



# EOMS

## **eons** newsletter

Summer 2008

**Tema: La  
prevenzione**

**Scelte sullo stile  
di vita**

**Genetic  
Counseling**

**Differenze  
nell'assistenza  
sanitaria**

**Screening  
oncologico**



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

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

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

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

**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, Mundipharma, Novartis, Nutricia, Roche, Sanofi Aventis e Topotarget per il loro continuo supporto alla Società come Sustaining Members.

Copie stampate: 600  
La versione elettronica è accessibile a 24000 EONS members

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

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

**Tradotto a cura dell'AIIO.**



## Editoriale

*Cari colleghi,*

L'Organizzazione Mondiale della Salute ha dichiarato la prevenzione ed il controllo del cancro come uno degli obiettivi fondamentali della salute pubblica del nostro tempo. Alcune ragioni di questa dichiarazione sono:

- Il cancro è la principale causa di morte nel mondo. Su un totale di 58 milioni di morti nel mondo nel 2005, al cancro ne sono attribuibili 7.6 milioni (il 13%).
- Più del 70% delle morti per cancro nel 2005 sono avvenute in paesi a basso e medio reddito.
- Le morti per cancro sembrano destinate ad un continuo aumento con una stima di decessi di circa 9 milioni prevista per il 2015 e 11.4 milioni per il 2030.

La preparazione professionale dei professionisti sanitari nella prevenzione e promozione della salute è un importante primo passo per ridurre l'incidenza e la prevalenza del cancro nel mondo. In questo articolo, Csaba Avramucz descrive un programma il cui scopo è quello di aiutare gli studenti nella loro futura pratica professionale a dimostrare attraverso i comportamenti la promozione della salute e contribuire all'effettiva prevenzione della malattia. Il programma inoltre focalizza le ragioni dell'aumento dello sviluppo dei tumori maligni.

Siete a conoscenza che circa un terzo di tutti i casi di cancro sono prevenibili e che la prevenzione rappresenta la miglior strategia a lungo termine in rapporto al costo-efficacia?

Il tabacco, per esempio, è la singola causa maggiormente prevenibile oggi nel mondo. Esso causa l'80-90% dei decessi per tumori polmonari, circa il 30% di tutte le morti per cancro nei paesi sviluppati, comprese le morti per tumori della cavità orale, laringe, esofago e stomaco.

La modificazione della dieta è un altro aspetto importante della prevenzione del cancro. Vi è una correlazione tra molti tumori come quello dell'esofago, colon-retto, mammella, endometrio e rene e l'obesità. Una dieta ricca di frutta e verdura può avere un effetto protettivo nei confronti di molti tumori. Viceversa un eccessivo consumo di carne rossa e conservata può essere associata ad un aumento del rischio di tumore del colon-retto. L'attività fisica regolare ed il controllo del peso insieme ad una dieta salutare possono considerevolmente ridurre il rischio di tumore. In questo articolo "Scelte di stile di vita e prevenzione del cancro mammario" Alex Molassiotis fornisce informazioni su ciò che è o non è correlato con l'aumento del rischio di tumore al seno revisionando le attuali evidenze scientifiche. Un capitolo del 5° Congresso Internazionale sulla

Prevenzione del Cancro tenutosi a St.Gallen a Marzo 2008 elaborato da Agnes Glaus fornisce un aggiornamento sull'andamento della ricerca nel campo della prevenzione.

Lo screening si riferisce all'utilizzo di semplici test fatti nella popolazione sana per identificare individui che hanno la malattia, ma non hanno ancora i sintomi. Esempio di screening nel cancro sono per esempio la mammografia per il tumore al seno ed il pap test per il tumore della cervice uterina. I programmi di screening dovrebbero essere impiegati quando la loro efficacia è stata dimostrata, quando le risorse (personale, materiale, etc.) sono sufficienti per garantire l'intera copertura dei gruppi-target, quando vi è la possibilità di conferma della diagnosi, la possibilità del trattamento e del follow-up delle persone border-line e quando la prevalenza della malattia è sufficientemente alta per giustificare lo sforzo ed il costo dello stesso.

Sia la prevenzione che lo screening sono componenti essenziali della professione infermieristica oncologica. Alcuni infermieri possono credere che la prevenzione del cancro e la cura dei pazienti affetti da cancro siano problemi separati, essi sono in realtà profondamente correlati. Gli infermieri di oncologia devono avere la capacità di fornire informazioni circa i rischi in maniera chiara. La chiarezza del messaggio è importante in tutti gli aspetti dello screening ed è divenuta maggiormente critica in relazione agli screening di tipo genetico come viene spiegato nell'articolo "Counselling genetico riguardo ai tumori genetici in Gran Bretagna ed il ruolo del Counsellor genetico" di Chris Jacobs.

Il team delle comunicazioni EONS augura una felice lettura e d una gradevole vacanza estiva piena di riposo, sole "sicuro" e "sicuro" divertimento.

J. Foubert  
Capo Redattore



Fabio Mazzufero – segretario AIIO

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

### Storia

L'Associazione Italiana Infermieri di Oncologia, (A.I.I.O.), nasce a Genova nel 1986, ha sede legale presso l'Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro di Genova ed è diffusa sul territorio nazionale.

È luogo di vita associativa, pluralista, aconfessionale, apartitica, ha carattere volontario e senza fini di lucro. Possono associarsi gli infermieri che operino o abbiano interesse all'assistenza del malato oncologico, purché in possesso dei requisiti professionali e morali. Il Consiglio Direttivo può conferire qualità di socio onorario a coloro che, per particolari meriti in campo scientifico o divulgativo o in altro modo, abbiano contribuito alla lotta contro il cancro, o a coloro che, sulla base di caratteristiche professionali, abbiano dimostrato sinergie operative utili allo sviluppo della associazione o alla cura e assistenza della persona con patologia oncologica.

### Obiettivi:

- Riunire in associazione libera coloro che operano nel settore infermieristico per la prevenzione, assistenza e riabilitazione del malato oncologico;
- Promuovere e coordinare programmi educativi per infermieri impegnati ad assistere malati oncologici;
- Incoraggiare sensibilità e partecipazione professionale, sviluppare nuovi metodi e strumenti specifici rivolti all'assistenza infermieristica del malato oncologico attraverso la ricerca infermieristica;
- Provvedere ai mezzi di comunicazione fra gli infermieri impegnati nell'assistenza al malato di cancro;
- Promuovere collegamenti con le altre organizzazioni che potrebbero influire sullo sviluppo dell'intervento infermieristico nella cura del cancro;
- Costruire e mantenere una rete di comunicazione fra gli infermieri impegnati nell'assistenza al malato di cancro.

### Struttura organizzativa

Gli organi che compongono l'associazione sono:

- L'Assemblea generale degli associati che conta oggi 350 iscritti.
- Il Consiglio direttivo che è composto da 12 soci.

Altra importante struttura organizzativa di AIIO sono i "Gruppi di studio". Ogni Gruppo ha un coordinatore e un numero variabile di professionisti che sviluppano programmi di ricerca, formazione e altri aspetti riguardo un dato argomento (terapie, sintomi, animazione, radioterapia, accessi venosi, emergenze, relazione d'aiuto, ecc.)



### Attività

Iniziativa sistematiche

- Congresso Nazionale annuale su tematiche cliniche e organizzative scelte dal comitato scientifico.
- Collaborazione con AIOM alla definizione del Convegno Infermieristico del Congresso Nazionale annuale AIOM
- Collaborazione alla definizione di congressi e/o di conferenze nazionali e regionali con le società scientifiche cui AIIO è affiliata e/o collabora.

