



eonsnewsletter

The Quarterly Newsletter of the European Oncology Nursing Society

Spring 2007

Contenuti:

Colleghi di...

Attuazione linee-guida

Europa Uomo

Inserto
ECCO Nursing

Argomento:
Psico-oncologia



Capo-Redattore

Jan Foubert, RN, MSc

Redazione

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

Notiziario EONS

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

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

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

Foto di copertina: Lana Lazevnik
www-cvr.ai.uuic.edu/~slazebni/

Segreteria EONS

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

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

Copie stampate: 3100
La versione elettronica è accessibile a 18000 EONS members

Stampa

Drukkerij Trioprint Nijmegen Bv
The Netherlands

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

EONS non si assume responsabilità per l'accuratezza di qualsiasi traduzione del materiale di questo notiziario. Circa l'edizione italiana di "EONS Newsletter", ci si rivolga all'Associazione Italiana Infermieri di Oncologia (AIIO): info@aio.it



Editoriale

Il viaggio nel cancro può essere suddiviso in tre fasi. La prima di queste si ha quando un paziente riceve la diagnosi iniziale ed entra in trattamento. In questa fase la maggior parte dei pazienti riceve molte informazioni e supporto. Il paziente entra quindi in un periodo di sopravvivenza presupponendo che il trattamento risulti in guarigione o remissione. In questa fase l'ambiente è di minor supporto man mano che il tempo scorre e ci si aspetta che i pazienti tornino alla vita normale, riprendano le loro attività ed imparino a convivere con il cancro. Se il trattamento iniziale e il seguente non hanno successo, la fase finale del cancro sposta l'obiettivo sugli argomenti di fine vita.

Questo numero della Newsletter presenta interventi psicoeducazionali ritenuti utili durante la prima fase del cancro. Un rationale per l'uso di simili interventi, la loro struttura di base, ed i risultati sensibili dell'assistenza infermieristica furono scritti da Nancy W. Fawzy.

Molti pazienti oggi sopravvivono al cancro, ma sono una popolazione vulnerabile. Affrontano gli effetti a lungo termine del loro trattamento senza poter accedere a servizi appropriati. Gli infermieri oncologici possono avere un ruolo chiave per la sopravvivenza al cancro, come descritto da M. I. Ficht, attraverso l'attività di ricerca, l'educazione, la pratica e la linea di condotta.

L'imperativo per gli infermieri di agire con protocolli attivi deriva dal numero crescente di sopravvissuti che continuano a lottare per gli effetti della malattia e del relativo trattamento che persistono a lungo dopo il termine. Il ruolo dell'infermiere nella cura della persona morente è probabilmente il ruolo più vecchio istituito nelle professioni sanitarie. Perché poi, quando chiedi a un infermiere che cosa stia facendo, una definizione chiara è così difficile da definire? Trovare parole per descrivere il prendersi cura, l'umana risposta alla sofferenza ed il carico emozionale che coinvolge nelle cure della fine della vita è difficile. La letteratura infermieristica sta gradualmente riconoscendo l'eccezionale esperienza del provvedere alla cura del morente e ai loro familiari. La maggior parte del ruolo degli interventi di assistenza infermieristica della fine della vita è descritto nell'articolo di D. Porock.

In pratica, il nursing è spesso conosciuto come la professione che contribuisce a unire le

discipline sanitarie; coordinatori e comunicatori di cure fra i professionisti sanitari. Questa veduta del nursing è così forte che quando gli infermieri sono osservati vengono visti come se facessero il lavoro di dottori o farmacisti o fisioterapisti o psicologi. Infatti, credo che ci sia un bisogno urgente di identificare la "perdita d'identità" della comunità infermieristica. Ciò che ancora fanno molti infermieri ci riporta ai giorni di Florence Nightingale: assistenza di base e dipendenza dai medici su ciò che si fa. Mentre ci sono logicamente molti posti avanzati e specializzati in oncologia, c'è il rischio che il grosso dell'assistenza infermieristica di base rimanga un ruolo di nursing assistenziale. I governi chiederanno: "Perché dovremmo pagare così tanto per infermieri specializzati quando uno o due possono coordinare la cura dei pazienti?"

Attualmente la situazione è esacerbata dai cambiamenti sociali che hanno sminuito il vero valore di ciò che fa l'infermiere. L'uniforme e la presenza una volta significavano che fossi rispettato - ora la società vede il nursing come un altro mestiere. Gli infermieri spesso si lamentano circa il rispetto e l'immagine ma è importante per noi ricordare che la nostra propria immagine dobbiamo crearla e il rispetto guadagnarcelo.

In ogni fase della malattia, i pazienti oncologici necessitano di supporto. Per gli infermieri è importante sapere di avere soci che ci possono aiutare a provvedere supporto per i nostri pazienti.

Sono molto felice di annunciare che l'EONS ha sviluppato una buona relazione con un nuovo partner, IPOS (International Psycho-Oncology Society). La vision di IPOS è che tutti i pazienti oncologici e i loro familiari in tutto il mondo ricevano un'ottima assistenza psicosociale in tutte le fasi della malattia e della sopravvivenza. Molto di più è descritto in questo numero.

L'EONS mantiene strette relazioni con diverse organizzazioni di pazienti. In questo numero sono onorato di pubblicare un articolo che descrive Europa Uomo. Il numero estivo della Newsletter si occuperà del tema del lavoro di questa organizzazione a supporto del paziente e sarà dedicato al cancro della prostata.

Jan Foubert,
Editor in Chief

L'edizione italiana della newsletter EONS è curata dal Gruppo Traduzioni dell'ASSOCIAZIONE ITALIANA INFERMIERI DI ONCOLOGIA formato da: Giovanni Cavadini, Matteo Bernardi, Lorenzo Briglio Nigro, Maddalena Cavadini, Isabella Cavazza, Anna Claudia Di Venanzio, Irene Feroce, Anna Ferrara, Marie Paule Gardes, Giusta Greco, Mariagiulia Gubinelli, Livio Horra, Fabiana Marcucci, Micol Orlandi, 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. Ogni numero viene ricevuto gratuitamente da tutti i soci AIIO ed è disponibile on line su www.aio.it e www.cancerworld.org/EONS. Qualsiasi informazione può essere richiesta a info@aio.it o allo 031.3371467 (Giovanni).



Presupposti/Storia

L'Onkološki Inštitut Ljubljana è una pubblica istituzione che eroga servizi sanitari come l'educazione e l'attività di ricerca nel campo dell'oncologia in Slovenia. Diversi anni fa, la professione medica si accorse che la gestione clinica dei tumori doveva passare a specialisti esperti e qualificati. Dal 1937 l'istituto si è fortemente sviluppato e ingrandito e ha ricevuto il titolo di "University Institute and Hospital of Oncology". Tali risultati sono stati accompagnati da una progressiva espansione della struttura dell'istituto. Con oltre 780 impiegati, vengono esaminati e trattati ogni giorno 350 pazienti esterni e 210 ricoverati.

Propositi/Obiettivi

La vision dell'Onkološki Inštitut Ljubljana è di rimanere in primo piano per quanto riguarda il cancro in Slovenia e di diventare uno dei centri leader in Europa. Per realizzare questo, l'istituto si è posto chiari obiettivi che includono un approccio multidisciplinare per un'assistenza completa a tutti i livelli delle attività mediche e infermieristiche. Nelle attività formative l'istituto lotta per diventare in Slovenia il riferimento nazionale delle discipline mediche così come per diventare un istituto riconosciuto a livello internazionale per tutte le discipline oncologiche.

L'infermieristica è una disciplina specializzata e indipendente che collabora con altre discipline per un'assistenza globalizzata al paziente. Il Dipartimento Infermieristico conta 100 infermieri e 150 tecnici dell'assistenza ed è coordinato da un Direttore Infermieristico. Il Direttore Infermieristico è responsabile per lo sviluppo delle competenze infermieristiche, l'organizzazione delle risorse umane e per il sostegno dell'assistenza infermieristica come una parte costituente dell'istituto. Il Dipartimento Infermieristico punta a migliorare e a mantenere il rispetto per tutti gli assunti e per il lavoro che essi svolgono. Il rispetto per l'individualità del paziente e il supporto alle attività che lo aiutano a recuperare e mantenere la propria salute è una priorità dello staff infermieristico.

Progetti/Iniziativa/Attività

Gli attuali progetti di lavoro infermieristico nel nostro istituto sono diretti verso la consulenza infermieristica ai pazienti con cancro, il supporto nutrizionale, la valutazione del dolore, la prevenzione delle lesioni da decubito e l'accertamento della qualità secondo il modello TQM.

Uno dei nostri migliori successi del 2006 è stata l'espansione del programma di consulenza infermieristica in oncologia. All'Onkološki Inštitut Ljubljana la consulenza infermieristica è operativa dal 1998. La ragione principale della sua attivazione sta nel fatto che un maggiore sviluppo delle scienze infermieristiche sostiene un'idea precisa e cioè: un programma di aiuto e formazione specifico per il paziente oncologico è uno dei fattori chiave per un'assistenza infermieristica completa e di alta qualità. Perché c'era bisogno di questo? Negli ultimi anni i metodi di gestione della salute dei pazienti sono andati cambiando rapidamente, con ospedalizzazioni più corte e con sempre più pazienti trattati in regime di ambulatorio o di day hospital. Eravamo consapevoli che una gestione frettolosa dei pazienti potesse portare dei danni e soprattutto che quelli trattati in ambulatorio e day hospital non ricevessero sufficienti informazioni. Per poter dare a questi pazienti un'assistenza continuativa e di alta qualità abbiamo deciso di espandere il Programma di Consulenza per il Nursing Oncologico. L'educazione a gruppi di pazienti e il counselling prevedono: radioterapia, trattamenti chirurgici, trattamenti chemioterapici, nutrizione, cure palliative, dolore, stomie e incontinenza, situazione medico-sociale e prevenzione delle infezioni in ambiente domestico.



Celebrazione della giornata internazionale dell'infermiere.

Ogni anno, a maggio celebriamo la giornata internazionale dell'infermiere. In questa occasione premiamo gli infermieri per il loro successo in area oncologica. L'anno scorso abbiamo aperto il nostro festeggiamento al pubblico con una giornata a porte aperte per presentare le attività infermieristiche del nostro Istituto.

Affiliazioni/Collaborazioni con altre associazioni

Nel 1987 il Direttore Infermieristico inaugurò la Sezione di Nursing Oncologico. La sezione è guidata da una commissione esecutiva di 9 membri. Sei di loro provengono dal nostro Istituto e sono anche impiegati in stretti contatti di collaborazione per il disegno e lo sviluppo di nuovi progetti di ricerca. Potete trovare maggiori informazioni nella pubblicazione estiva 2006 della Newsletter EONS.

Legami/Relazioni EONS

La divisione infermieristica dell'Onkološki Inštitut Ljubljana è stato membro EONS dal 1989 al 2001. Dal 2001 è indirettamente affiliato attraverso la Sezione di Nursing Oncologico. In collaborazione con EONS ed ESMO, abbiamo organizzato dei corsi di formazione sulla manipolazione dei farmaci citotossici e la corretta esecuzione degli specifici compiti infermieristici. Abbiamo inoltre partecipato al progetto TITAN. L'ex Direttore Infermieristico, Marina Velep, è stata membro del consiglio, mentre Brigita Skela Savi, attuale Direttore Infermieristico, è impiegata nella commissione consultiva dell'EONS.

Prospettive future

In passato, l'infermieristica era orientata verso la chirurgia, la radioterapia, la chemioterapia e le cure palliative. Oggi e in futuro stiamo orientandoci verso nuove direzioni dell'infermieristica oncologica come l'assistenza centrata sul paziente, il lavoro di gruppo, l'integrazione di tutte le aree professionali, la collaborazione coi pazienti, l'EBN, l'approccio multiprofessionale alle cure, lo sviluppo dei manager infermieristici, lo sviluppo professionale e gli studi post-laurea.

In futuro, l'istituto si sforzerà di fare progressi nel raggiungimento di un approccio multidisciplinare al trattamento dei tumori, migliorare il lavoro di gruppo, incrementare la ricerca, avere una fertile collaborazione con le istituzioni locali e un'effettiva integrazione nella rete dei servizi alla salute della Slovenia, così come la collaborazione con istituzioni simili in Europa e nel resto del mondo.

Katarina Lokar
Brigita Skela Savi

Novità sul sito EONS

Un kit per aiutare la comprensione e attuare nuove linee-guida

Le linee-guida cliniche sono spesso riviste e corrette. Nel 2006, sia l'European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) sia la Multinational Association of Supportive Care in Cancer / International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO) hanno aggiornato le proprie linee-guida cliniche per il trattamento delle complicanze da chemioterapia: anemia, neutropenia e mucosite orale.

Per aiutare la comprensione di queste linee-guida aggiornate, EONS ha sviluppato on line un ampio Guidelines Implementation Toolkit che fornisce una guida pratica per le nuove linee-guida e una consulenza su come attuare le nuove raccomandazioni nella pratica quotidiana.

Il kit consta di cinque parti. Un'introduzione spiega che cosa siano delle linee-guida, il loro sviluppo e la loro influenza sulla pratica clinica. Le tre sezioni successive sono dedicate alle nuove linee-guida e contengono le spiegazioni delle raccomandazioni e una breve descrizione di ogni condizione, diagnosi, trattamento. L'ultima parte fornisce uno schema del processo di attuazione delle linee-guida, con dei consigli per aiutarvi a passare in pratica alcuni delle richieste delle linee-guida da attuare.

Il Guidelines Implementation Toolkit è disponibile in un formato PDF flessibile e interattivo sul sito internet EONS. Per scaricare il kit, basta cliccare sull'icona al sito



http://www.cancerworld.org/CancerWorld/home.aspx?id_stato=1&id_sito=2

I documenti possono essere rivisti sullo schermo del vostro PC – con collegamenti interattivi che rimandano agli argomenti appropriati. Tutto può essere letto al PC o stampato secondo la convenienza di ciascuno.

Lo sviluppo del Guidelines Implementation Toolkit è stato possibile grazie a un contributo educationale senza limitazioni di Amgen (Europe) GmbH



Lettera dal Presidente

Un nuovo anno di lavoro è cominciato e per EONS vorrà dire un'altra grande ed affascinante sfida. Nei due anni passati, il direttivo ha investito una notevole quantità di energia nei problemi organizzativi allo scopo di allineare attività e condizioni economiche di EONS. Prima di tutto sono veramente felice di annunciare che Jan Foubert ha accettato la carica di direttore esecutivo di EONS a partire dal 1° Aprile 2007. Da quella data, Jan lascerà i suoi doveri di membro del consiglio direttivo per assumere questa nuova posizione per fiancheggiare il presidente e imbarcarsi nel proprio lavoro.

Il programma di infermieristica scientifica per ECCO 14 a Barcelona è stato completato la settimana scorsa e promette di essere una conferenza interessante per imparare, associare esperienze e socializzare con i colleghi. Il programma è disponibile sul nostro sito web e tra poco saranno realizzati gli annunci per ECCO 15 a Berlino. In tema di conferenze gradirei ricordarvi la prima interconferenza sul Cancro al Seno che si terrà a Sarajevo il 19-22 aprile, la riunione ha ogni pomeriggio un programma di infermieristica che si fonda sulle conferenze plenarie.

Il consiglio sta ora preparando le elezioni per il presidente-eletto e il

consiglio di amministrazione, il processo comincerà a febbraio con la chiamata per nomine diramata a tutti i membri e ai membri associati. Quindi è ora di cominciare a pensare alle nomine, essere un membro del consiglio promette lavoro duro, opportunità fantastiche, crea una rete di colleghi in Europa ed in tutto il mondo: è necessaria una dedizione sincera!

