingue su internet.

# Bisogni di formazione dei lavoratori in Oncologia,

## Consapevolezza da un Cancer Network a Londra

*Dr Daniel Kelly, Reader in Cancer & Palliative Care, Scuola della salute & Scienze Sociali, Middlesex University, Londra*

L'educazione e la formazione sono considerati fondamentali per l'emanazione del piano innovativo del governo britannico per il Servizio Sanitario Nazionale con più di 3 milioni di sterline investite annualmente in queste attività. Gli organismi preposti alle strategie sanitarie in UK devono assicurare che l'educazione (compresa quella sul cancro) risponda ai bisogni dell'economia sanitaria locale. Per esempio gli organismi preposti per le strategie sulla salute per la capitale – conosciuta come NHS London – organizza il lavoro di 31 strutture per l'assistenza primaria, 35 strutture per assistenza agli acuti, 9 strutture per malati di mente e il servizio di ambulanza londinese.

La formazione professionale continua e le strategie di formazione permanente sono considerate strettamente legate alla modernizzazione dei servizi e ai bisogni dei pazienti. In un sistema di salute che si modifica rapidamente, un requisito fondamentale è che il valore del denaro (finanziamenti) e le evidenze scientifiche siano tenute in considerazione quando si commissionano per l'educazione dei lavoratori. Il Piano Nazionale per il cancro (2000) ha enfatizzato il bisogno di "investimenti per contrastare le differenze tra i lavoratori in oncologia e ottimizzare i gruppi di lavoro esistenti".

Questa relazione riguarda uno studio condotto in un Cancer Network a Londra nel 2004. Lo scopo fu di esplorare quali opportunità esistono per i professionisti dell'assistenza oncologica in reparti generali o specializzati così come coloro che assistono i pazienti al domicilio.

### Metodi

Utilizzo di diversi tipi di indagini e interviste: 94 intervistati sul proprio bisogno di formazione in relazione a ruolo professionale, attuale istruzione e opportunità di formazione e future priorità educative. Fu inoltre condotta un'analisi dei contenuti dei percorsi di studi, correlati al cancro, delle scuole infermieristiche e di medicina di tre università locali. Risultati da indagini nazionali sui pazienti ammalati di cancro per lo stesso Cancer Network furono utilizzate per capire i bisogni dei malati. Fu ottenuta l'approvazione del comitato locale di etica e ricerca.

### Risultati

I risultati suggeriscono una dominanza focalizzata di infermieri uni-professionali, e specialisti sul cancro con importanti differenze a seconda del ruolo. Si evidenziò una mancanza di educazione inter-professionale all'interno delle università sebbene questo era più comune nella pratica quando gli eventi formativi erano

forniti. Il curriculum dei programmi non riflette il profilo sociale ed etico dell'economia sanitaria locale e molta formazione professionale continua disponibile che stata continuamente fornita continuamente per un numero di anni con scarsa evidenza di innovazione.



### Conclusioni

Il bisogno di formazione dei lavoratori in questo Cancer Network non riflette appieno i corsi disponibili di formazione professionale continua e non è sufficientemente orientato al il bisogno di alcuni membri. Allo scopo di assicurare che la formazione incontri i bisogni di cambiamento dei lavoratori in oncologia vi è la necessità di una maggior risposta così come una risposta più creativa del settore universitario londinese.

### Bibliografia

Department of Health (2000) national Cancer Plan. Her Majesty's Stationery Office, London.  
Kelly D, Gould D, White I, Berridge EJ (2006). Modernising cancer and palliative care education: insights from one cancer network. *European Journal of Oncology Nursing*, 10: 187-197.  
Gould D, Kelly D, White I, Glen S (2004). The impact of the commissioning process on the delivery of continuing professional development for cancer palliative care. *Nurse Education Today*. 24: 443-443.

# PREVENT

**Prediction, Recognition, Evaluation and  
Eradication of Normal Tissue effects**

January 11-12, 2009  
Brussels, Belgium

Information > [www.estro.be](http://www.estro.be)

ESTRO 

European Society for Therapeutic Radiology and Oncology

# IBCM

Interconference  
Breast Cancer  
Meeting

# 2

23-25 April 2009

## SARAJEVO, BOSNIA AND HERZEGOVINA



### Chair

T. Eufar, (SI)

### Co-Chairs

H. Basic, (BA) (ESO)

G. Mastruk, (UA) (EUROPA DONNA)

J. Foubert, (BE) (EONS)

### Host Chair

S. Beslija, (BA) (Sarajevo)

### Scope

Further to the successes of the first Interconference Breast Cancer Meeting 2007, IBCM returns to bring the very latest in breast cancer research, treatment, care to the Balkan area, Central and Eastern Europe.