### Formazione

- corsi itineranti avviati autonomamente o in collaborazione con altri soggetti scientifici (Sinpe, Gavecelt, Società italiana di cure palliative, Società italiana di psiconcologia, Format, Cespi)
- programmi di studio rivolti a infermieri in specializzazione (in collaborazione con università italiane)
- progetti di formazione intervento itineranti sul territorio nazionale e avviati con il contributo di altre società scientifiche (Oncologia senza dolore, Educazione terapeutica per il paziente, Gestione del Governo clinico)
- nel periodo 2005-2006 si è svolto il progetto TITAN: sono stati aggiornati 307 infermieri di 10 Oncologie Nazionali.
- Nel 2008 prenderà avvio la fase operativa del progetto TARGET.

### Progetti di ricerca in corso

- Addestramento delle pazienti affette da osteoporosi severa all'uso di presidi per l'autosomministrazione del farmaco
- Gestione della nausea e vomito con l'utilizzo dell'acupressione in pazienti non responsivi ai trattamenti antiemetici standard
- Valutazione delle conoscenze infermieristiche sul dolore oncologico
- Progetto Gestione del PORT in collaborazione con la facoltà di medicina di Firenze

### Pubblicazioni:

- Oncologia e cure palliative, McGraw-Hill, 2002
- Gestione infermieristica del sintomo in oncoematologia, McGraw-Hill, 2003
- Il risk management nella logica del governo clinico, McGraw-Hill, 2006
- Manuale di gestione dei farmaci antitumorali, Carocci, 2008

### Affiliazioni e collaborazioni con altre Società

L'Associazione aderisce ad associazioni nazionali di assistenza e cura oncologica e ad altre società scientifiche, i cui ambiti clinici e di ricerca siano affini a quelli dell'AIIO, quali:

- AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica)
- CIPOMO (Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri)
- AIEOP (Associazione Italiana Emato-Oncologia Pediatrica)
- GAVeCeLT (Gruppo di studio per gli Accessi Venosi a Lungo Termine)
- AIMaC (Associazione Italiana Malati di Cancro)
- IMI (Intergruppo Melanoma).
- SINPE (Società Italiana Nutrizione Parenterale ed Enterale).
- ANINPE (Associazione Nazionale Infermieri Nutrizione Parenterale Enterale)
- SIUrO (Società Italiana di Urologia Oncologica).
- GITMO (Gruppo Italiano Trapianto di Midollo Osseo)
- IOR (Istituto Oncologico Romagnolo - Gruppo Cure Palliative)
- AIOTE (Associazione Italiana Oncologia della terza età)
- EONS (European Oncology Nursing Society)

### Relazioni con l'EONS

AIIO è affiliata a EONS.

Nel 2006 si è costituito in AIIO il "Gruppo traduttori", costituito da soci che traducono in italiano gli articoli di questa rivista per favorire la diffusione e conoscenza degli argomenti pubblicati.

Con lo stesso interesse vogliamo creare un'interfaccia fra il nostro sito [www.aiio.it](http://www.aiio.it) e quello EONS e con quelli delle altre associazioni affiliate a EONS.

### Direzioni future

- Avviare "gruppi di lavoro" tematici interprofessionali.
- Sviluppare l'attività scientifica e divulgativa attraverso un piano editoriale che faccia emergere le esperienze cliniche-assistenziali implementate nelle strutture oncologiche italiane.
- Ottenere visibilità all'interno dei network istituzionali e non, italiani ed europei, che si interessano all'oncologia e alla prevenzione in questo campo.



**See you at the 15<sup>th</sup> Congress of  
the European CanCer Organisation  
Berlin, 20-24 September 2009**

**ECCO**  
**15**

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

EONS ha il piacere di dare il benvenuto alla Portuguese Oncology Nursing Association come membro della società. Allo stesso modo, non vediamo l'ora di attivare future collaborazioni con la Leeds Teaching NHS Hospital Trust (UK) e la Scuola Universitaria professionale della Svizzera Italiana. Entrambe le istituzioni sono entrate recentemente a far parte di EONS. Per conto del consiglio EONS diamo un caloroso benvenuto a queste associazioni e le ringraziamo per il supporto nel perseguire gli obiettivi di EONS. EONS ha notificato i cambiamenti nei consigli di amministrazione di alcune associazioni membri: Mrs. Eleni Kyritsi è la neo-eletta presidentessa dell'Hellenic Nurses Association e Mrs. Thorunn Saevarsdottir è recentemente entrata in carica come presidente dell'Icelandic Oncology Nursing Society. Mrs. Hrefna Magnúsdóttir sarà la rappresentante per l'Islanda del Consiglio Consultivo EONS. La Danish Cancer Society ha incaricato Mrs. Louise Pengelly rappresentante del Consiglio Consultivo EONS. Salutiamo Mrs. Elizabeth Haralambidou e Mrs. Jonina Jónsdóttir, le rispettive presidentesse uscenti dell'Hellenic Nurses Association e dell'Icelandic Oncology Nursing Society. Vogliamo anche ringraziare Mrs. Charlotte Belli (Danish Cancer Society) and Mrs. Arnardóttir (Icelandic Oncology Nursing Society) per il contributo alle associazioni che rappresentano e per il supporto dato a EONS. La sezione di nursing oncologico dell'Hungarian Cancer Society organizzerà la prima conferenza in Heger (Ungheria) dal 12 al 14 giugno. EONS si congratula con l'associazione e auspica che la conferenza abbia ampio successo.

## Aggiornamento sui 2008 EONS Research Awards.

Sono stati proposti quattro progetti per gli EONS Research Grants di quest'anno: uno nella categoria Mentoring e tre nella categoria Major. Vogliamo ringraziare tutti quelli che ci sottopongono proposte. Sfortunatamente si è avuta la sensazione che le proposte presentate non fossero ancora pronte per i finanziamenti. Ciascuna proposta è stata valutata e classificata in ragione del suo merito scientifico,

chiarezza del problema, rilevanza della ricerca, rilevanza internazionale, adeguatezza dei metodi e possibilità di portare avanti lo studio. Inoltre sono stati considerati la formazione professionale, l'esperienza e la competenza dei ricercatori, la disponibilità di risorse e budget, e il contributo alla cura clinica del cancro in Europa. Alla luce di questo risultato è stata preparata una nuova scadenza per la borsa di studio alla Ricerca EONS per l'1 ottobre 2008. Per maggiori informazioni e moduli visitate il sito web EONS. I candidati sono invitati a fare domanda e a tenere in conto i criteri sopraelencati

## Aggiornamento e accreditamenti

La seguente lista riguarda i programmi di aggiornamento che hanno finora ricevuto l'accreditamento EONS 2008:

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa: Post Graduation Course in Oncology Nursing, educational programme of study, September 2007-June 2008.

The 8th National Conference in Cancer Care, Swedish Cancer Nursing Society, 8-9 May 2008. For more information: [www.cancervard.se](http://www.cancervard.se).

ESO/EONS, European School of Oncology: 2nd Masterclass in Oncology Nursing, educational event, Sofia, Bulgaria, March 2008. More information: [www.cancerworld.org](http://www.cancerworld.org)

TITAN Training Initiative Update Material 2008.

Nursing Management approaches with a New Targeted Therapy for Erb2 Positive Breast Cancer, Symposium, 6th EONS Spring Convention, 2008.

Optimising Patient Management in Breast Cancer, Symposium, 6th EONS Spring Convention, 2008.

6th EONS Spring Convention, Geneva, 27-29 March 2008.

Strategies to help MDS Patients on their Journey to Hope, Symposium, 6th EONS Spring Convention, 2008.

## Master in Nursing oncologico Sofia, Bulgaria

Dopo il successo del primo Master EONS per infermieri di oncologia, si è tenuto il secondo a Sofia, in Bulgaria, ai primi di Marzo. Come per il primo Master, i potenziali partecipanti hanno dovuto compilare una domanda e sono stati selezionati da un gruppo di esperti per partecipare all'evento. Gli infermieri eleggibili erano quelli in possesso di un diploma di Master (o equivalente), o quelli coinvolti nella clinica diretta, nella ricerca, nella formazione, nel management in ambito oncologico, con buona comprensione dell'inglese, senza aspettativa di carriera, e membri EONS.