Quest'anno la riunione del consiglio consultivo sarà il 12 Maggio: un evento di un solo giorno e un nuovo formato per il meeting. È una riunione molto importante per il consiglio; da quando c'è, noi ci troviamo ad interagire da vicino coi membri e troviamo consiglio su ciò che è realmente necessario per sviluppare l'assistenza infermieristica sul cancro in Europa. Io non vedo l'ora di incontrarvi al meeting. In collaborazione con la Scuola Europea di Oncologia, la prima classe di master in infermieristica oncologica si terrà a Malta alla fine di Febbraio. Io penso che questo sia un chiaro esempio di come EONS sta sviluppando il livello di sforzi istruttivi di infermieri oncologici in Europa e spero che questo sia il primo di tanti.

Saluti da una Svezia molto fredda e nevosa
Yvonne Wengström

Un nuovo e innovativo programma post-laurea all'università di Sterling

Sandra Menzies, Teaching Fellow

Nel 2005 il Dipartimento di Assistenza Infermieristica ed Ostetrica dell'Università di Stirling, compreso nel Centro di Ricerca per la Cura del Cancro, in associazione con il Dipartimento di Educazione dell'Ospedale di Strathcarron inizia una collaborazione accademica per sviluppare un programma post-laurea nuovo ed innovativo. Questa collaborazione unisce i seguenti ordini distinti e specialistici per il Diploma post-laurea di dottorato scientifico/PG in :

- Pratica avanzata in assistenza oncologica
- Pratica avanzata in cure palliative
- Pratica avanzata in assistenza in condizioni di malattia progressiva

In più, la collaborazione con esperti clinici ed altri educatori all'interno dell'Università, (in particolare i Servizi di Demenza e la Divisione di Innovazione Accademica e di Educazione Continua), ha fornito l'opportunità di sviluppare un programma che mette in risalto l'abilità degli studenti nel trasferimento di nuove conoscenze e capacità dalla teoria di base alla pratica. Si può anticipare che questo approccio incoraggerà gli studenti ad incorporare un nuovo insegnamento nella loro pratica sia nel presente che nel corso degli anni.

L'adesione allo Scottish Credit and Qualification Framework (SCQF) Livello 11 garantisce che ogni modulo abbia risultati specifici di apprendimento e di credito associato che riflettano la complessità e la intensità della conoscenza equivalente a uno studio di Master, o a una Qualifica di Secondo Ciclo nel contesto Europeo. La trasparenza e l'integrità di ogni modulo per aderire al SCQF abilitano il programma per essere progettato al sistema europeo di accumulazione e trasferimento dei crediti (ECTS, cf. www.crui.it, ndt) e così incontrano i principi dell'Accordo di Bologna. Dal 2006 la Scozia ha affidato al metodo di Bologna la revisione della struttura dell'educazione superiore nel contesto europeo. Di conseguenza, gli

studenti che si impegnano nei programmi ampliati dell'assistenza post-laurea si assicurano il raggiungimento di una qualifica accademica che può circolare da una parte all'altra dell'Europa.

Una consapevolezza di "conduttori" educazionali, politici e sociali all'interno della Scozia ed in Europa è stato integrato nella pianificazione di ogni modulo. Ogni modulo entro ogni programma offre flessibilità nell'esperienza di apprendimento incoraggiando lo studente ad esplorare quel che hanno di significativo. In essenza, l'intento dell'esperienza di apprendimento è quello del miglioramento della conoscenza e della pratica professionale, e perciò dei risultati sui pazienti.

Il programma è primariamente basato su internet e gli studenti sono in grado di impegnarsi nel programma da posti geografici e di lavoro. Ci sono reclutamento attivo e inclusione di studenti di assistenza sociale, sanitaria e pastorale e lavoratori nel settore del volontariato che hanno un ruolo attivo nella programmazione e presa in cura delle persone affette da cancro che necessitano di cure palliative o in condizioni progressive di malattia. Come specificato, per garantire un ambiente di apprendimento robusto, provocatorio e di supporto ogni modulo richiede un massimo di 3 giorni nel campus.

Il prossimo gruppo di studenti comincerà a Settembre 2007 e noi invitiamo volentieri i potenziali studenti interessati a contattarci per nuovi pacchetti di informazioni/applicazioni.

Contatto: sandra.menzies@stir.ac.uk or mairead.cody@stir.ac.uk
Department of Nursing and Midwifery
University of Stirling
Stirling
FK9 4LA

Stephen O'Connor

Mentre questo bollettino è in corso di stampa si stanno concludendo i preparativi per l'organizzazione del 1° Master dell'EONS che si terrà a Malta dal 24 Febbraio al 2 Marzo 2007. Il Master, organizzato congiuntamente con FECS, la Scuola Europea di Oncologia, sarà presieduto dal Direttore Esecutivo dell'EONS Jan Foubert e dalla Professoressa Norah Kearney, Direttrice del Cancer Care Research Centre dell'Università di Stirling in Scozia.

Il Master, che durerà un'intera settimana, è stato realizzato al fine di immergere i partecipanti in un ambiente di apprendimento orientato verso l'aspetto clinico grazie alla presenza di un'équipe multiprofessionale di esperti provenienti da 14 paesi Europei. Le lezioni saranno focalizzate sugli interventi di Evidence Based Nursing, ricerca infermieristica e sostegno ai pazienti affetti da cancro; il Master consiste di 37,5 ore di continua istruzione professionale approvata dall'EONS.

I partecipanti hanno già presentato un dettagliato curriculum vitae e proposte di ricerca che costituiranno la base di workshop condotti dal Membro del Consiglio Esecutivo EONS Prof. Davina Porock dell'Università di Nottingham (UK), dal Presidente EONS Prof. Yvonne Wengstrom del Karolinska Institute (Svezia) e dalla Dr.ssa Emma Ream della Florence Nightingale School of Nursing and Midwifery, King's College London (UK). Altri incontri saranno dedicati agli sviluppi nel campo del trattamento di particolari tipi di cancro localizzati a seno, polmoni, testa-collo, colon-retto e sistema ematico; si terrà anche un workshop congiunto medico/infermieristico orientato intorno alla complessità e alla multidimensionalità delle cure palliative che sarà condotto dal Membro del Consiglio Esecutivo EONS Stephen O'Connor del Buckinghamshire Chilterns University College (UK) e dalla Dr.ssa Florian Strasser del Kantonsspital, St Gallen, (Svizzera). Altre attività includeranno delle sedute sull'assistenza basate sull'evidenza scientifica, sui raggruppamenti sintomatologici, sul paziente esperto e sulle esperienze del paziente stesso.

I 41 partecipanti al Master provengono da 17 paesi e ad alcuni degli incontri parteciperanno anche degli osservatori locali provenienti da ospedali e scuole infermieristiche di Malta. Ulteriori notizie e informazioni sul Master verranno fornite nelle prossime edizioni della newsletter, mentre i requisiti per partecipare al prossimo Master verranno pubblicati verso la fine del 2007; in tal modo gli infermieri attivi in campo oncologico che desiderassero operare nel campo della ricerca clinica e degli interventi infermieristici basati sull'evidenza potranno cominciare ad aggiornare già da ora il proprio curriculum!

Sostegno di EONS alla Campagna STOP dell'European Cervical Cancer Association.

Il Consiglio Esecutivo di EONS ha il piacere di comunicare di aver sostenuto la Settimana Europea per la Prevenzione del Cancro della Cervice che si è tenuta dal 21 al 28 Gennaio 2007 e di aver partecipato alla campagna organizzata dall'European Cervical Cancer Association (ECCA) volta ad aumentare la consapevolezza del rischio del cancro della cervice e degli strumenti mediante il quale può essere prevenuto. La campagna in questione includeva il lancio ufficiale dello Stop Cervical Cancer al Parlamento Europeo di Bruxelles il 23 Gennaio: in tale occasione, è stato pronunciato un discorso d'apertura da parte del Commissario per la Salute del Parlamento Europeo. Nel corso dell'incontro, è stato consegnato al Commissario il manifesto della STOP sviluppato dall'European

Parliament Cervical Cancer Interest Group e da numerose organizzazioni di tutto il continente. Il manifesto è stato distribuito a varie organizzazioni europee ed EONS è orgogliosa di sostenere questa importante campagna.

Pur essendo possibile prevenire la stragrande maggioranza dei cancri della cervice, ogni anno 50000 donne ricevono una diagnosi positiva e ne muoiono in Europa 25000. È possibile organizzare degli efficaci programmi di screening per diagnosticare precocemente il tumore, per trattare lo stesso e risolverlo nell'80% dei casi. Inoltre, la vaccinazione contro il cancro alla cervice può ridurre potenzialmente la sua incidenza e far sì che l'eliminazione di questo cancro diventi, in Europa e nei prossimi anni, una realtà. Il manifesto propone anche l'applicazione di programmi di screening per tutte le donne al di sopra dei 25 anni e un maggior rispetto delle linee guida europee esistenti al fine di garantire dei servizi di screening di qualità.

Il manifesto sollecita i governi nazionali a fornire dei servizi di screening per il cancro della cervice basati sull'evidenza e a far sì che i suoi benefici siano meglio pubblicizzati, in particolare tra i gruppi socio-economici a più basso reddito, per i quali la mancanza di consapevolezza, scarse informazioni e problemi di gestione familiare si traducono in una scarsa capacità di accedere a tali servizi. Il manifesto chiede inoltre che venga fornita una migliore assistenza alle donne positive, congiuntamente allo scambio di informazioni e di competenze, in modo che le donne colpite dal cancro della cervice possano ricevere in Europa la migliore assistenza basata sull'evidenza.

EONS porta la campagna per il riconoscimento del nursing oncologico davanti al Parlamento Europeo!

EONS ha recentemente acquistato un'intera pagina pubblicitaria sul numero 239 della rivista del Parlamento Europeo, The Parliament Magazine (12 gennaio 2007) in cui chiedeva ai Membri del P.E. di esercitare pressioni sui governi nazionali affinché il nursing oncologico venga riconosciuta in tutta Europa come una specialità. Nella rivista, dedicata in modo particolare alla salute e ai problemi del cancro, compariva un editoriale del Commissario per la Salute dell'Unione Europea Markos Kyprianou e degli interventi da parte dei leader dei principali partiti politici dei MEPs che aderiscono al gruppo Against Cancer. La rivista è distribuita settimanalmente a 20000 parlamentari, funzionari pubblici, politici e analisti ed è facilmente reperibile in Europa.

La pagina in questione chiedeva inoltre di realizzare dei cambiamenti nella politica socio-economica al fine di ridurre le disuguaglianze nella salute, incoraggiare stili di vita più salubri, applicare screening migliori e maggiormente diffusi, rendere disponibili trattamenti oncologici più moderni per ridurre l'enorme numero di morti per cancro e aumentare le speranze di vita di coloro che in futuro svilupperanno la malattia. In questa pubblicità è stato inoltre messo in evidenza il ruolo fondamentale svolto dagli infermieri ed è stato chiesto ai governi nazionali il riconoscimento del grande potenziale che risiede nella preparazione degli infermieri oncologici come arma segreta nella guerra contro il cancro.

Un membro EONS ospita la prima conferenza per la Direzione delle Infermiere di Oncologia.

Il 10 novembre scorso un membro EONS, l'United Kingdom Oncology Nursing Society (UKONS) ha tenuto la sua prima conferenza per la Direzione degli Infermieri di Oncologia.

L'evento, basato sul tema "Autorità, Influenza e Potere", è stato di grande successo e si è occupato della sfida di essere Infermiere Oncologico Dirigente; un ruolo importante rivestito da questi infermieri nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale dell'UK, è l'essere responsabili delle strategie dei servizi infermieristici di oncologia e dello sviluppo di direttive politiche riguardanti il nursing oncologico in ognuno degli ospedali che provvede alle cure neoplastiche.

Il punto focale del giorno sul ruolo dell'Infermiere Oncologico Dirigente ha offerto l'opportunità agli elaborati di poter essere lanciati a un livello strategico più avanzato e la discussione inserita nelle direttive politiche sanitarie e la considerazione di come promuovere il nursing oncologico entro provvedimenti più vasti dei servizi clinici oncologici per il beneficio dei pazienti e dei curanti.

Invito per il prossimo incontro del Consiglio Consultivo EONS.

I membri delle società nazionali infermieristiche di oncologia affiliate a EONS sono invitate, insieme ai membri individuali EONS, a partecipare al prossimo incontro del Consiglio Consultivo EONS come spettatori il 12 Maggio 2007 a Bruxelles.

Ulteriori dettagli su agenda e luogo di incontro, da tenersi dalle 10.00 alle 17.00 a Bruxelles, saranno disponibili a breve sul sito internet EONS www.cancerworld.org/eons, o scrivendo alla segreteria EONS all'indirizzo e-mail eons@village.uunet.be.

L'EONS si rammarica di non essere in grado di soddisfare i costi del viaggio e dell'alloggio dei membri presenti all'incontro come osservatori, ma vuole caldamente incoraggiare più persone possibili a osservare, partecipare e ad entrare in contatto con questo importante evento del calendario EONS, che renderà più comprensibili i lavori dell'associazione e l'opportunità di incontrare i membri del Consiglio Esecutivo EONS.

Nuovi membri EONS.

L'EONS è lieta di dare il benvenuto alla Facoltà della Salute, Sport e Scienza dell'Università di Glamorgan (UK), e al Dipartimento di Assistenza Infermieristica ed Ostetrica dell'Università di Stirling (UK) come nuovi membri associati. Siamo lieti di estendere un caldo benvenuto a ogni dirigenza e staff di queste istituzioni accademiche di alto livello e crediamo che avranno i benefici di appartenere alla maggiore associazione Europea di nursing oncologico. Dettagli riguardanti l'associazione EONS si possono avere dalla segreteria della società al suddetto indirizzo e-mail.

Cambiamenti nelle associazioni e nel Consiglio Consultivo.

Ingrid Lostberg Noras è succeduta a Eli Kjoren come nuova Presidente della Norwegian Society of Nurses in Cancer Care e Alfonso Alvarez è succeduto a Tarsila Ferro come Presidente della Sociedad Espanola de Enfermeria Oncologica (SEEO). Marie Lavin sarà il nuovo Presidente dell'Irish Association for Nurses in Oncology (IANO) subentrando a Kay Leonard, e la loro nuova rappresentante nel Consiglio Consultivo EONS sarà Louise Maher che prenderà il posto di Paula O'Reilly.

Denis Mlakar Mastnak è succeduto a Maria Logonder come Presidente della Slovenian Oncology Nursing Society e rappresenterà anche la società per la prima volta al Consiglio Consultivo EONS, succedendo a Brigitta Skela Savic come rappresentante del Consiglio Consultivo.

Siamo lieti di dare il benvenuto a ognuno di questi nuovi titolari in rappresentanza del Consiglio Esecutivo EONS e guardiamo al futuro per lavorare con loro nei mesi che verranno mentre salutiamo ed estendiamo i nostri migliori auguri ai Presidenti uscenti e ai rappresentanti del Consiglio Consultivo che hanno dato un lungo contributo al lavoro dell'EONS e alle attività del passato.

Immagini di speranza



Born again

Come gli anni precedenti, ESMO (European Society for Medical Oncology), EONS (European Oncology Nurses Society), FECS (Federation of European Cancer Societies), ISNCC (International Society of Nurses in Cancer Care), MASCC (Multinational Association of Supportive Care in Cancer), SIOG (International Society of Geriatric Oncology) e SIOP (International Society of Pediatric Oncology) hanno sollecitato le candidature per il 2° premio fotografico "Images of Hope"©.

Le immagini valgono mille parole e non hanno barriere di età né di

lingua. Noi sanitari siamo ispirati dall'arte e dalle storie di chi ha combattuto il cancro e ha vissuto la propria esperienza con una visione e uno scopo. Ciò può essere catturato drammaticamente dall'obiettivo di una macchina fotografica, generando una forma d'arte potente e commovente: è l'ispirazione che sta dietro a questo premio fotografico.