Within a truly multidisciplinary and multi professional setting, participants can expect a comprehensive review of cutting edge discovery from breast cancer biology and the clinic, the latest trends and developments in nursing care as well as updates on topical issues from the patient advocacy perspective.

To discover the many programme highlights of interest to the European oncology nursing community including the joint Europa Donna and EONS session on *What do we need to know about counseling and prevention?* and the Educational Session on *Nursing intervention in breast cancer* and so much more, EONS invites you to download your copy of the Advance Programme and register today at: [www.ecco-org.eu](http://www.ecco-org.eu) (select 'congresses and conferences' > 'IBCM-2').

### Dates to Bookmark

Abstract submission open: 01 November 2008

Early rate registration deadline: 12 January 2009

### Secretariat

For further information and general enquiries please contact the IBCM Secretariat directly:

ECCO – the European CanCer Organisation

Avenue E. Mounier 83

B-1200 Brussels

Belgium

Tel: +32 2 7750201

Fax: +32 2 7750245

Email: [IBCM2009@ecco-org.eu](mailto:IBCM2009@ecco-org.eu)

### Venue

Parlamentarna Skupstina Bosne I Hercegovine

(National Assembly Sarajevo)

Trg BiH,1

71000 Sarajevo

Bosnia & Herzegovina

ecco

## Anthracycline extravasation could strike at any time



The only proven and approved antidote  
for anthracycline extravasation

## Be prepared

### Savene™ Brief prescribing information

(Based on the US Summary of Product Characteristics SPC)  
Please refer to the SPC for full prescribing information.

Each Savene™ box contains 10 vials of Savene™ (dexrazoxane) Powder (10 x 500 mg vials) and 2 bags of Savene™ Diluent (1 x 500 mL vial) for injection. Indications: Treatment of anthracycline extravasation. Dosage and administration: Administration of Savene™ should begin as soon as possible and within 6 hours after the contact. Savene™ should be given as an intravenous infusion once daily for 7 consecutive days according to body surface area (up to 1,000 mg/m<sup>2</sup> day for up to 1,000 mg/m<sup>2</sup> day three, 500 mg/m<sup>2</sup> day three). For patients with a body surface area of less than 1.2 m<sup>2</sup> the daily dose should not exceed 2000 mg. Cooling procedures such as ice packs should have been removed from the affected area at least 15 min before administration. Before infusion, Savene™ Powder must be constituted with sterile water before further dilution. Savene™ Diluent (Savene™) is recommended to dilute and put into the infusion bag for treatment. Safety and efficacy have not been evaluated in the elderly. Contraindications: Hypersensitivity to the active substance or to any of the excipients. Caution: Childbearing potential and pregnancy: Contraception measures should be implemented with patients with childbearing potential. Pregnancy: Contraception should be performed on a regular basis after treatment until resolution and hematological recovery should be maintained rapidly. Savene™ should be administered only under the supervision of a physician experienced in the use of cancer drugs and capable of recognizing liver function before and after administration of Savene™ to patients with known liver function disorders. Patients with renal impairment should be monitored for signs of hematological toxicity. There are alcohol restrictions during and up to 7 months after treatment. Caution: Childbearing potential: Contraception measures during treatment. It is recommended to use Savene™ in combination with low-dose oral contraceptives. Strongly effective (90%) should not be used in patients who are administered Savene™. The Savene™ Diluent contains poloxamer (25 mg/500 mL) the plasma poloxamer level of the patient must be closely monitored in patients at risk of hypotension. It also contains dextrose (1.67 g/500 mL) which may be harmful to patients on a low-sodium diet. Interactions: Interactions known to all cytotoxic, which may also react with oral antitumor drugs. Concomitant use of immunosuppressants such as cyclosporin and tacrolimus require extra caution due to possible immunosuppression. Pregnancy and lactation: Savene™ should not be administered to pregnant women unless clearly necessary. Caution: Childbearing potential should not be captured measure during treatment. It should be observed during Savene™ therapy. Side effects: Very common: nausea, injection site pain, postoperative infection. Common: constipation, diarrhea, stomatitis, dry mouth, pyrexia, injection site phlebitis, injection site erythema, fatigue, injection site tenderness, injection site swelling, peripheral edema, somnolence, injection site thrombophlebitis, cough, conjunctivitis, respiratory tract infection, decreased appetite, palpitations, dizziness, anxiety, loss of consciousness, blurred vision, dizziness, pain, headache, epistaxis, phlebitis, thrombophlebitis, superficial, but not central, thrombosis. All adverse reactions have been rapidly reversible. Full study protocol concentrations of dexrazoxane (Savene™) have been reported. Refer to the SPC for additional information. U.S. 80110687501001. Price: 0,750 EUR. Date of Preparation: January 2006; TopoTarget AG, Postfach 47, DE