Il Master è un evento formativo di una settimana full-immersion, clinicamente orientato e multidisciplinare. Negli anni precedenti, gli infermieri con una formazione avanzata che esercitavano in ruoli superiori erano eleggibili per frequentare il Master annuo (sponsorizzato dalla Scuola Europea di Oncologia) che era orientata dal punto di vista medico. L'inizio del Master orientato verso gli infermieri segnalava non soltanto il bisogno di organizzare una formazione di nursing oncologico avanzata, ma anche aiutava a provvedere al riconoscimento del ruolo dell'infermiere

specialista in oncologia. Nella forma attuale del Master, ci sono sessioni multidisciplinari tenute e frequentate sia da infermieri sia da medici con sessioni separate o per infermieri o per medici.

I partecipanti al secondo Master EONS provenivano da 14 Paesi europei e uno dal Canada. Tra i partecipanti che hanno completato il questionario di valutazione, 23 si sono indentificati come infermieri specialisti in oncologia. La maggioranza degli infermieri aveva più di 35 anni e, senza sorpresa, il numero delle infermiere presenti era di gran lunga più numeroso dei colleghi maschi.

È piuttosto sorprendente che la maggioranza dei partecipanti abbia finanziato la partecipazione all'evento utilizzando risorse personali (12 risposte). Altre fonti di supporto finanziario includevano sovvenzioni ospedalieri (8 risposte), industria (2 risposte) e "altro" (5 risposte). Un numero considerevole di partecipanti avevano saputo dell'evento o via internet (7 risposte) o per "passaparola" (8 risposte) o attraverso l'annuncio mandato per posta da EONS (12 risposte).

Ai partecipanti è stato richiesto di valutare il Master in termini di contenuti, organizzazione, rispondenza alle aspettative. Utilizzando una scala di Likert (da 1= scarso a 5= eccellente), la valutazione dei risultati rivelava che il contenuto del corso era molto utile e rilevante per la pratica quotidiana, che il tempo per la discussione tra discenti e docenti era stato sufficiente, e che le pratiche in ricerca infermieristica erano migliorate attraverso la frequenza del Master (tabella 1).

**Tabella 1: Valutazione Generale del Master in Nursing Oncologico**

**domanda**

**Punteggio\***

• Valutazione complessiva della qualità del programma formativo	3.5
• Le abilità nella ricerca infermieristica sono migliorate grazie alla frequenza del corso	3.3
• L'informazione si è dimostrata utile alla pratica	3.6
• L'informazione è stata presentata ponderata e supportata dall'evidenza	3.6
• Il programma ha lasciato un tempo adeguato per la discussione e per le domande	3.7
• Le attrezzature erano appropriate per la conferenza	3.2
• Qual è la tua valutazione riguardo al management ed all'organizzazione della conferenza	3.6

\*1=scarso 5=eccellente

I 4 giorni e mezzo della conferenza coprivano una varietà di argomenti di interesse per il professionista infermiere oncologico. Il tema del primo giorno era il cancro della mammella. I partecipanti non hanno soltanto aggiornato le loro conoscenze sui fattori prognostici e sulle nuove modalità di trattamento di questa malattia, ma hanno anche sentito come infermieri e pazienti possano collaborare per migliorare la situazione per i pazienti che stanno vivendo con un cancro mammario. Un altro tema clinico presentato durante il Master è stato il trattamento di vari tipi di tumori colorettali e gastrointestinali. Nelle sessioni era inclusa l'informazione su che cosa i pazienti vogliono sapere circa le loro condizioni e come i medici possano essere aiutati dai pazienti stessi per migliorare il trattamento che viene loro somministrato. Delle letture multidisciplinari hanno anche riguardato la diagnosi e il trattamento di malattie ematologiche, cancro dell'ovaio, cancro del polmone e cancro della prostata. Due temi di attuale rilevanza hanno ricevuto molta attenzione durante il Master. La sopravvivenza è stata discussa a partire dalla prospettiva del cancro della mammella e della prostata. Il tema del cancro in età avanzata è stato introdotto con una descrizione generale dei problemi che ruotano intorno a un numero sempre crescente di pazienti oncologici anziani, seguito da una discussione sul trattamento oncologico per adattare i bisogni fisiologici e psicologici dei pazienti anziani.

Il tema delle letture dell'infermiere di ricerca al 2° Master ha riguardato lo sviluppo di un soggetto di ricerca e conseguentemente, lo sviluppo di una proposta di ricerca. Quest'informazione è stata presentata sia in una sessione plenaria che in gruppi di lavoro interattivi. Una squadra di infermieri europei ben conosciuti che hanno ottenuto con successo un premio in denaro hanno condiviso il loro sapere e hanno fornito consigli ai ricercatori più "giovani" presenti su come scrivere e sottoporre una proposta di ricerca. Il metodo d'insegnamento per il Master si avvale di letture magistrali e lavori di gruppo coordinati da un tutor. Nella letture plenarie, i trattamenti oncologici dello stato dell'arte sono presentati fornendo al partecipante dei messaggi molto utili da portare a casa. Nei lavori di gruppo, presentazioni e discussioni di casi permettono al partecipante di mettere la teoria in pratica e di accrescere la conoscenza attraverso l'interazione con altri discenti. Una facoltà multidisciplinare ha aumentato la loro esperienza e la loro competenza su una varietà di temi. Penna alla mano, i partecipanti sono stati zelanti nel fornire a EONS dei suggerimenti per la soddisfazione dei futuri Master in Nursing Oncologico ed esprimere le loro opinioni su quel che hanno trovato di utile di questo Master. In futuro, i partecipanti gradirebbero più informazione sui problemi riguardo al management delle cure del paziente che cade tipicamente all'interno della realtà della pratica infermieristica. Queste includono la cura delle reazioni cutanee, il trattamento degli effetti collaterali, e lo stravasamento farmacologico, per citarne solo alcuni. I discenti vorrebbero anche che sia presentata più informazione circa i problemi psicosociali e una più approfondita copertura del management del sintomo da relazionare in una sessione multidisciplinare. Dai commenti scritti suggeriti, sembra che gli infermieri partecipanti abbiano tratto beneficio dal carattere multidisciplinare del Master. Alcuni discenti hanno commentato che l'informazione sull'oncologia clinica presentato in alcune letture era troppo approfondito e che quella sulle opzioni di trattamento non era rilevante per la pratica infermieristica. Gli organizzatori del Master EONS in Nursing Oncologico rivedranno a evento chiuso i commenti ricevuti, utilizzandoli per pianificare lo sviluppo del 3° corso. Troverete maggiori informazioni in tempo dovuto sul sito web di EONS.



*Ulrika Östlund, EONS Board Member*

Il nuovo Consiglio si è riunito all'ECCO di Barcellona e attualmente sta lavorando da più di sei mesi allo sviluppo della strategia e dei progetti di EONS per il 2008-2009. Ci sono stati tre incontri del Consiglio e desidero raccontare brevemente il nostro lavoro.

Il Consiglio ha iniziato affrontando un "accertamento di rischio" voluto dalla commissione di beneficenza per esplorare potenziali aree di rischio e assicurarsi che il lavoro della commissione proceda in linea con le sue regole di revisione e fiscali e che si lavori bene. Il controllo è annuale e ricade sulle spalle dei membri del Consiglio esecutivo e del Presidente. Durante questa fase di accertamento vengono presi in considerazione quei rischi che potrebbero danneggiare la beneficenza o che minaccino il perseguimento dei suoi obiettivi. Inoltre, si riflette sui metodi usati allo scopo e se ne introducono di nuovi da sviluppare. Uno di questi nuovi mezzi è il punto di azione è sul web che permette ai membri del Consiglio e a chi partecipa ai progetti EONS di condividere documenti e discutere on-line.