EONS è fiera di annunciare che Karolina Kocourkova, proveniente dalla Repubblica Ceca, la cui zia è morta di linfoma, è stata proclamata vincitrice del premio "Images of Hope 2006" per la sequenza di tre fotografie intitolate "Born Again", le quali travolgenti immagini ritraggono una pianta coperta dalla

neve. Mentre la neve si scioglie, la pianta emerge come un bellissimo e delicato fiore di primavera.

La Kocourkova descrive la sua sensibilità dietro l'immagine: "Mettiamo tutta la nostra speranza nei nuovi inizi. Speriamo che un nuovo giorno, un nuovo anno e un nuovo rapporto siano migliori. Per me un simbolo di nuovo è la primavera. La primavera è come una cura da una malattia di lunga durata, una nuova vita e i nostri bambini sono la nostra continuazione, la nostra immortalità e speranza!".

Aspetti psicosociali in oncologia

il ruolo della International Psycho-Oncology Society (IPOS)

Luigi Grassi, Professore di Psichiatria, Università di Ferrara, Presidente International Psycho-Oncology Society (IPOS)

Storia e background culturale

Le dimensioni psicosociali del cancro sono state al centro della ricerca, dell'assistenza e della formazione negli ultimi 35 anni. Come risultato, i servizi di psico-oncologia si stanno diffondendo in tutto il mondo e le principali agenzie formative hanno iniziato ad includere l'area psicosociale e psichiatrica in oncologia come area obbligatoria nei corsi di specializzazione. Su queste basi, la International Psycho-Oncology Society (IPOS) è stata costituita nel 1984, come società internazionale e multidisciplinare che mira ad approfondire gli aspetti psicosociali, comportamentali, spirituali ed etici, all'interno della sotto-specialità psico-oncologica, secondo un'ottica di ricerca, di formazione e di assistenza.

Obiettivi e Mission

Gli obiettivi della IPOS sono di diffondere i principi psicosociali e un approccio umanistico nella cura del cancro, di stimolare la ricerca nell'area e di sviluppare un curriculum formativo nella disciplina. IPOS incoraggia la costituzione di associazioni nazionali per raggiungere questi obiettivi. La mission di IPOS è che tutti i pazienti con cancro e le loro famiglie, in ogni parte del mondo, ricevano cure psicosociali ottimali in qualunque stadio della malattia o della sopravvivenza. La vision di IPOS è di essere la risorsa internazionale preminente per la diffusione della psico-oncologia e per lo sviluppo di interventi specifici in senso preventivo (cambiamento degli stili di vita e dei comportamenti a rischio) e terapeutico (psicoterapia, psicofarmacologia).

Struttura organizzativa

Gli organi che costituiscono IPOS sono rappresentati da un consiglio direttivo che comprende un presidente, un vice-president, un segretario, un tesoriere, un past-president, nonché il presidente del congresso mondiale e altri direttori su invito. Sono anche parte del Consiglio Direttivo, senza diritto di voto e su invito specifico, psico-oncologi di rilievo internazionale.

Esistono tre tipologie di socio:

- Membro attivo. Medici, epidemiologi, psicologi, infermieri, assistenti sociali, altri professionisti di discipline scientifiche, professionisti in possesso di diploma di master, dottorato e titoli equipollenti attivi nella ricerca e nella clinica psico-oncologica;
- Membro Associato. Persone con interesse specifico in psico-oncologia.
- Membri-in-training. Persone in training (ad es., studenti di medicina, psicologia, scienze infermieristiche) possono associarsi in questa categoria previa valutazione del Consiglio Direttivo.

Progetti, iniziative e attività

IPOS ha sviluppato diversi progetti in questi anni, quali:

- Core Curriculum in Psycho-Oncology. In collaborazione con la European School of Oncology (ESO), IPOS ha lanciato il Multilingual Core Curriculum sugli Aspetti Psicosociali nella Cura del Cancro, disponibile in sei lingue (Francese, Inglese, Italiano, Spagnolo, Tedesco, Ungherese) sui siti di IPOS (www.ipos-society.org) e di ESO (www.cancerworld.org). Sono al momento cinque le letture presenti (Le abilità comunicative nella cura del cancro; La gestione del distress; I disturbi depressivi in oncologia; I disturbi d'Ansia in oncologia; La valutazione psicosociale in oncologia), mentre altre sei sono in corso a completamento del curriculum. La versione italiana è stata curata dalla Società Italiana di Psico-Oncologia (SIPO) (www.sipo-nazionale.it).
- IPOS Press. IPOS ha fondato la IPOS Press, come strumento editoriale che ha lo scopo di preparare, pubblicare e distribuire

materiale educazionale. In collaborazione con la American Society of Psycho-Oncology, IPOS Press ha pubblicato il Quick Reference for Oncology Clinicians: The Psychiatric and Psychological Dimensions of Cancer Symptom Management. Il manuale è distribuito gratuitamente nei paesi in via di sviluppo. Un secondo pocket manual (Palliative Care) è in corso in stampa. Ulteriore materiale educazionale (ad es. Advances in Psycho-Oncology Research and Practice Series, CD educazionali) è in via di programmazione.

- World Congress. IPOS organizza il Congresso Mondiale di Psico-Oncologia su base annuale. L'ultimo congresso si è tenuto a Ferrara e Venezia in Italia in Ottobre 2006. Il rapporto finale del congresso, risultati, curiosità e materiale didattico sono disponibili sul sito congressuale www.ipos2006.it.

Vantaggi di essere membri

La società raccoglie tra i suoi soci persone di diverso background, quali medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, riabilitatori, educatori. I vantaggi di essere soci sono rappresentati da:

- Abbonamento a quota ridotta alle riviste Psycho-Oncology (12 numeri/anno), Journal of Psychosocial Oncology (4 numeri/anno) e Palliative and Supportive Care (4 numeri/anno);
- Accesso alla parte riservata ai soci sul sito web di IPOS, che include l'elenco dei soci per un rapido contatto e l'aggiornamento delle informazioni nonché la partecipazione online a forum di discussione (list server);
- Associazione gratuita, previo invio della domanda e curriculum vitae, alla World Psychiatric Association - Section on Psycho-Oncology (www.wpanet.org);
- Partecipazione a ricerche e studi cross-culturali e accesso al curriculum multilingue in psico-oncologia;
- Quote di iscrizione ridotte per la partecipazione a congressi IPOS e simposi supportati da IPOS

Società affiliate o che collaborano con IPOS

La IPOS ha affiliate oltre 50 altre società scientifiche di psico-oncologia o inerenti l'area e ha stabilito collaborazioni con numerose altre società, inclusa EONS, con il fine specifico di favorire lo scambio e l'interazione tra le diverse figure professionali rispetto



Il neo-eletto Presidente della IPOS, Luigi Grassi, un delegato, Jimmie Holland, e Aruna Tole, che ha ricevuto l'Award of Distinction per il suo lavoro in India, al 8th World Congress of Psycho-Oncology, Venezia, ottobre 2006

all'area inerente gli aspetti psicosociali in oncologia. IPOS sta collaborando con la International Association for Hospice and Palliative Care su richiesta della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) al fine di aggiornare l'elenco delle Medicine Essenziali nelle Cure Palliative. Tale elenco sarà uno strumento fondamentale per i paesi in via di sviluppo che stanno attivando progetti nazionali di cure palliative per le persone colpite da cancro, AIDS, malattie croniche, geriatriche e pediatriche.

Direzioni future

Il primo obiettivo futuro della IPOS è la cooperazione con l'OMS nello sviluppo di programmi psicosociali collegati alle iniziative dell'OMS in oncologia (ad es., screening e diagnosi precoce, programmi educazionali nei paesi in via di sviluppo)

Un ulteriore obiettivo è di mantenere lo status di società internazionale e allo stesso tempo di divenire un federazione delle società psico-oncologiche nazionali.

L'impegno di IPOS è di lavorare in partnership con altre società per

organizzare programmi congiunti. Tra questi

- 9th IPOS World Congress of Psycho-Oncology (Londra, 16-20 Settembre 2007);
- 10th IPOS World Congress of Psycho-Oncology (Madrid, 9-13 Giugno, 2008);
- Collaborazione con EONS al congresso ECCO (Barcellona, 23-27 Settembre, 2007);
- Collaborazione con la European Association of Consultation Liaison Psychiatry (Congresso Europeo, Milano, 27-29 Settembre, 2007);
- Collaborazione con la World Psychiatric Association (Congresso Mondiale, Melbourne, 28 Novembre-2 Dicembre, 2007);
- Collaborazione al Congresso UICC (Ginevra, 27-31 Agosto, 2008);
- Collaborazione con la European Society of Medical Oncology (Congresso Stoccolma, 12-19 Settembre, 2008).

Ulteriori e più dettagliate informazioni sono reperibili sul sito di IPOS www.ipos-society.org

Esserci

L'infermiere quando "non c'è più niente da fare"

Davina Porock, University of Nottingham, Faculty of Medicine and Health Sciences, Nottingham, United Kingdom

Il ruolo dell'infermiere nella cura dei morenti è probabilmente il ruolo stabilito per primo tra le professioni sanitarie. Come mai, allora, quando si chiede a un infermiere di che si occupi, è così difficile articolare una risposta chiara? È difficile trovare parole per descrivere il "prendersi cura", la reazione umana e la fatica emotiva che si sviluppa nella presa in carico delle fasi finali di una vita. La letteratura, comunque, sta gradualmente dando voce all'esperienza eccezionale della presa in carico infermieristica di chi sta per morire e della sua famiglia.

Nella pratica, il nursing è spesso considerato come una professione che mette insieme i contributi delle varie discipline sanitarie, l'attenzione per il coordinamento e la comunicazione e il supporto agli altri professionisti sanitari, più che per i suoi interventi specifici. Questa visione è così radicata che, quando si osserva un infermiere, lo si vede solo fare il lavoro del medico, del farmacista, del farmacista o dello psicologo.

Se ti capiterà di vedere un infermiere che, lecitamente, si è appena seduto e messo a parlare con un paziente, avvicinandoti, la comunicazione si fermerà automaticamente. J. Lawler, nel suo libro "Dietro gli specchi" (1) commenta questo fatto dicendo che qualcuno potrebbe pensare che infermiere e paziente stiano parlando di cose insignificanti, visto che appena c'è qualcosa o qualcuno di più importante, il discorso si ferma. Lawler spiega che in realtà il contenuto della conversazione è terapeutico e, dunque, privato. Lo stesso atto di una semplice conversazione o delle "quattro chiacchiere" col paziente, ce lo restituisce nella sua individualità – egli è trattato come un essere umano degno di parlare di cose normali. Ciò dimostra che il paziente, come una persona qualsiasi, serve anche a tenere occupati i professionisti sanitari. È facile pensare che gli infermieri non siano troppo occupati se hanno tempo per chiacchiere. Il colloquio, però, fornisce informazioni essenziali per comprendere l'esperienza della malattia dal punto di vista del paziente e per difendere l'integrità personale.

Poi c'è il prendere per mano. Questo è qualcosa che gli infermieri fanno ed è un intervento importante. Dire prendere per mano è un tentativo di spiegare le parti inspiegabili della fatica emotiva del prendersi cura, soprattutto di chi sta per morire. In realtà, può trattarsi di molte azioni molto comuni. In ogni società, gli infermieri hanno il permesso – a livello incredibile – di rompere le regole normali dello

spazio individuale tra estranei, in particolare quelle tra professionista e cliente. L'infermiere ha il permesso di toccare i pazienti, perfino di abbracciarli e cullarli nel momento dell'angoscia, in modi spesso preclusi ad altri professionisti della salute. C'è un'intimità nella relazione infermiere-paziente che conferma che il mettersi a disposizione – da parte dell'infermiere – è un atto terapeutico.

L'approccio palliativo è definito dall'OMS una via che migliora la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie, facendo fronte ai problemi associati con la malattia che minaccia la vita, attraverso la prevenzione e il sollievo dai patimenti coi metodi dell'identificazione precoce e dell'accertamento e trattamento impeccabili del dolore e degli altri problemi fisici, psico-sociali e spirituali. L'approccio palliativo comprende la presa in carico globale e attiva del paziente, la cui malattia potrebbe non rispondere alla terapia curativa. Questa definizione sembra riassumere l'infermieristica e molti infermieri palliativisti ritengono che la propria specialità offra l'opportunità per vivere il nursing verace. Tuttavia, a noi pare che si sia perduta l'identificazione della professione con le cure palliative e invece si veda l'infermieristica come la sovrapposizione o anche la sostituzione nel compito delle altre professioni sanitarie. Qualcuno pensa che, eccetto che per lo svolgere mansioni ritenute troppo umili da fare per le altre professioni, gli infermieri non siano poi così necessari.

Al suo centro, l'infermieristica moderna vede il paziente come una persona globale con problemi di salute (tutto fuorché anzitutto una malattia da trattare). Il paziente è una persona che vive in una famiglia, è parte di una comunità, lavora ed è socialmente impegnato. Questa definizione di paziente è radicalmente diversa da quella data dalla medicina. La professione infermieristica può essere definita brevemente come la "diagnosi e trattamento della reazione dell'uomo ai problemi di salute attuali o potenziali" (American Nurses Association, 1980). La reazione dell'uomo ai problemi di salute è spesso in gran parte biologica, ma è anche psicologica, sociale e spiritual-esistenziale. L'infermieristica moderna si preoccupa dell'integrazione di tutte queste dimensioni della condizione umana e, dunque, mantenendo l'integrità dell'individuo e della famiglia nel periodo della malattia.

Questi valori centrali dell'infermieristica non sono mai più chiari di quando si ha cura di qualcuno che sta per morire. Quando i mezzi

della cosiddetta scienza sono esauriti e, in termini di allungare la vita o di cambiare situazione “non c'è più niente da fare”, la crescente presa in carico del paziente e il sostegno alla famiglia è l'ambito dell'infermieristica. Prendersi cura dei moribondi è molto diverso dalla presa in carico sanitaria normale. I primi scopi dell'approccio sanitario sono prolungare la vita e mantenere le funzioni fisiche e cognitive. Il comfort è spesso l'ultima priorità nell'itinerario verso questi obiettivi ma, quando la morte è alle porte, il comfort diviene il primo e unico obiettivo del curare (2). Lungo gli ultimi quarant'anni, a partire dall'impresa di Donna Cicely Saunders, fondatrice dell'hospice di St. Christopher, una maggiore attenzione è stata data alla cura dei malati terminali e alla de-medicalizzazione dell'esperienza della morte, reinserendo il morire – che è un'esperienza naturale con implicazioni sociali più che sanitarie – nel contesto della famiglia.

Io mi sto concentrando sul concetto di “esserci”, sviluppato dagli studenti infermieri, che si può anche chiamare presenza infermieristica. “Esserci” è qui considerato come un intervento basato sui fondamenti della filosofia dell'infermiere. Gli elementi dell'“esserci” includono la creazione di un ambiente salutare, la comunicazione, lo stimolo alla fede, il toccare, l'ascoltare. Provvedere alle cure fisiche e alla gestione dei sintomi sono espressioni del medesimo “esserci”; espressioni familiari alle altre professioni sanitarie ma che non rappresentano tutto il raggio di interventi terapeutici che l'infermieristica porta con sé. “Esserci” richiede che l'infermiere sia presente e disponibile a costruire una relazione con il paziente e la sua famiglia: ci vuole del tempo per provvedere a questo alto livello di “cura intensiva”. In uno studio sugli adolescenti con cancro, Woodgate ha messo in luce quello che questi pazienti hanno valutato degli infermieri e dei propri famigliari (3). La conseguenza dell'“esserci” è stata descritta come un aiuto a far sentire i ragazzi coinvolti e parte del mondo, come hanno espresso: “Erano lì per me”.