Il Consiglio ha discusso le diverse concessioni da applicare ai membri. Per avere informazioni su di esse, consultate il sito web EONS. Sotto "ricerca" potete anche visualizzare le priorità della ricerca EONS per il 2007-2011. Una novità è che il Consiglio ha deciso di istituire una "borsa clinica" annuale oppure un viaggio studio per sostenere gli studenti che desiderano vedere e imparare da altri contesti sanitari. Il lavoro per partecipare a questa concessione è ancora in corso; in estate saranno disponibili maggiori informazioni sul sito web.

Il Consiglio - insieme ai collaboratori EONS - lavora

costantemente all'aggiornamento dei progetti EONS in corso. Ad esempio è stato disponibile una versione aggiornata di TITAN (programma di prova di EONS per gestire meglio le tossicità ematologiche) riguardo ai corsi del 2008. Anche il programma di aggiornamento di TARGET (iniziativa di addestramento sulle terapie designate) è iniziato e comprende una gamma di terapie designate. Il progetto BREATHE (istruzione e formazione respiranti e respiratore per professionisti del settore medico sanitario con tecnologia E) ha concluso l'analisi dei bisogni dell'apprendimento e il curriculum è in procinto di essere revisionato, pronto per lo sviluppo dei materiali di addestramento. Il Consiglio ha inoltre trovato un accordo per sviluppare un "Curriculum specialistico per la cura infermieristica del cancro al seno" che sarà disponibile entro la fine dell'anno. Infine, per quanto riguarda i progetti, la commissione ha avviato un progetto sul cancro alla prostata. Il lavoro della ricerca dei fondi e dello sviluppo di rapporti collaborativi procede parallelamente.

Il lavoro del programma dell'assistenza infermieristica per ECCO 15 e la 34esima conferenza dell'ESMO a Berlino è in corso con discussioni sugli argomenti che interessano gli infermieri in oncologia. Per la VI Convention primaverile di EONS nel 2010, il Consiglio ha deciso di organizzare la conferenza a Den Haag, in Olanda. Il Consiglio è d'accordo sull'analisi dell'interesse verso un "evento di addestramento alla leadership in un contesto europeo" e questo lavoro sta andando avanti.

Il Consiglio riflette in continuazione e discute l'impostazione strategica di EONS e le priorità per EONS di prendere in considerazione il feedback dell'incontro del Consiglio esecutivo del Novembre 2008.

## La Nuova Faccia del vecchio FECS: ECCO - Associazione Europea Cancro

*Fotografia - Michel E Lex Con Sottotitolo Se Spazio.*

Ufficialmente comunicato al 14 Congresso di ECCO il settembre scorso, FECS (Federazione delle Società Europee Cancro), è stata sciolta e sostituita da un ente nuovo e dinamico: ECCO - Associazione Europea Cancro.

Essendo molto più di una nuova etichetta questa rigorosa riorganizzazione rappresenta un reale cambiamento di corrente per la comunità europea cancro. Mentre, da tempo è stato accettato che la collaborazione multidisciplinare è l'unico modo di operare all'interno dell'arena biomedica di oggi, tradurre la scoperta scientifica in una realtà al "letto del paziente" rimane ancora una sfida.

Interconnettendo ogni stakeholders in campo oncologico, che attivamente contribuisce al dialogo del 'deve essere' con chi fa "politica" e formazione avanzata, attraverso l'organizzazione di eminenti conferenze ed opportune iniziative, ECCO è stato pianificato con successo per migliorare l'assistenza.

### La Comunità di ECCO

Nonostante l'efficienza della nuova organizzazione ECCO, non si



può sperare di progredire senza l'appoggio vitale, la volontà e, soprattutto, la collaborazione dei suoi membri, ognuno dei quali rappresenta gli interessi della propria professione, partendo dalla loro formazione di base alla ricerca e al trasferimento della ricerca alla pratica, al trattamento, alla cura, alla prevenzione e supporto.

I membri di ECCO facilitano i pezzi del puzzle che aiuterà a risolvere ancora le innumerevoli domande senza risposte e i problemi sul cancro.

Come Membro Fondatore di ECCO, la Società Europea Infermieri



*ECCO president  
Alexander M.M. Eggermont  
and Chief Executive Officer  
Michel Ballieu*

in Oncologia (EONS) - comprendente 200 singoli infermieri che lavorano in ambito oncologico, 33 membri nazionali di società/gruppi specialistici europei, ed inoltre 19 istituzioni coinvolte nella cura del cancro e la comunità europea infermieri in oncologia - è un componente cruciale della piattaforma di ECCO, a scopo ed in ambito formativo

#### **Concetrandosi sull'interesse del paziente**

ECCO segue la filosofia secondo la quale ogni paziente oncologico merita il migliore trattamento. Affermare ciò significa che il paziente è fermamente al centro di tutte le attività ed i programmi formativi di ECCO.

Per accentuare l'impegno sull'interesse del paziente, ECCO ha recentemente lanciato on-line la sua sezione d'informazioni per i pazienti. Questa risorsa punta ad offrire una larga scelta di informazioni innovative, affidabili e moderne sul cancro e pubblicazioni correlate, inserite espressamente per soddisfare le necessità di sostenitori ed organizzazioni di pazienti. Per saperne di più visita: [www.ecco-org.eu](http://www.ecco-org.eu) (seleziona 'Informazioni Pazienti').

#### **Congressi e Conferenze**

La collaborazione recentemente annunciata tra ECCO, l'associazione europea Cancro, ed ESMO, la Società europea Medici Oncologi, fu accolta felicemente dalla comunità di oncologia europea come una svolta nell'unire forze, sforzi e professionalità da una parte all'altra dell'Europa e per favorire la multidisciplinarietà attraverso lo sviluppo della ricerca e dell'assistenza.

Un risultato alquanto critico della collaborazione di ECCO-ESMO è stato la ricongiunzione delle due principali opportunità formative nell'oncologia europea: i Congressi di ECCO e di ESMO. La messa in opera, il ritmo e gli standard per il prossimo Congresso, il primissimo - Il 15° Congresso ECCO e il 34° Congresso

Multidisciplinare ESMO unificato - si terrà in Germania, a Berlino, dal 20 al 24 settembre 2009. Per tutti gli annunci sul Congresso visita di: [www.ecco-org.eu](http://www.ecco-org.eu) (selezioni ' Congressi e Conferenze).

Oltre al congresso ECCO ed al Congresso Multidisciplinare ESMO, l'Associazione Europea Cancro organizza riunioni multidisciplinari di eccellenza a favore di alcuni delle sue associazioni membro. ECCO è incaricato a sostenere queste opportunità formative attraverso l'espedito di relazioni aggiuntive ed abilità di marketing, elevando qualità, interesse, prestazioni ed orientamento.

#### **Comitati Nuovi - Orizzonti giovani**

Per meglio rispondere alle necessità della comunità oncologica europea e rivolgersi ad ogni stakeholders in oncologia, ECCO sta creando focus groups dedicati, sotto forma di Comitati ufficialmente nominati.

Il recente Comitato Consultivo Paziente (PAC), istituito sotto la Presidenza di Luigi Denis (Antwerp, Belgio), metterà a disposizione associazioni e corporazioni di pazienti coinvolte nell'assistenza con maggiori opportunità di progredire facendo passi significativi ed offrirà ad ECCO ulteriore oculatezza nei problemi correnti e nelle sfide affrontate dai pazienti oncologici. Il Comitato Educativo, presieduto da Dirk Schrijvers (Antwerp, Belgio), organizza e guida iniziative formative, realizzate per incontrare le esigenze scientifiche, formative e professionali dei specialisti in oncologia. Una di queste iniziative è l' ECCO eLEARNING programme, creata al fine di offrire formazione distanza e continua on-line a tutti i professionisti in oncologia. Per saperne di più: [www.ecco-org.eu](http://www.ecco-org.eu) (seleziona 'Education' > 'E-learning').

#### **Contatti**

ECCO - the European CanCER Organisation  
Phone +32 2 775 02 01  
Fax +32 2 775 02 00  
Email: [info@ecco-org.eu](mailto:info@ecco-org.eu)



# La 6<sup>a</sup> EONS Spring Convention

## Nuove modalità di lavoro: innovazione nell'assistenza infermieristica oncologica

Nella cura del cancro sta avvenendo un cambiamento rapido. Ma con tanti cambiamenti che bombardano la pratica quotidiana degli infermieri oncologici, spesso è difficile fare un passo indietro, dare un nuovo aspetto a una vecchia situazione, quindi portare avanti l'attuazione di nuove tendenze che realmente fanno la differenza nella cura dei pazienti. Il fresco, mattiniero e frizzante clima primaverile che ha accolto a Ginevra la 6<sup>a</sup> EONS Spring Convention a fine marzo, ha fornito la giusta atmosfera per parlare d'innovazione nell'assistenza infermieristica oncologica.

Gli argomenti presentati andavano dalle nuove vie di lavoro fino al cambiamento dello scenario oncologico per lo sviluppo di pratiche basate sull'evidenza per l'infermieristica oncologica. Oltre le questioni relative all'assistenza, gli argomenti riguardavano il sostegno ai pazienti e a chi li assiste e il capire come i ricercatori possano ottenere risultati di interesse infermieristico, completi di pacchetti educativi e programmi interattivi.

Una tendenza diffusa nell'assistenza è il maggior coinvolgimento di pazienti e famigliari nelle scelte decisionali così come nella fornitura d'assistenza. Innovativo è che i pazienti inizino a essere sempre più coinvolti nel processo decisionale. G. Hubbard ha svolto una revisione della letteratura sul coinvolgimento dei pazienti oncologici nella politica di ricerca dell'assistenza sanitaria. Per Hubbard i pazienti stanno migliorando nel negoziato degli ostacoli burocratici, ma hanno bisogno di formazione e consigli per riuscire a influenzare i responsabili politici.

Gli infermieri oncologici sono ben consapevoli dell'importanza di fornire informazioni a pazienti e famigliari. Tuttavia, come hanno scoperto i colleghi di Roma, comunicare con pazienti anziani presenta nuove sfide e bisogna adattare i propri metodi di comunicazione per soddisfare i bisogni di questa sempre maggiore parte di pazienti oncologici. Colleghi di Zurigo hanno sviluppato un programma educativo per pazienti affetti da tumore testa-collo. Hanno scoperto che la competenza del paziente e la fiducia in se stessi è migliorata attraverso attività didattiche strutturate. È ampiamente riconosciuto che infermieri specializzati possono migliorare la qualità di cura. A Berna, infermieri specializzati nel tumore mammario hanno attuato un progetto per fornire ai pazienti sostegno e supporto durante il processo di trattamento. I risultati del loro studio, che valutava i bisogni espressi da un gruppo di controllo di pazienti con cure standard e un gruppo di pazienti consultati e supportati continuamente da infermieri specializzati, ha fatto emergere che il gruppo d'intervento ha avuto un incremento di bisogni non soddisfatti rispetto al gruppo di controllo. I risultati suggeriscono che la fornitura di assistenza maggiormente specializzata può aumentare

nei pazienti la consapevolezza delle proprie esigenze e li può incoraggiare a esprimere più apertamente le proprie necessità.

L'innovazione tecnologica è stata presentata da diversi relatori come un mezzo per cambiare e forse anche per aggiornare l'assistenza e la professione infermieristica. Il ricercatore canadese D. Doran ha rilevato che gli infermieri potrebbero migliorare la qualità delle cure fornite utilizzando metodi di valutazione comparativa per confrontare i risultati dei singoli pazienti con i risultati delle banche dati. Utilizzando telefono cellulare e tecnologia informatica, supportato da professionisti del campo, A. Young (UK) ha rilevato che i pazienti potrebbero facilmente utilizzare la tecnologia per avvisare gli infermieri sul cambiamento delle proprie condizioni. Young, inoltre, ha constatato che la tecnologia ha fornito a pazienti e assistenti un maggiore senso di sicurezza. Nel sistema è stata progettata una classificazione dei sintomi; alcuni sintomi potrebbero far scattare un allarme e la risposta degli infermieri entro 30 minuti in casi gravi oppure entro 12 ore. I pazienti hanno riferito di aver apprezzato la possibilità di gestire la propria condizione a casa, sapendo di poter contare su un aiuto a distanza.

Sono stati presentati alcuni vecchi e noti problemi dell'infermieristica oncologica ma con suggerimenti per nuove soluzioni. Per esempio, una UO canadese ha superato i problemi legati alle carenze di personale e di sovraccarico di lavoro attraverso azioni strategiche di partecipazione volte a migliorare la pratica interdisciplinare. E. Serrano e S. Lamont hanno riferito che i membri del gruppo di assistenza sanitaria hanno provato una maggior soddisfazione con la loro attività e pazienti e familiari hanno avuto sicurezza, cure competenti ed etiche come risultato degli interventi. Il dolore non alleviato è ancora un problema nella gestione dei sintomi oncologici che colpisce dal 30% al 40% dei pazienti. Fornendo ai pazienti istruzioni su come assumere farmaci antidolorifici, come controllare il dolore, e come riferire la sensazione di dolore, R. de Wit ha riscontrato che i pazienti hanno riferito una riduzione d'intensità del dolore. Nonostante i loro risultati positivi, i ricercatori sono ancora incerti su quali siano gli interventi di maggior successo per diminuire il dolore nei pazienti oncologici. Come negli anni precedenti, la 6<sup>a</sup> EONS Spring Convention è stata un'occasione per imparare attraverso l'interazione e il lavoro in rete. Un record di 600 partecipanti provenienti da 34 Paesi hanno partecipato al convegno dimostrando la tendenza degli infermieri a utilizzare incontri scientifici per saper di più sul "che cosa funziona quando" e presentare il progresso dell'assistenza. Anche se il tema della 7<sup>a</sup> edizione non è ancora stato finalizzato, la data e il luogo sono stati fissati. Preparatevi a incontrare amici e colleghi EONS ad Aprile 2010 a Den Haag, Paesi Bassi. Maggiori informazioni sul sito web EONS per maggiori informazioni

### Rappresentanza nazionale alla 6<sup>a</sup> EONS Spring Convention.

Paesi	Partecipanti				
Albania	1	Grecia	16	Siria	3
Australia	2	Irlanda	28	Slovenia	1
Austria	7	Islanda	4	Spagna	27
Belgio	13	Italia	10	Svezia	14
Bulgaria	2	Lettonia	4	Svizzera	193
Canada	8	Lituania	3	Tailandia	1
Croazia	11	Norvegia	1	Turchia	3
Danimarca	25	Nuova Zelanda	1	U.S.A.	7
Emirati Arabi Uniti	2	Paesi Bassi	23	Ungheria	3
Finlandia	18	Portogallo	20	Venezuela	1
Francia	66	Regno Unito	51		
Germania	23	Romania	8	<b>TOTALE</b>	<b>600</b>

# IBCM

Interconference  
Breast Cancer  
Meeting

# 2

23-25 April 2009

## SARAJEVO, BOSNIA AND HERZEGOVINA



### Chair

T. Čufer, (SI)

### Co-Chairs

H. Basič, (BA) (ESO)

G. Mastruk, (UA) (EUROPA DONNA)

J. Foubert, (BE) (EONS)

### Host Chair

S. Beslija, (BA) (Sarajevo)

### Scope

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

Within a truly multidisciplinary setting, participants can expect 3 days' rigorous review of cutting edge discovery from the basic, translational, and clinical levels, the latest trends and developments in nursing and cancer care as well as updates on topical issues from the patient advocacy perspective.

For all forthcoming announcements please bookmark:

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

(select 'Congresses and Conferences' > 'IBCM-2').