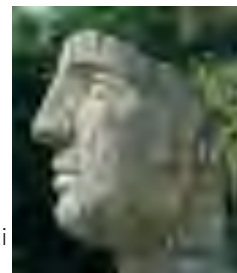
Pitorak ha descritto le risposte dei famigliari in lutto su che cosa fosse stato loro di aiuto quando il loro caro era morto (4). La presenza infermieristica è stata discussa in termini di azioni e qualità degli infermieri:

- Saper essere
- Saper fare
- Saper essere

Non è una predica, ma senza ciò, la sofferenza umana sarebbe lasciata nel dimenticatoio.

Sia la manualità tecnica sia la comprensione dell'insieme del morire sono essenziali nell'assistenza di qualcuno al termine della sua vita. Gli interventi infermieristici possono essere semplici ma l'abilità di prevenire i bisogni e di fornire spiegazioni utili e convincenti al malato e ai suoi sulle fasi sconosciute del morire ha una particolare

base razionale che si attua e perfeziona con l'esperienza. Dare comfort e fornire agio fisico, psicologico, sociale e spirituale è un elemento cruciale dell'assistenza infermieristica e, probabilmente, è un risultato desiderato e ben accetto che però non si raggiunge senza la giusta presenza dell'infermiere. L'infermiere non ha bisogno di alcun equipaggiamento per dare comfort: bastano benevolenza, un'assistenza centrata sulla persona e spiegazioni.



Quando si imbattono in una malattia (guaribile o no), i pazienti affrontano le sofferenze presenti e possibili e chiederanno: “Perché a me? Perché proprio adesso?”.

Frederiksson suggerisce due vie di pensiero su queste domande.

- una domanda sulla causa: “Dove viene la mia sofferenza? Che malattia ho?”
- una domanda sul significato: “Che significa questa sofferenza per me, nel mio essere un essere umano?”

I pazienti hanno bisogno di rispondere ad ambedue le domande. Ma spesso la seconda è più difficile da organizzare. Il paziente ha bisogno di un compagno che voglia ascoltare ed essere coinvolto nella lotta per scoprire questo significato. Ciò può essere ottenuto attraverso la relazione assistenziale laddove il motivo di essa sia alleviare la sofferenza.

Frederiksson si occupa di questi argomenti in una sintesi della letteratura su presenza, tocco, ascolto, suggerendo che ci sia una differenza tra l'“essere in una stanza insieme al paziente” e l'“essere con il paziente” (5). Egli propone questa differenziazione attraverso le idee del contattare e del creare una vera connessione con la persona. La comunicazione è centrale per creare tale connessione, per essere presente con un paziente (e la famiglia) per dare conforto nel dolore e nella fatica. Come parlare e comportarsi coi nostri pazienti è uno dei più importanti interventi infermieristici alla fine della vita e veramente richiede tutto il tempo di cui l'infermiere abbia bisogno per farlo.

Bibliografia

1. Lawler, J. (1991). Behind the Screens. Churchill Livingstone, NY City.
2. Gillick, M., Berkman, S. & Cullen, L. (1999). A patient-centered approach to advance medical planning in the nursing home. *Journal of the American Geriatric Society* 47(2), 227-230.
3. Woodgate, R.L. (2006). The importance of being there: perspectives of social support by adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 23(3), 122-134.
4. Pitorak, E.F. (2003). Care at the Time of Death. How nurses can make the last hours of life a richer, more comfortable experience. *American Journal of Nursing*, 103(7), 42-52.
5. Fredriksson, L. (1999). Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1167-1176.

Mundipharma International

collabora con EONS nel 2007



Quest'anno, EONS vuole creare una nuova collaborazione con Mundipharma International e lavorarci insieme a qualche emozionante progetto. Il primo sarà lo studio European Pain in Cancer (EPIC).

Mundipharma fa parte delle società indipendenti associate nel gruppo Purdue/Mundipharma/Napp e si dedica a portare ai pazienti con malattia grave e debilitante i benefici dei nuovi trattamenti possibili in campi come dolore cronico, malattia oncoematologica, malattia respiratoria.

Nel 2004, Mundipharma ha intrapreso il più grande studio iniziato per esplorare la prevalenza, la severità e il trattamento del dolore

cronico. Lo studio è stato fatto intervistando più di 46.000 persone, rendendolo il più ampio studio europeo sulle vittime del dolore cronico.

Ora, con il supporto di EONS e di altri soci, la meta dell'EPIC sarà identificare l'impatto del dolore nei pazienti e le lacune nella sua gestione efficace in Europa.

I risultati dello studio saranno usati per aumentare la consapevolezza della necessità e dell'importanza di gestire con efficacia il dolore nei pazienti con cancro.

I risultati di EPIC sono attesi per il Giugno prossimo.

NURSING PROGRAMME

IMPORTANT DATES:

ABSTRACT SUBMISSION OPEN: 15 FEB 2007

EARLY REGISTRATION DEADLINE: 28 FEB 2007

ABSTRACT SUBMISSION DEADLINE: 18 APRIL 2007

LATE REGISTRATION DEADLINE: 01 AUG 2007

Simultaneous translation provided (see details in programme)

ECCO 14

the European Cancer Conference

Barcelona

23 - 27 September 2007

ECCO 14 – a truly outstanding MULTIDISCIPLINARY oncology conference unique in its field

A comprehensive practical and scientific programme featuring world's finest integration of science and clinical practice

A focus on the increasing role of Europe in drug, research and education

A platform for health care providers and patients to meet in a new day treatment format

Organized by the International European Cancer Conference

info: www.foocs.be



ELSEVIER

Upgrade your EONS Membership today!

European Journal of Oncology Nursing



The official journal of the European Oncology Nursing Society

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

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

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

*Indexed in
Medline/PubMed
and Scopus!*

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

Monday 24 September 2007

- 09:00 – 09:30**
Opening Speeches
 Chair: J. Smyth (United Kingdom), A. Eggermont (The Netherlands), Y. Wengström (Sweden)
- 09:30 – 11:30**
Opening Session : Cancer in Europe - sharing the responsibilities (*)**
 Chair: Y. Wengström(Sweden)
- Introduction**
 Speaker: Y. Wengström (Sweden)
- Nursing on the political agenda**
 Speaker: P. Rieger (USA)
- CARE : managing late and long-term sequelae of cancer and cancer treatment**
 Speaker: C. Curtiss (USA)
- Research : developing collaboration in cancer nursing research in Europe**
 Speaker: C. Tishelman (Sweden)
- 11:30 – 12:15**
Special Lecture (*)**
Is patient's information empowering?
 Speaker: K. Pollock (United Kingdom)
- 11:30 – 12:30**
Discussion Forum
Wound management - do we do a good job?
 Moderator: P. Grocott (United Kingdom)
 Expert: B. Lund-Nielsen (Denmark)
 Expert: S. Faithfull (United Kingdom)
 Expert: P. Grocott (United Kingdom)

13:45 – 15:45

- Joint Symposium : EONS/Spanish Oncology Nursing Society (***)**
Developing the advancing cancer nursing practices
 Chair: M.L. Munoz (Spain)
- Specialist nursing in Europe – issues and concerns**
 Speaker: W. De Graaf (The Netherlands)
- Challenges and current situation in cancer nursing**
 Speaker: T. Ferro (Spain)
- Educational changes on cancer nursing**
 Speaker: A. Zabalegui (Spain)
- The role of the specialist nurse in the team**
 Speaker: P. Viklund (Sweden)
- 13:45 – 15:45**
Workshop
Telling the truth or not - information giving problems in cancer care
 Coordinator: L. Hallila (Finland)

(***) Simultaneous Translation

13:45 – 15:45
13:45 – 15:45

- Proffered papers**
Meet the Manager
Commercialism in the health sector: pros and cons of bringing private finance into cancer services
 Moderator: S. O'Connor (United Kingdom)
 Expert: W. Knibb (United Kingdom)
 Expert: E. Eke (Hungary)

16:00 – 17:30

- Proffered papers (***)**
Joint Symposium : EONS/ISNCC/ONS:
Hereditary cancer risk assessment: what is missing?
 Chair: S. Faithfull (United Kingdom)
Cancer risk assessment in gastrointestinal malignancy: a challenge?
 Speaker: L. Lemmens (Belgium)
- Psychosocial Issues in Screening for Hereditary Cancers: implications for practice**
 Speaker: M. Fitch (Canada)
- Comprehensive cancer risk assessment and management: the essence of oncology nursing**
 Speaker: A. Strauss Trahin (USA)
- 16:00 – 17:30**
Spanish Workshop
How to evaluate the sensitive indicators of the cancer nursing practice
 Coordinator: E. Corrales (Spain)

Tuesday 25 September 2007

- 08:15 – 09:00**
Teaching Lecture
Moving forward with evidence base practice
 Speaker: B. McCormack (United Kingdom)
- 09:15 – 11:15**
Proffered papers (*)**
- 09:15 – 11:15**
Joint Symposium : EONS/ECPC :
Meeting cancer patients' informational needs: rising to the challenge
 Chair: J. Foubert (Belgium)
 Chair: L. Faulds Wood (United Kingdom)
Do we know what patients need?
 Speaker: J. Foubert (Belgium)
- Do we know what patients need?**
 Speaker: L. Faulds Wood (United Kingdom)
- Access to information - the reality for European patients today**
 Speaker: L. Denis (Belgium)
- Meeting patients' informational needs: a practical example**
 Speaker: A. Mank (The Netherlands)

09:15 – 11:15	<p>Podium Session Future directions in prevention and early detection in prostate, lung and colon cancer Chair: S. Kav (Turkey) Future directions in prevention and early detection of prostate cancer Speaker: C.N. Sternberg (Italy) Future directions in prevention and early detection of lung cancer Speaker: T. Le Chevallier (France) Future directions in prevention and early detection of colon cancer Speaker: P.G. Johnston (N. Ireland) Meet the Manager Choice, equity and access in European health care Moderator: S. Faithfull (United Kingdom) Expert: P. Riemer-Hommel (Germany) Expert: W. Knibb (United Kingdom) Special Session (***) Poster Highlights Chair: S. O'Connor (United Kingdom) Spanish Workshop Nursing management on side effects in the new targeted therapies Coordinator: J. San Francisco (Spain) Coordinator: M. Martinez Munoz (Spain)</p>	<p>13:45 – 15:45 Discussion Forum Psychosexual assessment - do we do a good job? Moderator: I. White (United Kingdom) Expert: A.S. Melo (Brazil) Expert: D. Kelly (United Kingdom) Award (***) Excellence in patient education award Chair: T. Suominen (Finland) Award (***) TITAN award : best dissemination award Chair: J. Foubert (Belgium)</p>
09:15 – 11:15	<p>Choice, equity and access in European health care Moderator: S. Faithfull (United Kingdom) Expert: P. Riemer-Hommel (Germany) Expert: W. Knibb (United Kingdom) Special Session (***) Poster Highlights Chair: S. O'Connor (United Kingdom) Spanish Workshop Nursing management on side effects in the new targeted therapies Coordinator: J. San Francisco (Spain) Coordinator: M. Martinez Munoz (Spain)</p>	<p>16:00 – 16:30 Award (***) Excellence in patient education award Chair: T. Suominen (Finland) Award (***) TITAN award : best dissemination award Chair: J. Foubert (Belgium)</p>
11:30 – 12:15	<p>Special Session (***) Poster Highlights Chair: S. O'Connor (United Kingdom) Spanish Workshop Nursing management on side effects in the new targeted therapies Coordinator: J. San Francisco (Spain) Coordinator: M. Martinez Munoz (Spain)</p>	<p>16:30 – 17:00 Award (***) Excellence in patient education award Chair: T. Suominen (Finland) Award (***) TITAN award : best dissemination award Chair: J. Foubert (Belgium)</p>
11:30 – 13:00	<p>Spanish Workshop Nursing management on side effects in the new targeted therapies Coordinator: J. San Francisco (Spain) Coordinator: M. Martinez Munoz (Spain)</p>	<p>08:15 – 09:00 Teaching Lecture Your patient completes treatment - what comes next? Speaker: K. Cox (United Kingdom)</p>
13:45 – 15:45	<p>Proffered papers (***) Joint Symposium EONS/EBMT : Nursing implications of innovative treatment Chair: T. Suominen (Finland) Chair: M. Fliedner (Switzerland) Oral oncology agents Speaker: N. Borras (Spain) Symptom occurrence, intensity and distress in patients during conditioning and early post-transplant period - implications for nursing Speaker: J. Larsen (Sweden) The changing face of GvHD Speaker: L. Watson (United Kingdom) Innovations in prevention and treatment of oral mucositis: where to go from here? Speaker: M. Fliedner (Switzerland)</p>	<p>09:15 – 11:15 Proffered papers (***) Joint Symposium EONS/SIOP Adult survivors of childhood cancers Chair: Y. Wengstr (Sweden) Chair: F. Gibson (United Kingdom) Meeting the ongoing care and support needs of adult survivors of childhood cancer: how might we do it? Speaker: Anthony Penn (United Kingdom) The cure from childhood cancer: is it still a mystery? Speaker: M. Jankovic (Italy) Topic to be announced Speaker: L. Wettergren (Sweden) Post traumatic stress symptoms in adult cancer survivors of childhood cancer - implications for care Speaker: N. Langeveld (The Netherlands) Teaching Lecture Developing clinical guidelines in IV access Coordinator: E. Johansson (Sweden) Award (***) Distinguished Merit Award Chair: Y. Wengström (Sweden)</p>
13:45 – 15:45	<p>Proffered papers (***) Joint Symposium EONS/EBMT : Nursing implications of innovative treatment Chair: T. Suominen (Finland) Chair: M. Fliedner (Switzerland) Oral oncology agents Speaker: N. Borras (Spain) Symptom occurrence, intensity and distress in patients during conditioning and early post-transplant period - implications for nursing Speaker: J. Larsen (Sweden) The changing face of GvHD Speaker: L. Watson (United Kingdom) Innovations in prevention and treatment of oral mucositis: where to go from here? Speaker: M. Fliedner (Switzerland)</p>	<p>09:15 – 10:00 Teaching Lecture Developing clinical guidelines in IV access Coordinator: E. Johansson (Sweden) Award (***) Distinguished Merit Award Chair: Y. Wengström (Sweden)</p>

Wednesday 26 September 2007

Thursday 27 September 2007

13:45 – 15:45 13:45 – 15:45	<p>Proffered papers (***) Joint Symposium EONS/ESO The role of breast cancer nurse Chair: Y. Wengström (Sweden) Chair: A. Costa (Italy)</p> <p>The role of the breast care nurse Speaker: S. Claassen (The Netherlands)</p> <p>A nurse is a nurse? A systematic review of the effectiveness of specialized nursing in breast cancer. Speaker: M. Eicher (Germany)</p> <p>European survey of breast care nurses role Speaker: Y. Wengström (Sweden)</p> <p>Accreditation of breast care clinics in Europe Speaker: A. Costa (Italy)</p> <p>Meet the Manager Implementing new technology in health care Moderator: S. Kav (Turkey) Expert: P. Wilson (Belgium) Expert: T. Ferro (Spain)</p>	<p>08:00 – 08:45</p> <p>Teaching Lecture Complementary therapies Current issues in the delivery of complementary therapies in cancer care-policy, perceptions and expectations: a European overview Speaker: D. Roberts (United Kingdom)</p> <p>09:00 – 11:00 09:00 – 11:00</p> <p>Proffered papers (***) Joint Symposium EONS/IPOS : Psychosocial care across the cancer continuum Chair: S. Faithfull (United Kingdom) Chair: F. Gil (Spain)</p> <p>Patient needs and psychosocial interventions in oncology Speaker: M. Die-Trill (Spain)</p> <p>Good communications skills as psychosocial care. Speaker: L. Travado (Portugal)</p> <p>Uncertainty, optimism and psychological distress: conceptual and communication issues Speaker: D. Razavi (Belgium)</p> <p>Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer Speaker: S. Aranda (Australia)</p>
16:00 – 17:30	<p>Podium Session Managing new treatments and side effects in innovative approaches Chair: I. Kadmon (Israel)</p> <p>Hand foot syndrome Speaker: A. Young (United Kingdom)</p> <p>Bowel problems Speaker: A. Cantelo (United Kingdom)</p> <p>Mucositis Speaker: R. Stone (United Kingdom)</p> <p>Workshop From evidence to research utilization Coordinator: L. Wallin (Sweden)</p> <p>Debate Does education meet the needs of the workforce? Moderator: S. Faithfull (United Kingdom) Speaker: A. Topping (United Kingdom) Speaker: C. Arce (Spain)</p>	<p>09:00 – 11:00</p> <p>Discussion Forum Respiratory problems: are they well managed? Moderator: D. Porock (United Kingdom) Expert: S. Moore (United Kingdom) Expert: J. Hatley (United Kingdom)</p> <p>09:00 – 11:00</p> <p>Meet the Manager Nurse migration Moderator: P. Fernandez-Ortega (Spain) Expert: D. Cullus (Belgium) Expert: H. Allan (United Kingdom) Expert: M. Kingma (Switzerland)</p> <p>11:15 – 12:15</p> <p>Special Lecture (***) Innovative methods to support patients' management in health problems Speaker: M. Välimäki (Finland)</p>
16:00 – 17:30	<p>Does education meet the needs of the workforce? Moderator: S. Faithfull (United Kingdom) Speaker: A. Topping (United Kingdom) Speaker: C. Arce (Spain)</p>	<p>12:30 – 13:45</p> <p>ECCO 14 take home messages (***)</p>