### Secretariat

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

ECCO – the European CanCer Organisation

Avenue E. Mounier 83

B-1200 Brussels

Belgium

Tel: +32 2 7750201

Fax: +32 2 7750245

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

### Venue

Parlamentarna Skupstina Bosne i Hercegovine

(National Assembly Sarajevo)

Trg BiH,1

71000 Sarajevo

Bosnia & Herzegovina

# La 5<sup>a</sup> International Conference on Cancer Prevention

## Riassunto della conferenza, San Gallo 2008

Agnes Glaus, PhD, RN

Circa 180 esperti internazionali da 30 Paesi si sono incontrati a S. Gallo, Svizzera, in tre giorni di discussione sulla ricerca in corso nella prevenzione del cancro. L'incontro è stato organizzato e sponsorizzato dalla St. Gallen Oncology Conferences, Scuola Europea di Oncologia, International Society of Cancer Chemoprevention, European Society of Medical Oncology, Cancer Research UK, Union International Contre le Cancer, European Association of Cancer Research, American Cancer Society e Swiss Cancer League.

Come tradizione, la prima sessione si focalizza sulla politica sanitaria, perché i sistemi di cure sanitarie internazionali ancora in qualche modo trascurano la prevenzione del cancro. Come Hans Jorg Senn ha evidenziato nel suo discorso di benvenuto, il sistema sanitario ancora lavora in un modo 'orientato verso il trattamento'. In Svizzera e in molti altri Paesi più del 98% del budget sanitario nazionale è speso per "cure and care". In contrasto, meno del 2% è dedicato alla prevenzione. Questo potrebbe ancora peggiorare poiché in futuro ci sarà meno disponibilità di denaro.

Peter Greenwald (NCI, Bethesda, USA) ha suscitato la domanda sull'uso o meno della prevenzione del cancro. Ha enfatizzato l'importanza delle politiche della sanità pubblica e dell'educazione, specialmente per quanto riguarda la prevenzione riguardante il fumo e lo smettere di fumare così come la lotta contro l'obesità. Ha fortemente raccomandato la crescita della ricerca sulla chemioprevenzione, per sviluppare modelli di valutazione del rischio usando nuove tecnologie e portando la prevenzione in primo piano.

### Markers precoci - potenziale per la prevenzione

Il conferenziere sul tema principale Scott M. Lippman (MD Anderson Research Center, Houston, Texas) ha sottolineato il nuovo potenziale di una "convergenza nella prevenzione-terapia del cancro" che rappresenta uno spostamento della strategia terapeutica verso la pre-malignità. Da questo punto di vista il vero obiettivo della prevenzione dovrebbe essere lo stato di micro-neoplasia che può essere sradicato e scoperto dai markers o dalla valutazione molecolare del rischio. Ha focalizzato le pre-malignità orali e l'incidenza del carcinoma epidermoide della testa e del collo (HNSCC). È stato sviluppato un test genetico che applica una tecnica PCR-sensibile e usa markers microsatelliti per determinare la perdita di heterocigocità (LOH) in regioni cromosomiche che contengono geni critici soppressori del tumore. Ha riferito che le lesioni da leucoplachia con LOH portano un alto rischio di HNSCC. Queste tecnologie permetteranno ai medici in futuro di fornire terapie mirate nella prevenzione secondaria. Altri biomarkers per il cancro ai primi stadi sono stati discussi poiché David Sidransky (John Hopkins University, Baltimore, USA) ha fornito idee sulla sua ricerca di ipermetilazione come marker precoce per il cancro HNSCC, del polmone, della prostata o della vescica. Ugur Sahin (Johannes Gutenberg University, Mainz, Germany) ha riferito sui risultati del gene specifico del cancro che origina gli auto-anticorpi associati del cancro come potenziali markers diagnostici. Questi auto-anticorpi possono essere rilevabili diversi anni prima della diagnosi di cancro e servono come marker diagnostico indicativo nel futuro.

### Nutrizione e stile di vita: più attenzione che mai

Nutrizione, dieta e componenti del cibo restano elementi altamente rilevanti nella prevenzione del cancro. Michel Pollak (

General Jewish Hospital, Montreal, Canada) ha fornito idee sugli effetti del metabolismo energetico sul rischio di cancro. Il rischio è influenzato da BMI, introito calorico, peso alla nascita ed esercizio. Questi fattori influenzano i livelli sierici dell'insulina e dell'IGF-I, che influenzano almeno parzialmente gli effetti dell'equilibrio energetico sul rischio. La ricerca è focalizzata sui farmaci ricettori Anti-IGF-I e sui trials fase I/II. Anthony Howell (University of Manchester, UK) ha presentato un documento che tratta gli aspetti metabolici della prevenzione del cancro. È stato dimostrato che la restrizione continua di energia (CER) o l'esercizio riducono il rischio, specialmente nel cancro al seno in post-menopausa (dimostra cosa?). Howell ha potuto dimostrare che la restrizione energetica intermittente (IER, 650kcal per 2 giorni a settimana) può essere superiore o almeno tanto efficace quanto una restrizione energetica continua (CER, 1500kcal / al giorno). Il livello sierico dell'insulina, in modo interessante, era più ridotto con IER. Wanda Baer-Dubowska (University of Medical Sciences, Poznam, Poland) ha esaminato gli effetti degli isoticianati chemiopreventivi che sono presenti nel succo di cavolo e modulano l'espressione e l'attività degli enzimi fase 1 e 2 come il CYP1A P450 in un topo. Nuovi dati sono stati presentati per i "chalcones" presenti nel succo di mela o nel Kawa tea. Clarissa Gerhauser (German Cancer Research Center Heidelberg, Germany) ha dimostrato che i polifenoli possono raggiungere il colon dopo assunzione orale in uno stato attivo e potrebbero essere ancora in grado di prevenire formazioni di adenoma. Studi con efflussi di ileostomia guarita su pazienti trattati con succo di mela hanno mostrato un aumento transitorio nell'attività di ripulitura radicale con un massimo dopo 4 ore dalla consumazione del succo di mela. Questo suggerisce che i polifenoli possono raggiungere il colon ed esercitare un effetto locale antiossidante. Il Kawa è una bevanda tradizionale nella regione delle isole del Pacifico. Informazioni epidemiologiche indicano che il kawa potrebbe essere chemiopreventivo contro l'oncogenesi del polmone.

### Chemioprevenzione: Aspirina e NSAIDs

La chemioprevenzione con Aspirina e NSAIDs è stata discussa da un gruppo di esperti internazionali nella prevenzione del cancro. È stato fatto il tentativo di trovare un consenso internazionale per l'uso dell'aspirina. Viene accettata la prova che i NSAIDs interferiscono con la carcinogenesi nell'intestino crasso. Questo non è il caso per la riduzione del cancro al seno, ma potrebbe esserlo per altri tipi di cancro, per esempio per il cancro al polmone. Gli esperti sono stati cauti nel considerare la tossicità e i costi. La colonscopia è stata considerata più costosa dell'aspirina giornaliera. Non è stata fatta nessuna raccomandazione generale per la regolare assunzione di aspirina. È necessaria una maggiore ricerca per identificare i gruppi di rischio, per definire la dose di aspirina necessaria e la lunghezza del trattamento. Un documento di consenso, che riassume la discussione di questo gruppo di esperti, sarà pubblicato presto.

La prossima Conferenza sulla Prevenzione per epidemiologi, scienziati ricercatori e clinici di tutte le discipline, si terrà a S. Gallo nel Marzo 2010.

St. Gallen Oncology Conferences  
C/o Tumor Centert ZeTup (Detection, Treatment+Prevention)  
Rorschachstrasse 150, CH-9006 St. Gallen  
www.oncoconferences.ch and www.zetup.ch



# European Oncology Nursing Society (EONS)

## INTRODUCTION

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

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

## STRATEGIC PRIORITIES

### Communication

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

### Political Agenda

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

**CARE** encompasses four bodies of work:

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

### Research

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

### Education

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

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

For more information on EONS, please contact the secretariat at

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

# Revisione della politica oncologica europea

Cath Miller, EONS Communications Team

Di tutti i fattori contenuti all'interno dell'agenda strategica EONS CARE (Comunicazione, Agenda politica, Ricerca Educazione), l'argomento che provoca maggiormente frustrazione per molti infermieri oncologici, è il secondo. Il motivo è che la maggior parte degli infermieri percepisce di essere scarsamente informata riguardo alle politiche governative in materia di cura al cancro. Inoltre gli infermieri sentono di non essere utilizzati come specialisti esperti nella stesura delle politiche di condotta per la cura del cancro.