**Anthracycline extravasation
could strike at any time**

Savene™ – Brief prescribing information
(based on the UK 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 each) and 3 bags of Savene™ Diluent (3 x 500 ml each) for infusion. **Indications:** Treatment of anthracycline extravasation. **Dosage and administration:** Administration of Savene™ should begin as soon as possible and within 6 hours after the accident. Savene™ should be given as an intravenous infusion once daily for 3 consecutive days according to body surface area: day one, 1000 mg/m²; day two, 1000 mg/m²; day three, 500 mg/m². For patients with a body surface area of more than 2 m² the single 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 reconstituted with sterile water before further dilution in Savene™ Diluent. Savene™ is not recommended in children and patients with renal and hepatic impairment. Safety and efficacy have not been evaluated in the elderly. **Contraindications:** Hypersensitivity to the active substance or to any of the excipients, women of child-bearing potential not using contraceptive measures, lactation or concomitant vaccination with yellow fever vaccine. **Precautions:** Local examination should be performed on a regular basis after treatment until resolution and haematological monitoring should be undertaken regularly. Savene™ should be administered only under the supervision of a physician experienced in the use of cancer chemotherapeutic agents. Routine liver function tests are recommended before each administration of Savene™ in patients with known liver function disorders. Patients with renal dysfunction should be monitored for signs of haematological toxicity. Men are advised not to father a child during and up to 3 months after treatment. Women of childbearing potential must use contraceptive measures during treatment. This product is generally not recommended in combination with live attenuated vaccines or with phenytoin. Dimethyl sulfoxide (DMSO) should not be used in patients who are administered Savene™. As the Savene™ diluent contains potassium (98 mg/500 ml) the plasma potassium level of the patient must be closely monitored in patients at risk of hyperkalaemia. It also contains sodium (1.61 g/500 ml) which may be harmful to patients on a low sodium diet. **Interactions:** Interactions common to all cytotoxics, which may also react with oral anticoagulants. Concomitant use of immunosuppressives such as cyclosporine and tacrolimus receive extra consideration due to excessive immunosuppression. **Pregnancy and lactation:** Savene™ should not be administered to pregnant women unless clearly necessary. Women of childbearing potential should use contraceptive measures during treatment. Mothers should discontinue nursing during Savene™ therapy. **Side-effects:** Very common: nausea, injection site pain, post-operative infection. Common: vomiting, diarrhoea, stomatitis, dry mouth, pyrexia, injection site phlebitis, injection site erythema, fatigue, injection site induration, injection site swelling, peripheral oedema, somnolence, infection, neutropenic infection, wound complication, weight decrease, decreased appetite, myalgia, dizziness, sensory loss, syncope, tremor, vaginal haemorrhage, dyspnoea, pneumonia, alopecia, pruritus, phlebitis, thrombophlebitis superficial, limb venous thrombosis. All adverse reactions have been rapidly reversible. More rarely increased concentrations of liver enzymes (ALT/AST) have been reported. Refer to the SPC for additional information. **MA:** EU/1/06/350/001. Date of Preparation: January 2007. TopoTarget A/S Fruebjergvej 3, DK



Be prepared

Anthracycline chemotherapy has long been a cornerstone of cancer therapy. However, it carries a relatively rare but potentially devastating risk: extravasation.

Anthracycline extravasation can result in severe injuries including ulceration, necrosis, slow-healing lesions, serious joint damage and may not only require surgical intervention, but also long-term suspension of cancer chemotherapy¹.

Now there is an Antidote* - Savene™ from TopoTarget.

Savene™ has shown a clinical success rate of > 98% in biopsy proven anthracycline extravasation. It not only avoids the need for surgery but also allows to continue chemotherapy without interruption².

Savene™ is available as an 'on-site-ready-to-use' emergency kit – allowing you to always prevent an accident from becoming an emergency.

www.savene.com



The Antidote to anthracycline extravasation

* Effective against doxorubicin, epirubicin, daunorubicin, idarubicin
1. Mouridsen H.T. et al. Treatment of anthracycline extravasation with Savene (dexrazoxane): results from two prospective clinical multicentre studies. Ann Oncol. 2007; Volume 18 Issue 3:546 - 550. 2. Mouridsen HT, et al. Treatment of anthracycline extravasation with Savene (dexrazoxane). Results from two prospective clinical multicenter studies. ESMO late-breaking Abstract Session: 2 Oct 2006.

Interventi psicoeducazionali

spiegazione razionale, struttura, risultati dei pazienti influenzati dall'assistenza infermieristica

Nancy W. Fawzy, RN, DNSc, Assistant Clinical Professor, UCLA School of Nursing

Il decorso del cancro può essere diviso in tre fasi. La prima è quando un paziente riceve la diagnosi iniziale ed entra nel trattamento attivo. Il paziente allora entra in un periodo di sopravvivenza che suppone che questo trattamento porti a cura o remissione. Se il trattamento iniziale o successivo non è efficace, la fase finale del cancro sposta l'attenzione su argomenti di fine vita. Questo documento presenterà gli interventi psicoeducazionali che sono risultati utili durante la prima fase di cancro, di diagnosi e di trattamento iniziale. Sarà fornita una spiegazione razionale per l'uso di tali interventi, della loro struttura di base e degli esiti dell'assistenza infermieristica.

Scopo del problema

La United States' National Comprehensive Cancer Network (NCCN) ha definito la portata psicosociale dei problemi del cancro come distress. "Il distress è un'esperienza emotiva sgradevole multifattoriale di natura psicologica (cognitiva, comportamentale, emotiva), sociale e/o spirituale che può interferire con la capacità di fare fronte efficacemente al cancro, ai relativi sintomi fisici ed al relativo trattamento. Il distress si estende lungo un continuo, variando da sensazioni normali comuni di vulnerabilità, tristezza e paure a problemi che possono diventare disabilitanti come depressione, ansietà, panico, isolamento sociale e crisi esistenziale e spirituale". È stato deciso che il distress è più accettabile e meno stigmatizzabile che la patologia psichiatrica, psicosociale, o emotiva. Il suono "distress" è più normale e meno imbarazzante. Inoltre, può essere definito e misurato autonomamente. Il termometro di distress è una scala semplice a 10 punti simile alla scala del dolore ed è uno strumento clinico utile. È accompagnato da un elenco di problemi che contribuisce a identificare le aree specifiche che causano il distress.

(http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf).

Spiegazione razionale per gli interventi psico-educazionali

Le manifestazioni possibili di distress al momento della diagnosi includono la negazione della malattia ed il rifiuto di assistenza medica, una ricerca prolungata di altre opzioni di trattamento, l'arrendersi e un rifiuto fatalistico del trattamento, dolore acuto, rabbia, ansietà e depressione. Le manifestazioni generali di distress durante il trattamento includono ansia, paura, tristezza, depressione, perdita di controllo, debolezza, disperazione, rabbia e colpa. Ci possono essere manifestazioni supplementari di distress che sono relative al tipo di trattamento impiegato. I pazienti che affrontano la chirurgia possono rimandare la procedura o cercare alternative non chirurgiche. Ci possono essere reazioni di dolore ai cambiamenti nell'immagine del corpo e depressione reattiva postoperatoria. I pazienti previsti per la radioterapia possono avvertire il timore del macchinario, la paura dell'abbandono, le delusioni e le allucinazioni di tipo psicotico. La chemioterapia può causare il timore degli effetti secondari compresi i cambiamenti di immagine del corpo, l'isolamento, o la sindrome organica farmaco-indotta del cervello (per esempio, psicosi).

Il distress può essere controllato molto efficacemente nella maggior parte dei pazienti con cancro attraverso una combinazione di interventi psicoeducazionali. Molti di questi interventi possono essere trasmessi efficacemente ed efficientemente dagli infermieri che sono in prima linea nella cura oncologica.

Struttura degli interventi psicoeducazionali

Una ricca ricerca ha sostenuto l'evidenza degli interventi

psicoeducazionali (Fawzy ed altri, 1990, 1993, 1994, 1995; Fawzy, N., 1995). Questa ricerca ha evidenziato quattro componenti principali di interventi psicoeducazionali: 1) educazione alla salute, 2) gestione dello stress, 3) capacità di coping, 4) supporto psicologico.

Educazione alla salute

Gli obiettivi di educazione alla salute sono ridurre il senso di debolezza e di inadeguatezza dovuto a incertezza e mancanza di conoscenza e quindi sostituire le sensazioni di debolezza con un senso di padronanza e di controllo.

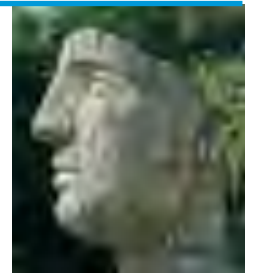
Gestione dello stress

Gli obiettivi di gestione dello stress sono aiutare i pazienti a far fronte più efficacemente all'impatto emotivo generale del cancro, ad aumentare la compliance con i piani terapeutici e ad aiutare nella gestione degli effetti collaterali del trattamento (dolore, nausea, vomito e disturbi del sonno). La gestione dello stress comincia con una consapevolezza del proprio stress. Ciò richiede l'identificazione delle fonti personali di stress, seguite da identificazione delle reazioni personali allo stesso.

Ci sono tre tecniche efficaci di gestione dello stress. In primo luogo, utilizzare il problem solving per eliminare o modificare la fonte di stress minore. Qui è importante identificare il problema che causa lo stress. Si può pensare che il problema sia l'ansia: il problema reale è che cosa sta causando l'ansia, poiché l'ansia è una reazione psicologica al problema. In terzo luogo, trovare idee brillanti per le soluzioni possibili. Questo processo in se può essere rilassante e divertente e promuovere la creatività. Quarto, selezionare una soluzione fattibile e realizzarla. Quinto, valutare il risultato della soluzione scelta. Per concludere, se la soluzione funzionasse, festeggiare! Se non ha funzionato, ritornare ai punti 3 o 4 e fate tentativi fino a giungere a una soluzione o alla conclusione che questo problema particolare non è risolvibile. In questo caso provare una delle tecniche seguenti.

La seconda tecnica di gestione dello stress implica la modifica dell'atteggiamento verso la percezione di un problema. Ciò può essere fatto per mezzo di una ristrutturazione cognitiva. Questo implica fare domande come, "quanto realmente importante è l'argomento?" oppure "è realmente degno di attenzione?". Tali domande contribuiscono a guardare una situazione da una differente, ed eventualmente meno stressante, prospettiva.

La terza tecnica di gestione dello stress è per cambiare la reazione fisica a un problema o a un fattore di stress. Durante lo stress, il corpo risponde liberando un certo numero di prodotti chimici (per esempio, epinefrina e cortisolo) il cui scopo è permettere al corpo di rispondere fisicamente al fattore di sforzo (volente o nolente). Nelle situazioni stressanti acute questa risposta è sana e adattabile. Nelle situazioni di stress cronico questa risposta diventa inadatta favorendo molte condizioni di malattia quale ipertensione e può persino diventare immunosoppressiva. Questa tecnica di gestione dello stress è particolarmente utile nel caso in cui le due precedenti abbiano fallito ma può anche essere usata come una tecnica di prima linea in molte situazioni cancro- e non-cancro-correlate (per esempio, durante il trattamento del cancro, prima di andare dal dentista, prima di fare un discorso).





Capacità di coping

Ci sono ingredienti chiave di buon coping: ottimismo, praticabilità, flessibilità e ingegnosità.

L'ottimismo è l'aspettativa di cambiamento positivo. La praticabilità insegna che le opzioni e le alternative sono raramente esaurite. La flessibilità implica la modifica di strategie per riflettere il cambiamento naturale dei problemi percepiti. Infine, l'ingegnosità riflette la capacità di richiamare ulteriori informazioni e aiuti per rinforzare il coping.

Le capacità di coping possono essere definite come metodi efficaci (cioè, che funzionano in una data situazione) e inefficaci (cioè che non funzionano in una data situazione). I metodi efficaci includono il coping comportamentale attivo e quello cognitivo attivo.

Il coping comportamentale attivo si riferisce a tutte le cose che uno fa (cioè, comportamenti o azioni) per aiutare a risolvere i problemi e/o a rendere una sensazione migliore. Questi tendono ad essere efficaci sia a breve che a lungo termine perché sono focalizzati ad affrontare problemi. Esempi di coping comportamentale attivo sono esercitarsi, seguire una dieta, fare volontariato in gruppi sanitari, assistere ai gruppi di sostegno, fare domande e raccogliere informazioni.

Il coping cognitivo attivo si riferisce a tutti i pensieri e tecniche mentali che possono contribuire a risolvere i problemi e/o a rendere una sensazione migliore.

Anche questi sono problemi focalizzati e tendono ad essere efficaci a breve e a lungo termine. Esempi di coping cognitivo attivo sono l'accettazione della diagnosi seria ma non automaticamente l'accettazione di un risultato negativo, cercando la strada migliore, supponendo che ci siano opzioni e cercandole, usando la situazione come sfida e occasione per il cambiamento positivo e focalizzarle sul positivo.

I metodi di coping inefficaci si riferiscono a come evitare l'adattamento. Questi coinvolgono sia i comportamenti che le attività mentali che possono fare stare meglio a breve termine ma non sono focalizzati sulla soluzione dei problemi. Di conseguenza, non fanno sentire meglio a lungo termine. Esempi coping di rimozione includono l'abuso di droghe (per esempio, droghe di strada, farmaci e alcool), tenersi dentro tutti i pensieri e le sensazioni, dormire o mangiare troppo, essere passivi o attendere fino a che il problema non sparisca e negare l'esistenza o la gravità del problema.

Supporto psicologico

Gli infermieri forniscono il supporto psicologico tramite l'istituzione di un rapporto di fiducia, di una comunicazione terapeutica (interrogando, ascoltando, insegnando), di un tocco terapeutico

(tenere una mano, toccare una spalla) e fornendo un ambiente sicuro e salutare.

Risultati dei pazienti influenzati dall'assistenza infermieristica
I risultati dei pazienti influenzati dall'assistenza infermieristica (RIA) focalizzano l'attenzione su come i pazienti e i loro problemi di salute siano influenzati dalle attività infermieristiche.
I pazienti hanno incontrato, o ne vivono significativamente l'impatto, quegli interventi che sono nel raggio d'azione infermieristico e che ne integrano il processo d'assistenza. I RIA sono sensibili alle cure infermieristiche autonome o a quelle effettuate in collaborazione con altri professionisti della salute. Rappresentano le conseguenze o gli effetti degli interventi infermieristici e si concretizzano nei cambiamenti dell'esperienza del sintomo dei pazienti, nella condizione funzionale, nella sicurezza, nel distress e/o nei costi (Given & Sherwood, 2005).

Gli interventi psicoeducazionali discussi semplicemente si prestano alla misura del risultato. Esistono già numerosi strumenti di ricerca e schede di valutazione e terminologia per documentare i risultati dei RIA derivanti dagli interventi psicoeducazionali effettuati dal personale infermieristico. Potenziali RIA di questi interventi fatti ai tempi della diagnosi sono: accettazione della diagnosi; istituzione di un'alleanza con il gruppo di cura; sviluppo e inizio di un programma di trattamento; aumento del coping e sua regolazione; risoluzione o diminuzione delle sensazioni negative; miglioramento della qualità della vita. I RIA durante il trattamento iniziale sono: aumentata compliance al trattamento, miglioramento del coping e adattamento al trattamento, migliore gestione degli effetti secondari, miglioramento dello stato affettivo, efficace reintegrazione dei pazienti nella loro vita quotidiana e miglioramento della qualità di vita.

I RIA basati su interventi basati sull'evidenza hanno un ruolo importante nella pratica infermieristica quotidiana. Né i processi di valutazione cancro-correlati né le diagnosi sono uniche per l'infermieristica oncologica, ma entrambi possono essere effettuati e forniti da differenti categorie professionali. In alcuni casi gli interventi, tipo quelli psicoeducazionali descritti in questo articolo, non sono patrimonio del solo nursing. Tuttavia, quando gli interventi fanno parte della pratica infermieristica sono effettuati da un infermiere: allora il risultato dovrebbe essere determinato e registrato come tale. L'infermiere attualmente deve prendersi sia la responsabilità che i meriti di tutti gli interventi infermieristici sia che siano collaborativi che autonomi. Misurare e registrare i RIA risultanti dalla pratica basata sull'evidenza ci permetterà di fare questo.

Bibliografia

Given, BA and Sherwood, PR. (2005) Nursing Sensitive Patient Outcomes: A White Paper. Oncology Nursing Forum, Vol. 32, No. 4, pp. 773-784.

Fawzy FI, Fawzy NW, Arndt L, Pasnau R. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. Archives of General Psychiatry, 52:100-113.

Fawzy NW. (1995). A psychoeducational nursing intervention to enhance coping and affective state in newly diagnosed malignant melanoma patients. Cancer Nursing, 18(6):427-438.

Fawzy FI, Fawzy, NW. (1994). A structured psychoeducational intervention for cancer patients (manual). General Hospital Psychiatry, 16:149-192.

Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun C, Elashoff R, Guthrie D, Fahey JL, Morton DL. (1993). Malignant Melanoma: Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival. Archives of General Psychiatry, 50:681-689.

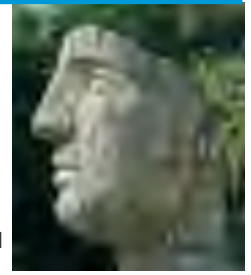
Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, Kemeny ME, Elashoff R, Morton DL. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients: I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. Archives of General Psychiatry, 47:720-725.

Fawzy FI, Kemeny ME, Fawzy NW, Elashoff R, Morton DL, Cousins N, Fahey JL. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients: II. Changes over time in immunological measures. Archives of General Psychiatry, 47:729-735.

Vivere dopo un tumore

la sfida della sopravvivenza

Margaret I Fitch RN PhD, Head Oncology Nursing and Supportive Care
Toronto Sunnybrook Regional Cancer Centre, Immediate Past President ISNCC



Le preoccupazioni circa la sopravvivenza e i bisogni dei superstiti al cancro stanno emergendo con l'aumento della sua frequenza. I progressi nella diagnosi e nel trattamento del cancro hanno creato un quadro sempre crescente di individui superstiti alla malattia. Solo negli Stati Uniti ci sono più di 10 milioni di superstiti al cancro (ACS, 2005). In Canada ce ne sono quasi 800000 – un numero paragonabile, data la popolazione del paese (NCIC, 2006). Più o meno il 60% degli adulti hanno diagnosi di malattia e il 78% dei bambini sopravvive a 5 anni (ACS, 2005). Dato che ci si aspetta che il numero di persone con diagnosi di cancro raddoppierà durante i prossimi 40 anni, possiamo prevedere che il numero di superstiti continuerà ad aumentare.

Vivere dopo una diagnosi di cancro e relativo trattamento non è senza sfide. Stiamo cominciando soltanto ora a riconoscere alcune delle preoccupazioni e problemi dei superstiti e che questi individui costituiscono una popolazione vulnerabile. Il numero crescente di individui in mezzo a noi ha permesso che cominciasimo a imparare circa le sfide di base che i superstiti possono affrontare quotidianamente. Le loro voci si fanno sentire come gruppo di appoggio con rappresentanti che parlano chiaro e tondo dei loro bisogni e delle lacune nelle prestazioni oncologiche erogate. Stiamo cominciando a identificare l'insieme delle complicazioni tardive sperimentate con potenziale compromissione della qualità di vita. Inoltre stiamo cominciando a riconoscere che gli effetti tardivi e di lunga durata sono prevalenti, seri e persistenti come in origine era stato previsto.

Conseguenze della sopravvivenza

In uno studio di Yabroff et al (2004), cui parteciparono 1800 superstiti al cancro e cui accoppiarono un campione di controllo basato sulla popolazione nazionale, i superstiti hanno avuto risultati molto più bassi di salute in ogni misura della malattia. Earle e Neville (2004) inoltre hanno studiato i superstiti al cancro (N= 14000) rispetto ai controlli sani. Hanno riportato che i superstiti al cancro erano più probabili a non ricevere appropriate cure per una vasta gamma di condizioni mediche croniche (es. Angina, scompenso congestizio, diabete).

Gli studi stanno cominciando ad emergere in America del Nord descrivendo l'esperienza comune dei superstiti al cancro durante gli anni, seguendo le loro cure oncologiche (Ganz, 2001; Aziz e Rowland, 2003; Denmark et al, 2005). I superstiti descrivono di vivere con l'incertezza e il timore della ripresa della malattia, lottando attraverso i cambiamenti dei ruoli familiari, facendo fronte alle alterazioni funzionali e dell'immagine corporea e gestendo sfide rispetto comodità, funzionamento fisiologico e mobilità. Conseguenze quali alterazioni nelle funzioni cognitive e livelli di fatigue possono avere influenze drammatiche sul ritorno al lavoro e riprendere attività di svago precedentemente divertenti.

Le parole di un superstite:

Inutile dire che fui così felice di sentire che il cancro se n'era andato. Non c'era segno di esso. Ma non realizzai che il suo ricordo o tutti gli effetti secondari dei trattamenti non se n'erano andati. Non sono ancora realmente me stesso ed è stato un anno fa. Sono ancora stanco. Non sono capace di lavorare allo stesso ritmo. Non ho più energia. Non posso più concentrarmi come ero abituato prima. Talvolta leggerò qualcosa quattro volte prima che mi entri in testa. Mi conduce alla pazzia! Continuo a chiedermi se sarò mai ancora me stesso. Di questo passo non so se posso più fare questo lavoro – e a volte mi domando se lo voglio. (maschio, 42 anni)

I superstiti inoltre hanno parlato delle alterazioni della sessualità e fertilità a causa del trattamento per il cancro. Queste alterazioni possono, a loro volta, avere conseguenze nei rapporti e nel sostegno sociale. Molti descrivono l'esperienza del cancro come cambiamento delle loro vite in modo irrevocabile. La vita non è più lunga come prima e molti trovano come una sfida tentare di "riprendere i pezzi e trovare una nuova normalità" (MaGee & Scalzo, 2006). Gli obiettivi di vita, le filosofie di vita, e le lunghe convinzioni sul mondo e il posto in esso possono essere sfidati da un evento che minaccia la vita. Lo spirito può essere battuto dall'esperienza o si può trovare nuova forza o coraggio (LAF, 2005). Fino al 75% dei sopravvissuti ha deficit di salute relativi al trattamento (Aziz & Rowland, 2003), più del 50% ha dolore cronico (LAF, 2004), il 70% ha esperienza di depressione dopo la diagnosi (LAF, 2004) e il 18%-43% mostra stress emotivo (Vachon, 2006). Interessante è che il ruolo dei fornitori di assistenza primaria e degli specialisti nella cura dei superstiti al cancro non è chiaramente riconosciuto o definito. Di conseguenza, molti superstiti sperimentano regolarmente difficoltà di accesso alle cure sanitarie per le loro preoccupazioni.

Il concetto di sopravvivenza

La nozione di sopravvivenza chiarisce una fase che fu descritta la prima volta nella letteratura oncologica da Mullan (1985). Da medico che fu sottoposto a trattamento per il cancro, Mullan descrive tre "stagioni della sopravvivenza", ciascuna con i propri problemi e preoccupazioni. La stagione di sopravvivenza acuta includeva la diagnosi iniziale e il trattamento e fu piena di timore e ansia. La sopravvivenza allungata includeva l'intervallo dopo il trattamento, quando la persona è in remissione o comincia un momento di attesa insonne, esami periodici, e consolidamento o terapia intermittente. Il timore del ritorno si domina, tuttavia è un periodo in cui la persona sta sormontando gli immediati effetti dopo trattamento e sta riorganizzando la sua vita. La stagione della sopravvivenza permanente, poi, è associata alla cura. Essa include il resto di vita della persona o il periodo di lunga durata senza la malattia ricorrente.

Il concetto di sopravvivenza è stato dibattuto e definito in una varietà di modi. Alcuni diranno che la sopravvivenza inizia dal momento che la diagnosi è stata fatta mentre altri la focalizzeranno dalla fine del trattamento iniziale e non c'è più evidenza clinica della malattia. Altri diranno che se uno sarà vivo 5 anni dopo la diagnosi, è un superstite. Altri diranno che una persona deve morire di un'altra malattia per essere un superstite di cancro. Per concludere, ci sono altri che rifiutano completamente il concetto di sopravvissuto in favore della parola "fiorente". L'enfasi che questi individui desiderano trasmettere è non solo una sopravvivenza al cancro ma crescere attraverso l'esperienza, guadagnando forza e determinazione. Per loro, l'esperienza ha portato a nuove conoscenze, abilità e personale introspezione (LAF, 2005).

Nel 1989, Welch-McCaffrey et al svilupparono ulteriormente il concetto di sopravvivenza per noi dell'ambiente oncologico. Lei e le sue colleghe hanno descritto parecchie traiettorie di sopravvivenza e contribuito alla nozione che, anche se gli individui diagnosticati con cancro hanno percorso strade diverse, tutti sono superstiti. Le traiettorie comprendevano:

- Vivere liberi dal cancro per molti anni.
- Vivere a lungo liberi dal cancro, morire rapidamente dopo il ritorno.
- Vivere liberi dal cancro (I cancro), sviluppare un secondo cancro primario.
- Vivere con periodi intermittenti di malattia attiva.
- Vivere con malattia persistente.

- Vivere dopo l'aspettativa di morte (membro della famiglia)

Questa concettualizzazione delle conseguenze a breve e lungo termine del cancro era un nuovo modo di pensare alla cura del cancro e all'esperienza del paziente. Se si abbraccia questa nozione di strade diverse per la sopravvivenza al cancro, allora come professionisti dobbiamo orientare il nostro pensiero al futuro e come noi possiamo aiutare nel modo migliore quelli con il cancro per rifiorire, al di là del sentiero che stiamo percorrendo. Come possiamo noi migliorare (es. fornire conoscenze e abilità) per affrontare nel tempo le conseguenze del trattamento del cancro? Purtroppo, attualmente, conoscere esattamente che cosa sia più utile o come sia meglio equipaggiare gli individui per il percorso di sopravvivenza, richiede ricerca, prove degli interventi e valutazione del programma di approccio.

Riconoscimento della sopravvivenza

Nel 1996, uno sviluppo significativo avvenne negli Stati Uniti per centrare l'attenzione sulla sopravvivenza al cancro. Fu istituito l' Office of Cancer Survivorship (OCS). La definizione di sopravvissuto che hanno abbracciato è: un individuo è considerato sopravvissuto al cancro a partire dalla diagnosi, attraverso l'equilibrio della sua vita (OCS, 1996). Inoltre, anche famigliari, amici e caregiver che hanno avuto un impatto sull'esperienza del cancro, sono inclusi in questa definizione.

L' OCS ha una forte importanza sulla ricerca. Fanno ricerca sulla sopravvivenza al cancro che comprende le conseguenze fisiche, psicosociali ed economiche della diagnosi di cancro e del suo trattamento tra sopravvissuti di cancro pediatrici e adulti. Inoltre, essa include nel suo settore problemi relativi all'erogazione di assistenza sanitaria, accesso e cure di follow-up, sul modo in cui si rapportano con i sopravvissuti. Chiaramente, il lavoro di ricerca deve centrarsi sulla salute e sulla vita di una persona con una storia di cancro al di là della fase acuta di diagnosi e di trattamento. La ricerca deve essere condotta in queste aree se dobbiamo prevenire e controllare i risultati avversi del cancro e del suo trattamento. Impedire un secondo cancro, sconfiggendo la scarsa qualità di vita, così come capire i migliori protocolli per la sorveglianza del sopravvissuto e per il follow-up, sono criticamente importanti. Inoltre, se sappiamo di più sugli effetti ritardati possibili, ciò ci può aiutare ad aggiustare i protocolli di trattamento correnti e così evitare questi risultati.

Mai prima d'ora siamo stati in una posizione tanto promettente per cominciare questo lavoro importante. Abbiamo un organico di superstiti che hanno vissuto l'esperienza e hanno raccolto saggezza da essa. Molti hanno una forte spinta ad aiutare altri con diagnosi di cancro in modo che essi non debbano sperimentare quello che hanno sofferto i superstiti. Una delle sfide per ricercatori e professionisti della salute è dare adito alla conoscenza dei superstiti e di usare i loro consigli nella pianificazione di programmi futuri e nella progettazione di interventi.

Parecchie pubblicazioni importanti sono state recentemente pubblicate; esse hanno impostato gli interventi riguardo alla sopravvivenza al cancro:

- Lance Armstrong Foundation – strategia nazionale per la sopravvivenza al cancro (2004)
- Da paziente oncologico a superstiti: Lost in translation (NIH, 2005)
- American Journal of Nursing Vol 106 (Supplement 3) – Gestione delle conseguenze e del trattamento del cancro (2006)

Ogni pubblicazione descrive il problema della sopravvivenza al cancro e dà raccomandazioni di intervento. Chiaramente ci sono barriere ai superstiti del cancro a ricevere le cure ottimali. Queste barriere includono, tra le altre: 1) deficit di formazione da parte dei professionisti della sanità e del pubblico riguardo la sopravvivenza; 2) mancanza di ricerca nelle informazioni pratiche, educative e di linea di condotta; 3) omissione della società di stimare i risultati oltre alla cura; 4) mancanza di chiarezza per quanto riguarda ruoli e responsabilità per l'assistenza a lungo termine dei sopravvissuti; e 5) mancanza di finanziamenti per assistenza e ricerca.

La Lance Armstrong Foundation (2004) progettò una strategia nazionale o piano di intervento per sconfiggere queste barriere. Le sue spinte importanti includono:

- Sorveglianza e ricerca applicata

- Comunicazione, educazione, apprendimento
- Programmi, linee di condotta, e infrastrutture
- Accesso a cure e servizi di qualità.

La strategia è puntata alla prevenzione del cancro secondario e del recidiva del tumore primario; promozione della gestione efficace dopo la diagnosi e il trattamento; riduzione al minimo e prevenzione di dolore, disabilità e stress psico-sociale; supporto alle persone per accedere alle risorse; accesso a trattamenti di qualità, gestione del dolore e dei sintomi e cure di fine vita. Ci sono chiaramente implicazioni per lo sviluppo di banche-dati, piani e realizzazione di sistemi di navigazione e di linee-guida; continua formazione e valutazione e miglioramento della qualità.