Nel tentativo di informare i membri EONS riguardo alle problematiche politiche oncologiche, quest'articolo riassume un aggiornamento della politica del cancro, in originale presentata dalla Roche, che delinea le comunicazioni chiave a livello europeo.

## Parlamento Europeo

La riunione dei Presidenti del Parlamento Europeo ha presentato una modificata "mozione per la risoluzione" nella lotta contro il cancro nella Comunità Europea allargata. La discussione e il voto sul decreto dovrebbero tenersi nella riunione di aprile del Parlamento. Il decreto dovrebbe ottenere il sostegno di una larga maggioranza dei parlamentari.

## MEP'S contro il cancro (MAC)

MAC è un gruppo informale di Membri del Parlamento Europeo (MEP'S) impegnato a promuovere l'intervento sul cancro come una priorità dell'Unione Europea e utilizzando per questo scopo la politica sanitaria europea.

## La salute come priorità (HFE)

Forum per l'aumento della consapevolezza composto da gruppi di pazienti, sanitari, esperti accademici e dell'industria. ([www.healthfirsteurope.org](http://www.healthfirsteurope.org))

## International Agency for Research on Cancer (IARC)

IARC e la Commissione Europea hanno stabilito l'EUNICE (network dell'UE per l'informazione sul cancro), un progetto che controlla il "peso del cancro" nelle popolazioni e valuta i provvedimenti nazionali e comunitari. Il rapporto condiviso dei progressi, delle conclusioni e delle conquiste è stato presentato alla Commissione Europea in aprile. EUNICE può anche aiutare nel raffinare gli indicatori nello screening, nel trattamento e nella valutazione del risultato. Da queste raccomandazioni, un database comune sta per essere creato per aiutare nello sviluppo di programmi di controllo europeo che potranno fornire assistenza nel monitorare i risultati del paziente. ([www.iarc.fr](http://www.iarc.fr))

## European CanCer Organisation (ECCO)

La rivista ufficiale di ECCO l'European Journal of Cancer (EJC) hanno recentemente pubblicato un'intervista con il Prof. J. W. Coebergh che afferma che un maggior sforzo dovrebbe essere fatto riguardo al controllo del cancro a livello dell'UE. Il suo messaggio è stato avvalorato sottolineando che i Paesi che lavorano come unità individuali non sono in grado di rispondere velocemente alle sfide dei numeri crescenti di pazienti oncologici tra cui sviluppo e perfezionamento di nuovi programmi oncologici, prevenzione e trattamento.

Egli crede che una prospettiva europea di investimento dovrebbe essere considerata come la strada da percorrere. Il prossimo numero speciale dell'EJC pubblicherà l'articolo "Il controllo del cancro in Europa: stato dell'arte nel 2008".

## Nuovi argomenti sul cancro

Il Mese Europeo della Consapevolezza del Cancro al Colon-retto è stato lanciato il 4-5 Marzo di quest'anno. L'obiettivo del lancio, patrocinato dalla Roche, è stato quello di accrescere la

consapevolezza del cancro coloretale e l'accesso alle cure con enfasi particolare sull'importanza di diagnosi precoce e screening. È stata evidenziata la necessità di un piano pan-europeo sul cancro e la strategia di prevenzione.

Il Dr. Marios Matsakis MEP (Cipro) ha avanzato una domanda scritta alla Commissione europea chiedendole se fosse d'accordo che gli esami coloscopici preventivi dovessero essere disponibili gratuitamente in tutti gli stati membri dell'Unione Europea. Nella sua dichiarazione il Dr. Matsakis ha fatto notare che i programmi di prevenzione salverebbero molte vite oltre che essere un provvedimento di cura sanitaria economicamente efficace. Anche il Sig. Proinsias De Rossa MEP (Irlanda) ha avanzato una domanda scritta alla Commissione Europea riguardo al cancro al seno. Egli ha domandato come la Commissione avesse risposto finora al decreto del Parlamento Europeo allargato sul cancro al seno adottato nel 2006. Il sig. De Rossa ha anche sottolineato la necessità di futuri finanziamenti a favore di progetti di screening per il cancro al seno. Inoltre ha suggerito una seconda domanda scritta riguardo alla prevenzione del cancro al seno per donne sopra i 69 anni d'età.



La Sig.ra Kathy Sinnot MEP (Irlanda) ha posto una domanda scritta chiedendo specificatamente informazioni concernenti i fondi UE per la prevenzione del cancro negli uomini. Due questioni sono state sottolineate, nello specifico, per la popolazione maschile. Per prima cosa, gli uomini sono noti per essere coloro che consultano meno delle donne un medico quando hanno un problema di salute. Questo potrebbe portare a una maggiore incidenza del cancro tra gli uomini con risultati peggiori. Secondariamente, gli uomini hanno una minore consapevolezza dei sintomi associati alle più comuni forme di cancro maschile. Attualmente non ci sono fondi UE stanziati per programmi di prevenzione per ridurre l'incidenza del cancro negli uomini.

Il metodo utilizzato dalla Commissione per rispondere alle domande scritte solitamente non è specifico per il cancro perciò le risposte potrebbero essere generiche. Le iniziative in corso sul cancro promosse dalla Commissione potrebbero avere applicazioni oncologiche e pertanto aiutare a delineare la direzione futura di lavoro.

## Il forum sulla salute europea degli uomini (The European Men's Health Forum - EMHF)

Il gruppo che guida l'EMHF recentemente si è incontrato per la seconda volta a Bruxelles per discutere delle diagnosi precoci di tumore al polmone sul posto di lavoro. Il gruppo guida sta sviluppando un'iniziativa per unire la committenza e creare una mappa per le diagnosi precoci e migliorare la prognosi sul posto di lavoro. Il loro lavoro, si spera, contribuirà all'attuale e alle imminenti politiche di UE e OMS.

Le società nazionali EONS e i singoli membri sono chiamati a considerare se le iniziative discusse in quest'articolo abbiano un collegamento con le priorità legate al cancro stabilite nei loro Paesi. Se così fosse, contribuire per favore al dibattito europeo fornendo un articolo scritto (di qualunque lunghezza) per la prossima newsletter EONS. In questo modo EONS si sforzerà di mantenere la comunicazione aperta sulle problematiche concernenti la consapevolezza della politica.

# Le scelte circa lo stile di vita

## E la prevenzione del tumore mammario

*Prof. Alex Molassiotis, Professor of Cancer & Supportive Care, University of Manchester, UK & Frances Bloomberg International Distinguished Visiting Professor, University of Toronto, Canada*

La relazione tra stile di vita e incremento del rischio di tumore mammario è studiata da diversi anni. Da allora si sono diffuse informazioni spesso incoerenti su quali siano i fattori collegati all'aumento del rischio di tumore mammario.

Questo complica e interferisce nelle scelte che le donne possono compiere riguardo lo stile di vita, incrementandone l'ansia per il proprio rischio neoplastico.

Qui ci poniamo l'obiettivo di comporre un'accurata informazione su che cosa sia collegato all'aumento del rischio di neoplasia mammaria e che cosa invece no, basandosi sulla revisioni di informazioni e dati scientifici attuali.

Esistono alcuni fattori che influenzano, incrementandolo, il rischio di tumore mammario e per i quali le persone non hanno possibilità di controllo come il genere, l'età o il corredo genetico. Tuttavia, l'evidenza suggerisce l'esistenza di altri fattori di rischio che possono essere influenzati.