Il ruolo dell'infermiere nella sopravvivenza al cancro

Gli infermieri oncologici possono svolgere un ruolo di direzione nell'arena della sopravvivenza al cancro (Ferral et al, 2003; Curtiss & Haylock, 2006). Spesso è l'infermiere oncologico che sente parlare circa le sfide che i sopravvissuti al cancro stanno affrontando nelle loro vite quotidiane. Le relazioni che gli infermieri oncologici intrecciano durante l'assistenza forniscono la strada per il dialogo su una vasta gamma di problemi che i superstiti stanno affrontando. Problemi di qualità di vita sono centrali nella pratica infermieristica oncologica. Abbiamo bisogno di riflettere al nostro ruolo di "tirar fuori", rendendoli visibili ad altri, i bisogni dei superstiti come pure il modo in cui ci si può imbattere in questi bisogni. Gli infermieri oncologici hanno esperienza e conoscenza di progettare appropriati interventi e relativi programmi individuali, gruppi e livelli di cura della popolazione.

Per lo meno, gli infermieri devono condurre valutazioni complete; sviluppare programmi d'assistenza individualizzati con pazienti e superstiti; fornendo formazione, gestione dei sintomi e riferimenti per quel che serve. Gli infermieri oncologici hanno un ruolo chiave nel garantire la continuità della cura e controllare e valutare i risultati del trattamento e la qualità di vita dei superstiti.

In conclusione, i superstiti del cancro sono una popolazione vulnerabile. Molti affrontano gli effetti ritardati e di lunga durata del loro trattamento ma non possono accedere ai servizi appropriati. Gli infermieri oncologici possono giocare un ruolo chiave nell'arena della sopravvivenza al cancro attraverso attività volontaria di ricerca, formazione, pratica e linea di condotta. L'imperativo per agire viene dal numero crescente di superstiti che continuano a lottare a lungo a causa degli effetti della malattia e del suo trattamento dopo che hanno finito con i protocolli in corso.

Bibliografia

- American Cancer Society (2005). Cancer facts and figures 2005. Atlanta: The American Cancer Society.
- Aziz NM & Rowland JH (2003). Trends and advances in cancer survivorship research: challenges and opportunity. *Radiation Oncol*, 13 (3), 248-66.
- Curtiss CP & Haylock PJ (2006). State of the Science on Nursing Approaches to Managing the Late and Long Term Sequelae of Cancer and Cancer Treatment. *American Journal of Nursing*, 106 (#3 Supplement)
- Denmark-Wahnefried W et. al., (2005). Riding the crest of the teachable moment: promoting long-term health after the diagnosis of cancer. *J Clin Oncol*, 23 (24), 5814-30
- Earle CC & Neville BA (2004). Under-use of necessary care among cancer survivors. *Cancer*, 101 (8), 1712-9.
- Ferral BR et al (2003) The role of oncology nursing to ensure quality of care for cancer survivors: A report commissioned by the National Cancer Policy Board and Institute of Medicine. *Oncology Nursing Forum*, 30 (1), E1-E11.
- Ganz PA (2001) Late effects of cancer and its treatment. *Semin Oncol Nurs*, 17 (4), 241-8.
- Institute of Medicine (2005). From cancer patient to cancer survivor: lost in translation. Washington DC: National Academics Press.
- Lance Armstrong Foundation (2004). A National Action Plan for Cancer Survivorship: Advancing Public Health Strategies. Austin, Texas: author.
- Lance Armstrong Foundation (2005). *Livestrong – inspirational stories from cancer survivors*. New York: Broadway Books.
- Magee S & Scalzo K (2006). *Picking Up The Pieces*. Vancouver: Raincoast Books.
- Mullan, (1985) *Seasons of Survival: Reflections of a physician with cancer*. *New England Journal of Medicine*, 313 (4), 270-3.
- National Cancer Institute of Canada (2006). *Canadian Cancer Statistics – 2006*. Toronto: author.
- Office of Cancer Survivorship (1996) http://dcccps.nci.nih.gov/ocs/ocs_factsheet.pdf.
- Vachon M (2006). Psychosocial Distress and Coping After Cancer treatment. *American Journal of Nursing*, 106 (#3 Supplement), 26-31.
- Welch-McCaffrey D Hoffman B Leigh SA Loescher LJ Meyskens FL Jr (2989) Surviving adult cancers. Part 2: psychosocial implications. *Ann Intern Med* 111(6): 517-24.
- Yabroff KR et al., (2004). Burden of illness in cancer survivors: Findings from a population-based national sample. *J Natl Cancer Inst* 96 (17), 1322-30.

Louis Denis, Oncologic Centre Antwerp, Belgium

Europa Uomo, fondata a Roma nel 2002, è il movimento europeo di difesa per la lotta al cancro alla prostata. L'obiettivo dell'organizzazione è di incrementare le informazioni sul cancro alla prostata in Europa. Europa Uomo è un gruppo europeo che supporta l'insieme della malattia alla prostata in generale e il cancro alla prostata in particolare. Europa Uomo è presente in questo momento in Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Ungheria, Irlanda, Italia, Norvegia, Polonia, Portogallo, Repubblica Slovacca, Spagna, Svezia, Olanda e Regno Unito. Europa Uomo è il partner più recente per lo sviluppo del sito web www.cancerworld.org.

Le statistiche sulla diffusione del cancro in Europa rivelano abbastanza chiaramente che il cancro alla prostata sta guadagnando velocemente la posizione di leader nell'Unione Europea. Il cancro alla prostata è ormai il tumore più diffuso tra gli uomini nei Paesi sviluppati, con un tasso di mortalità che rimane a livelli molto alti nonostante i progressi della diagnosi precoce e della gestione della malattia. Rispetto all'incidenza e alla mortalità del cancro al seno, ci sono 202100 nuovi pazienti con il cancro alla prostata e 68200 morti contro 275100 donne con il cancro al seno e 88400 morti nell'Unione Europea (Boyle & Fenay, 2004).

Allarmato da questa tendenza, il Prof. Umberto Veronesi ha convocato a Roma a un incontro di alto livello strategico – organizzato dalla Scuola Europea di Oncologia (ESO) – Tom Hudson, grande esperto della Lega Europea Cancro (ECL) e dell'Unione Internazionale contro il Cancro (UICC) e il Prof. Louis Denis, grande esperto nella diagnosi in urologia oncologica.

La conclusione del meeting è stato il riconoscimento della portata del cancro alla prostata come malattia prioritaria nell'Unione Europea e il semplice fatto che il prolungamento della vita della popolazione porterà allo zenith assoluto del cancro alla prostata nel 2010-2015, trasformandosi in una sfida per i sistemi sanitari europei.

I risultati eccellenti dell'attività di Europa Donna sono stati considerati un esempio da seguire e hanno portato alla fondazione di Europa Uomo. Da questo momento, l'organizzazione è stata ufficialmente fondata nel marzo 2004 con il sostegno dell'ESO e del suo direttore Dr. Alberto Costa, e con il supporto del Centro Oncologico di Anversa e del suo direttore, Prof. Louis Denis.

L'idea della coalizione è arrivata al momento giusto, nel posto giusto e come responso immediato ed entusiasta da parte di gruppi di pazienti già esistenti a livello nazionale spinti ad uno sforzo di coesione sotto la guida del capo, Tom Hudson, e del segretario, Jack Pais.

Ciononostante, come si dice, gli uomini vengono da Marte e una missione e un'organizzazione vengono prima dell'azione. La missione implica la mobilitazione e la solidarietà tra gli uomini, per arrivare alla consapevolezza e all'educazione e per promuovere la diagnosi precoce, l'accesso al miglior trattamento e la ricerca nella comunità scientifica. L'organizzazione riconosce come membri effettivi i gruppi di pazienti che sono stati attivi nel sostegno al malato e sono giuridicamente riconosciuti nei singoli Paesi. Ogni gruppo che sia membro effettivo è rappresentato da un solo rappresentante per ciascun Paese europeo. La prima cosa da fare era scrivere il Manifesto di Europa Uomo: ci è voluto circa un anno per concordare il testo finale! Non sorprende che la qualità della vita sia il primo punto chiave del Manifesto, mentre il supporto singolo, la raccolta di informazioni e la difesa sono costanti nelle nostre politiche. L'importanza del Manifesto è provata dal fatto che tutti i membri devono sottoscrivere il documento per diventare membri effettivi.

L'idea di Europa Uomo è andata avanti e adesso rappresentiamo 18 nazioni europee che aumenteranno quest'anno. Va sottolineato che diversi gruppi di un Paese sono chiamati a nominare un solo corpo rappresentativo o un rappresentante all'assemblea generale di Europa

Uomo. Viene enfatizzata l'autonomia dei gruppi nazionali e nel rispetto delle loro politiche nazionali, le reali differenze sociali e culturali dell'Unione Europea. Nel nostro sito – parte di Cancerworld – ci sono i link ai gruppi nazionali facenti parte della nostra organizzazione. La seconda azione politica – tipico degli uomini – è stata creare una rete di attività. Questo con lo scopo di creare un'ampia fonte di supporto per formare una base forte e fidata per ottenere un'informazione scientifica obiettiva e creare un marchio unico per la tutela del malato. La collaborazione con ECRC e con la EAU ci aiuta a fornire aggiornamenti sul progresso medico e scientifico nella diagnosi e nella gestione delle disfunzioni alla prostata. Dopo aver presentato le nostre opzioni alla commissione MAC del Parlamento Europeo, pensiamo di trovare dei partner nel programma F7 per raggiungere la conoscenza del cancro alla prostata e per riferire nuovi progressi medici direttamente alla maggioranza della popolazione. La nostra politica strategica prevede di focalizzarci sull'interesse comune della UE nel fornire un sostegno individuale in tutti i Paesi, nel livellare gli standard migliori di cura, nell'ottenere il sostegno delle associazioni professionali di medici, infermieri e altro personale sanitario.

Europa Uomo non pretende di diventare un'autorità medica e neppure di avere competenze mediche per fornire notizie sulla diagnosi e sul trattamento delle disfunzioni alla prostata. Il nostro scopo è fornire una fonte di informazione autorevole e accurata sulle malattie della prostata. Qui sottolineiamo l'esistenza di problemi aperti sulla presa di decisione, la mancanza degli obiettivi, di informazione basata sull'evidenza e su bisogni specifici dei nostri seguaci nella cura centrata sul malato. Riscontriamo che spesso i medici perdono tempo per un coinvolgimento totale nella cura; ciononostante, auspichiamo che qualcuno del team (infermieri, manager e gruppi volontari di malati) investa nell'applicazione del principio dell'assistenza centrata sul malato. Il nostro "Passaporto Europeo della Prostata" è un esempio di come cerchiamo di informare comprensibilmente tutti i malati per incoraggiare e facilitare la comunicazione con il medico curante. Sappiamo certo che la ricerca di base e medica è l'unica strada per il progresso medico e conosciamo l'importanza degli esperimenti medici. I malati devono comprendere tutti gli aspetti della partecipazione a tali esperimenti e devono essere coinvolti nello sviluppo dei protocolli e poter esercitare il loro basilare diritto di consenso. Per ottenere tale diritto, siamo pronti ad assumerci la nostra responsabilità per sottometterci alla disciplina dell'esperimento scientifico. Speriamo di ultimare la nostra politica ambiziosa creando una reale comunicazione con tutte le parti coinvolte nella lotta al cancro in uno sforzo compatto. I nostri obiettivi sono semplici ma procurano una base utile per il nostro servizio ai malati di cancro alla prostata. Se avremo sostegno, saremo in grado di ottenere un trattamento ottimale e un'assistenza solistica centrata sul paziente.

Siamo pronti ad assumerci le nostre responsabilità e contiamo sul vostro appoggio.

Azioni europee di Europa Uomo

- 1. Aumentare l'adesione per favorire e aumentare la conoscenza delle disfunzioni alla prostata tra gli uomini.*
- 2. Procurare mezzi ed informazioni per educare gli uomini secondo un'assistenza olistica oggettiva, basata sull'evidenza.*
- 3. Sostenere tutti gli sforzi congiunti per rendere la difesa del paziente una priorità nei nostri sistemi sanitari europei, basati sulla solidarietà e sul rispetto reciproco*

Regolamentazione dei farmaci biosimilari

Jo Harkness, International Alliance of Patient's Organizations (IAPO)

Nel numero autunnale 2006 della Newsletter EONS, è apparso un articolo sul tema delle riproduzioni generiche di sostanze biosimilari. In quell'articolo si discuteva sui potenziali rischi relativi all'uso delle riproduzioni generiche di farmaci biologici – rischi legati alle differenze nella composizione – che potrebbero compromettere la sicurezza e l'efficacia di queste sostanze. Il seguente articolo fornisce informazioni sulle disposizioni in materia di farmaci biosimilari, un importante passo nell'assicurare che le modalità di azione di un biosimilare siano analoghe a quelle di un farmaco biologico.

Le industrie di medicinali biologici a volte introducono modifiche ad alcuni prodotti durante il loro ciclo vitale, o scelgono di svilupparne di nuovi che siano biologicamente simili (detti "prodotti biosimilari"). Poiché possono essere compromesse la qualità, la sicurezza e l'efficacia di questi prodotti modificati o dei nuovi prodotti, occorre condurre una serie di test che ne assicurino la comparabilità con le vecchie versioni.

L'UE prevede un rigido percorso legale per l'approvazione dei biosimilari. L'assunto di base è che l'esperienza pratica con i biologici ha dimostrato che essi sono prodotti assai più complessi rispetto ai tradizionali farmaci chimici. Vengono dunque applicate ulteriori cautele volte a garantire la sicurezza e l'efficacia dei biosimilari, con la richiesta, da parte dell'autorità di controllo, di dati addizionali rispetto a quelli necessari per i tradizionali farmaci generici chimici.

Il Biological (Biosimilar) Medicinal Working Party (BMWP) fornisce raccomandazioni alla CHMP (Centrale Humanitare Médico-Pharmaceutique) sul rilevamento di dati, sulla conduzione dei test necessari, e su ogni altro problema clinico o non clinico collegato direttamente o indirettamente ai farmaci biosimilari. Ciò può riguardare prodotti che sono già stati autorizzati (attraverso procedure centralizzate o comunemente condivise) e quelli attualmente in sviluppo. Il PEG lavora insieme con altri gruppi di lavoro CHMP e/o gruppi di informazione scientifica, e coopera con i NCA (National Competent Authorities) degli Stati membri dell'UE.

I compiti del BMWP comprendono:

- predisporre, rivedere e aggiornare le linee guida per assicurare che i parametri di similarità/comparabilità siano completamente adeguati;
- fornire informazione scientifica ai CHMP e agli appositi gruppi di lavoro su problemi generali e specifici di un prodotto collegati all'efficacia e alla sicurezza dei prodotti medicinali biologicamente simili e alla comparabilità di questi con quelli biologici/tecnologici;
- contribuire alla cooperazione internazionale con altre autorità di regolamentazione;
- fare da collegamento fra i gruppi coinvolti;
- collaborare alla formazione e ai workshop riguardanti la comparabilità.

L'EMA (European Medicines Agency) riconosce la potenzialità dei simili nel promuovere il ciclo di innovazione e rendere questo tipo di farmaci disponibile per un ampio gruppo di pazienti. L'ente ha fornito alle industrie di biosimilari indicazioni su quali nuovi studi e prove cliniche saranno necessari per le future applicazioni. Questo ridurrà il carico delle verifiche cliniche richieste per ottenere l'approvazione di un prodotto biosimilare, una volta che si sia ottenuta una sufficiente esperienza dall'uso del farmaco originale di biotecnologia.

Studi supplementari

La necessità di condurre ulteriori studi potrebbe dipendere da diversi fattori come: la complessità della molecola (più una molecola è complessa più necessita di attività di testing); la storia pregressa del

prodotto di riferimento; il patrimonio di esperienza con un prodotto; il livello di conoscenza scientifica nella letteratura; la popolazione di pazienti destinatari; i dati relativi all'applicazione originale. Le linee guida chiariscono che ogni differenza negli attributi di qualità fra i biosimilari e il prodotto di riferimento dovrà essere giustificata. Gli elementi strutturali di base dovranno essere identici. In ogni caso, potrebbero essere autorizzate lievi differenze dimostrando che sono giustificate e che non compromettono la sicurezza e l'efficacia del prodotto. I richiedenti devono dimostrare che il biosimilare è il più possibile equivalente al prodotto di riferimento.

Linee-Guida

Durante il 2006 si sono svolti quattro incontri del BMWP. Le seguenti linee guida relative all'approvazione dei biosimilari sono il prodotto di questi incontri.

- Linee-Guida per prodotti medicinali biosimilari contenenti come sostanza attiva proteine derivanti da biotecnologia – versione clinica e non.
- Linee guida per prodotti biosimilari contenenti:
 - somatotropine
 - eritropoietine ricombinate
 - insulina umana ricombinata
 - G-CSF ricombinato
 - interferoni ricombinati
- Linee guida per la valutazione di immunogeneticità

Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito dell'EMA, all'indirizzo: http://www.emea.europa.eu/htms/general/contacts/CHMP/CHMP_BMWP.html

The image shows a collage of promotional materials for the 9th World Congress of Psycho-Oncology. The main poster features the title "9th World Congress of Psycho-Oncology" with the tagline "Integrating the Psychosocial to Achieve Quality Cancer Care". It lists the location as London, United Kingdom, and dates from 17-20 September 2007. It also mentions an international course in South Kensington, Canada, and lists various workshops and abstract submission guidelines. A smaller poster below it lists "PSYCHOSOCIAL ACADEMY WORKSHOPS" including topics like "Psychosocial Aspects of Palliative Care" and "Innovative Models of International Supportive Oncology Training".



AMGEN

Working in Collaboration with Oncology Nurses

Amgen recognizes and values the role of the oncology nurse in their commitment to improve outcomes for the person with cancer. Amgen is committed to collaborating with oncology nurses on multiple fronts to advance the science and knowledge in the field of oncology and ultimately improve the care and experiences of persons with cancer. Through the TITAN program and other projects, we have reached thousands of nurses in multiple languages, with the intention to advance knowledge and improve care. We commend and support the mission and objectives of EONS and look forward to working with oncology nurses throughout Europe and abroad.

Amgen discovers, develops and delivers innovative human therapeutics. A biotechnology pioneer since 1980, Amgen was one of the first companies to realize the new science's promise by bringing safe, effective medicines from lab, to manufacturing plant, to patient. Amgen therapeutics have changed the practice of medicine, helping millions of people around the world in the fight against cancer, kidney disease, rheumatoid arthritis, and other serious illnesses. With a deep and broad pipeline of potential new medicines, Amgen remains committed to advancing science to dramatically improve people's lives. To learn more about our pioneering science and our vital medicines, visit www.amgen.com.



Astra Zeneca

Partnering with EONS

AstraZeneca are the second biggest Oncology Company in the world, with major objectives of developing innovative new medicines with aims of benefiting cancer patients in terms of treatment outcome, quality of life and improvement in survival. Treatment of cancer clearly requires a multidisciplinary approach, requiring close collaboration and teamwork between all health care professionals involved with treating the patients, and the pharmaceutical industry. AstraZeneca recognises the great importance of Oncology Nurses in the treatment of cancer and their role in ensuring cancer patients get the best treatment and care that they deserve. AstraZeneca are very pleased to be partnering with the European Oncology Nursing Society (EONS) and look forward to working closely with the organisation in the future, to assist in the advancement of nurse education and the continued growth of the organisation.



MERCK KGaA

Merck KGaA focuses its oncology research on the development of novel therapies that specifically target cancer cells. The monoclonal antibody Erbitux® (cetuximab), Merck's first oncology product, specifically blocks the epidermal growth factor receptor (EGFR). Erbitux enhances the effect of chemotherapy and radiotherapy. Merck has also acquired the rights for the oral cancer treatment UFT® (tegafur-uracil).

Merck's oncology research activities focus on identifying compounds that specifically interfere with one or more of the key cellular processes or pathways which influence the growth and spread of cancer cells. The resulting range of new compounds, including the humanized EGFR targeting monoclonal antibody matuzumab, the cancer vaccine Stimuvax® (formerly referred to as L-BLP25), the angiogenesis inhibitor cilengitide and several immunocytokines, are currently undergoing clinical development.



MERCK MSD

Merck, Sharp & Dohme (MSD) is pleased to be a partner of EONS and promote cancer education and research. MSD shares the mission of EONS and is committed to adding value to the work of oncology nurses as they deliver care to patients with cancer. We look forward to working with EONS on important projects in 2005 and beyond.

MSD is a global research-driven pharmaceutical company dedicated to putting patients first.



MUNDIPHARMA

Mundipharma is one of the Purdue/Mundipharma/Napp independent associated companies and is dedicated to bringing to patients with severe and debilitating diseases the benefits of novel treatment options in fields such as severe pain, haemato-oncology and respiratory disease.



NOVARTIS

Novartis Oncology is committed to developing and advancing the education of nurses engaged in caring for patients with cancer and to co-ordinate top level nursing educational programmes. As such, Novartis considers the concept of sustaining partnerships an optimal vehicle to express our willingness and desire to commit to oncology nursing excellence and to recognize the impact oncology nursing has on the quality of patient care. Novartis envisions our sustaining partnership will enable EONS to develop the projects, education and understanding that will ensure the value of collaborative relationships between industry, nurses and the healthcare community.

Novartis thanks you in advance and looks forward co-operating with you.



NUTRICIA

Nutricia is a company that is dedicated to providing you and your patients with specialised nutritional support products, particularly enteral nutrition. At Nutricia we recognise the key role nurses play in the treatment and support of cancer patients, and therefore it is a great pleasure for Nutricia to work together with EONS. We are proud that this partnership has resulted in the development of the Nutrition in Oncology Educational Program: NOEP. The NOEP educational program has been developed in close co-operation with EONS members. NOEP is designed to meet educational needs relating to nutrition and oncology, as expressed by nurses during the EONS convention in April 2002. We are looking forward to sustaining this partnership with EONS, and to continue working on joint projects on nutrition to improve nutritional support for oncology patients.



ROCHE

Roche Partnership with EONS

One of Roche's key priorities is the discovery of novel and effective therapeutic agents that provide the best possible treatment for cancer patients. Throughout our range of oncology products, which include Avastin, Herceptin, MabThera, Tarceva, Xeloda, Kytril, Bondronat and NeoRecormon, we are dedicated to improving patient's quality of life. Cancer nurses are a vital component of healthcare services and Roche is committed to supporting further developments in the profession, through sponsoring the research grant to nurses in cancer care. We provide educational materials for use by nurses and complementary information for patients. We are delighted to be partnering with EONS, an organisation that shares our goal of 'improving the care of individuals with cancer by supporting and enhancing cancer nurses throughout Europe.'



SANOFI AVENTIS

Sanofi Aventis is the worlds third largest Pharmaceutical organization and the largest in Europe. We are committed to innovation and a commitment to meet unmet medical needs particularly in Oncology. We seek to build a sustained, enduring partnership with EONS and through this partnership, a continued education of Nurses engaged in the treatment of Cancer patients. We believe that the continuing education is critical to the advancement of Nursing excellence and the eventual quality of patient care. Through our partnership we will jointly identify the education needs of the Nursing community and address these needs through symposia, workshops and other means under the auspices of EONS in Europe and in parallel partner with other Nursing organizations on a global basis. We look forward to working closely with you and in supporting you.



TOPO TARGET

TopoTarget – Practical Answers for Cancer

TopoTarget is a research-based international biopharmaceutical company dedicated to finding practical answers for cancer. TopoTarget is founded and run by clinical cancer specialists and combines years of hands-on clinical experience with in-depth understanding of the molecular mechanisms of cancer.

TopoTarget is committed to ease the burden and improve the efficacy of cancer therapies for both patients and healthcare professionals.

Topotarget is pleased to support the goals of the European Oncology Nursing Society by being a partner of EONS.

TopoTarget recognizes the role of the oncology nurse and look forward to work with EONS on various projects such as development of clinical guidelines, supporting educational programs and provide sponsorships for research.

For chemotherapy-induced anaemia

Aranesp[®] (darbepoetin alfa) is big on efficacy¹

Striving to achieve the ultimate goals
of anaemia treatment²:

- Prevent red blood cell transfusions
- Improve quality of life for your patients



Aranesp[®] Brief Prescribing Information

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

Please refer to the Summary of Product Characteristics before prescribing Aranesp[®].

Pharmaceutical Form: Solution for injection presented in pre-filled pens containing 150, 300 and 500 micrograms of darbepoetin alfa, for single-dose use only.

Indication: Treatment of symptomatic anaemia in adult cancer patients with non-myeloid malignancies receiving chemotherapy.

Dosage and Administration: Cancer Patients: Aranesp[®] should be administered by the subcutaneous route to patients with anaemia (eg. haemoglobin concentration ≤ 11 g/dl (6.8 mmol/l)). The recommended initial dose is 500 μ g (6.75 μ g/kg body weight) given once every 3 weeks. If the clinical response (fatigue, haemoglobin response) is inadequate after 9 weeks, further therapy may not be effective. Alternatively, once weekly dosing can be given at 2.25 μ g/kg body weight. Aranesp[®] therapy should be discontinued approximately 4 weeks after the end of chemotherapy. Haemoglobin level should not exceed 13 g/dl (8.1 mmol/l). Once the therapeutic objective for an individual patient has been achieved, the dose should be reduced by 25 to 50% in order to maintain haemoglobin at that level. If required, further dose reduction may be instituted to ensure that haemoglobin level does not exceed 13 g/dl. If the rise in haemoglobin is greater than 2 g/dl (1.3 mmol/l) in 4 weeks, the dose should be reduced by 25 to 50%.

Contraindications: Hypersensitivity to darbepoetin alfa, r-HuEPO or excipients. Poorly controlled hypertension.

Special Warnings and Precautions: Iron status should be evaluated for all patients prior to and during treatment and supplementary iron therapy may be necessary. Non-response to therapy with Aranesp[®] should prompt a search for causative factors. Deficiencies of iron, folic acid or vitamin B12 reduce the effectiveness of erythropoietic stimulating agents and should therefore be corrected. Intercurrent infections, inflammatory or traumatic episodes, occult blood loss, haemolysis, severe aluminium toxicity, underlying hematologic diseases, or bone marrow fibrosis may also compromise the erythropoietic response. A reticulocyte count should be considered as part of the evaluation. If typical causes of non-response are excluded, and the patient has reticulocytopenia, an examination of the bone marrow should be considered. If the bone marrow is consistent with PRCA, testing for anti-erythropoietin antibodies should be performed. Pure red cell aplasia caused by neutralising anti-erythropoietin antibodies

has been reported in association with recombinant erythropoietic proteins, including darbepoetin alfa. These antibodies have been shown to cross-react with all erythropoietic proteins, and patients suspected or confirmed to have neutralising antibodies to erythropoietin should not be switched to darbepoetin alfa. Active liver disease was an exclusion criteria in all studies of Aranesp[®], therefore no data are available from patients with impaired liver function. Since the liver is thought to be the principal route of elimination of Aranesp[®] and r-HuEPO, Aranesp[®] should be used with caution in patients with liver disease. Aranesp[®] should also be used with caution in those patients with sickle cell anaemia or epilepsy. Misuse of Aranesp[®] by healthy persons may lead to an excessive increase in packed cell volume. This may be associated with life-threatening complications of the cardiovascular system. The needle cover of the pre-filled syringe contains dry natural rubber (a derivative of latex), which may cause allergic reactions.

Cancer patients: Effect on tumour growth. Epoetins are growth factors that primarily stimulate red blood cell production. Erythropoietin receptors may be expressed on the surface of a variety of tumour cells. As with all growth factors, there is a concern that epoetins could stimulate the growth of any type of malignancy. Two controlled clinical studies in which epoetins were administered to patients with various cancers including head and neck cancer, and breast cancer, have shown an unexplained excess mortality. In patients with solid tumours or lymphoproliferative malignancies, if the haemoglobin value exceeds 13 g/dl, the dosage adaptation described in section "dosage and administration" should be closely respected, in order to minimise the potential risk of thromboembolic events. Platelet counts and haemoglobin level should also be monitored at regular intervals.

Interactions: If darbepoetin alfa is given concomitantly with drugs highly bound to red blood cells, eg cyclosporin & tacrolimus, monitor blood levels and adjust the dose of these drugs as haemoglobin rises.

Pregnancy and Lactation: No adequate experience in human pregnancy and lactation. Exercise caution when prescribing Aranesp[®] to pregnant women. Do not administer to women who are breastfeeding. When Aranesp[®] therapy is absolutely indicated, breast-feeding must be discontinued.

Undesirable Effects: General: There have been rare reports of potentially serious allergic reactions including dyspnoea, skin rash and urticaria associated with darbepoetin alfa. Cancer Patients: In clinical studies with subcutaneously administered Aranesp[®], the incidence of hypertension and cardiovascular events were comparable in cancer patients receiving placebo, r-HuEPO or Aranesp[®]. Furthermore, these adverse events were not associated

with either haemoglobin concentration (< 13 versus > 13 g/dl) or a rapid rise in haemoglobin (> 2.0 g/dl in four weeks). Clinical studies have shown a higher frequency of thromboembolic reactions including deep vein thrombosis and pulmonary embolism in cancer patients receiving Aranesp[®] therapy compared to patients receiving placebo.

In general, adverse events reported in clinical trials with Aranesp[®] in cancer patients receiving concomitant chemotherapy were consistent with the underlying disease and its treatment with chemotherapy. Undesirable effects considered related to treatment with Aranesp[®] from controlled clinical studies with incidence of $> 1\%$ to $\leq 10\%$ are arthralgia, peripheral oedema, injection site pain, and thromboembolic reactions. Injection site pain was the most frequently reported adverse event considered related to treatment with Aranesp[®] ($< 5\%$). The injection site discomfort was generally mild and transient in nature.

Overdose: Wide therapeutic margin. In the event of polycythaemia, Aranesp[®] should be temporarily withheld. If clinically indicated, phlebotomy may be performed.

Pharmaceutical Precautions: Aranesp[®] should not be mixed or administered as an infusion with other medicinal products. Store at 2°C to 8°C (in a refrigerator). Do not freeze. Keep container in outer carton to protect from light. For ambulatory use, Aranesp[®] may be removed from storage once for a maximum single period of 7 days at room temperature (up to 25°C).

The Aranesp[®] SureClick[™] pre-filled pen delivers the complete dose of each presentation.

Legal Category: Medicinal product subject to restricted medical prescription.

Presentation and Marketing Authorisation Numbers:

Aranesp[®] 150 μ g: 1 pre-filled pen: EU/1/01/185/054;

Aranesp[®] 300 μ g: 1 pre-filled pen: EU/1/01/185/055;

Aranesp[®] 500 μ g: 1 pre-filled pen: EU/1/01/185/056;

Availability of presentations may vary in national regions.

Marketing Authorisation Holder: Amgen Europe B.V., Minervum 7061, NL-4817 ZK Breda, The Netherlands.

Further information is available from Amgen (Europe) GmbH, Dammstrasse 23, P.O. Box 1557, Zug, Switzerland CH-6301.

Additional information may be obtained from your local Amgen office.

Date of preparation: December 2006.

AMGEN[®]
Oncology

References: 1. Canon JL, et al. *J Natl Cancer Inst.* 2006;98:273-284. 2. Bokemeyer C, et al. *Eur J Cancer.* 2004;40:2201-2216.

Amgen (Europe) GmbH
Zug, Switzerland
© 2006 Amgen Inc. All rights reserved.