Spesso sono associati allo stile di vita, come dimostrato da ricerche epidemiologiche e da studi sulle popolazioni emigrate che mostrano modificazioni dell'incidenza di tumore della mammella conseguenti a migrazioni e attribuibili quindi al nuovo modo di vivere - vita sedentaria con scarso esercizio fisico o modificazioni nella dieta. L'obesità può anch'essa contribuire all'incremento del rischio di tumore mammario, sebbene l'argomento sia più complesso da affrontare.

Alcuni di questi fattori sono discussi di seguito.



### Fattori Ormonali E Riproductivi

L'uso prolungato di terapia ormonale sostitutiva (TOS) è il maggiore fattore di rischio che riguarda lo stile di vita, per quanto riguarda il tumore mammario (4,7% dei casi di neoplasia mammaria). L'utilizzo per diversi anni di TOS (estrogeno e progestinico combinati) in alcuni studi è associato non solo all'aumento di rischio del tumore mammario ma anche a quello ovarico o uterino, come anche ad altri rischi legati alla salute (ictus, trombosi...). Il rischio per la combinazione estrogeno/progestinico si applica solo all'utilizzo corrente o recente di TOS, e il rischio sembra ritornare a quello della popolazione generale entro i 5 anni dalla sospensione della terapia. Per l'utilizzo di TOS con solo estrogeno, il rischio non sembra essere aumentato, a meno che non superi i dieci anni di trattamento. Altri fattori di rischio legati alla storia riproduttiva includono il menarca precoce (< 12 anni), l'età al primo figlio (>30 anni), poche gravidanze e l'età alla menopausa (aumenta con l'aumentare dell'età). Si tratta comunque di un lieve incremento rispetto alla popolazione generale. Gravidanze multiple o giovanili sembrano invece ridurre tale rischio che rispetto all'utilizzo di contraccettivi orali risulta essere solo lievemente aumentato o assente. In ogni modo la presenza di un rischio correlato all'utilizzo di contraccettivi orali decresce con la loro sospensione, per annullarsi completamente a 10 anni dal termine del loro utilizzo. La decisione di utilizzare contraccettivi orali dev'essere valutata quindi in un'ottica di costo/beneficio (incluso la riduzione di tumori dell'endometrio e dell'ovaio, l'utilizzo in caso di dismenorrea, il miglioramento della densità ossea, ecc...). Alcuni studi suggeriscono un effetto protettivo dell'allattamento al seno che può portare a una riduzione dei casi di tumore mammario, ma tale riduzione del rischio è modesta ed è correlata a un allattamento prolungato (>18 mesi), un campo quindi difficile da studiare, soprattutto laddove l'allattamento prolungato non è molto comune.

### Fumo

Un altro fattore di rischio è costituito dal fumo, che contiene diverse molecole in grado di iniziare e promuovere lo sviluppo di una neoplasia; in alcuni studi è stata evidenziata la presenza di composti chimici provenienti dalle sigarette nelle secrezioni mammarie. Non sono ancora chiare invece le differenze tra il ruolo del fumo attivo e passivo. Quello che sembra essere più chiaro - ed è un fattore importante - è l'età in cui una donna comincia a fumare: una forte fumatrice che ha iniziato a fumare all'età di 20 anni sembra avere un aumento del rischio di sviluppare una neoplasia mammaria aumentato del 30-80%.



### Alcool

Nella scorsa decade è divenuto socialmente accettabile per le donne bere alcolici. Tutti gli studi evidenziano che le donne al di sotto dei 35 anni che fanno regolarmente uso di alcolici hanno il doppio della probabilità di sviluppare un tumore mammario rispetto a chi non ne fa uso; inoltre alcune ricerche evidenziano che per ogni quantità di alcool assunta in età adulta, la possibilità di sviluppare un tumore aumenta del 6-10%. Un adeguato apporto di acido folico (vitamina B) può contribuire a far diminuire il rischio nel donne che assumono più di un bicchiere die di alcool, sebbene questi risultati necessitano di ulteriori conferme.



### Obesità

L'obesità sembra essere associata a una diminuzione del tumore mammario nella premenopausa (riduzione del 25%), mentre lo stesso è associato a un aumento della stessa neoplasia in postmenopausa (aumento di circa il 200%). Ciò può essere correlato a una differenza nelle cellule adipose e alla loro produzione di estrogeni. Inoltre, l'obesità è spesso accompagnata a mancanza d'esercizio fisico e/o a dieta ricca di grassi: perciò risulta complesso attribuire la giusta importanza a questo o a quel fattore.



### Alimentazione

Questa è un'altra area in cui diversi studi contrastano tra loro. Numerosi non attribuiscono un ruolo legato alla neoplasia mammaria ad alimenti ad alto contenuto di grassi. Essi possono però essere stati influenzati da altri fattori



quali attività fisica, assunzione di integratori e fattori genetici. Perciò, regimi alimentari ad alto contenuto di grassi non possono essere direttamente correlati a un aumento del rischio di tumore mammario, sebbene l'introito calorico ne sia chiaramente responsabile (i grassi incrementano la produzione di estrogeni non direttamente prodotti dalle ovaie), ma possono esserlo per altre



neoplasie e malattie cardiache. Cereali integrali e fibre possono avere effetti protettivi sull'organismo e possono integrarsi in qualunque dieta; invece il consumo di carne rossa ha un ruolo di incremento del rischio per cui il suo utilizzo deve essere limitato/diminuito.

### Attività Fisica

Diverse evidenze mostrano chiaramente la correlazione tra bassi livelli di attività fisica e incremento del tumore mammario. Ci si chiede quanto esercizio occorra fare, e in questo caso abbiamo alcune piccole informazioni a supporto delle raccomandazioni. Il "Women's Health Initiative" (un ampio studio della durata di 15 anni) ha mostrato che passeggiare con un passo sostenuto per 1,25 -2,5 ore a settimana è in grado di ridurre il rischio del 18% , mentre passeggiare per 10 ore a settimana fa diminuire il rischio solo poco di più. L'American Cancer Society raccomanda 45-60 minuti di attività fisica per 5 o più giorni a settimana. La diminuzione del rischio attraverso l'esercizio fisico può agire attraverso modifiche dell'attività mestruale, delle caratteristiche fisiche (es. diminuzione del grasso corporeo) e dei livelli ormonali (es, diminuzione dei livelli di estrogeno).

### Fattori Controversi O Non Provat

Si è discusso molto sull'utilizzo dei tessuti antitraspiranti, e sembra esserci una modesta evidenza scientifica sulla loro correlazione con il tumore mammario conseguente al loro possibile assorbimento epidermico e a un'interferenza con la circolazione linfatica. Anche il reggiseno può ostacolare la circolazione linfatica con conseguente aumento del rischio di neoplasia ma non vi sono basi scientifiche o studi clinici a sostegno di questa teoria. Verosimilmente le donne che non indossano il reggiseno sono più magre e ciò può essere la reale differenza nel rischio neoplastico. Le protesi mammarie non sono associate a un aumento di neoplasie mammarie sebbene possano complicare la valutazione del tessuto ghiandolare in una mammografia (sebbene ulteriori raggi X con dislocazione della protesi possono portare a una corretta valutazione del tessuto ghiandolare). Il lavoro notturno ha suggerito in diversi studi un incremento del rischio di tumore della mammella, probabilmente attraverso modificazioni dei livelli di melatonina e/o ormoni non ancora ben identificati. Questo è un dato di recente riscontro, sono quindi necessari altri studi per esaminarlo meglio. Alcune scelte riguardanti lo stile di vita possono quindi fare la differenza nel rischio di sviluppare un tumore mammario e alcune di essi possono essere facilmente controllabili. Se noi ipoteticamente potessimo confrontare le percentuali di rischio potenziale di sviluppare un tumore mammario agli attuali pazienti affetti da neoplasia della mammella in Europa, potremmo attenderci un decremento di 30.000 casi/anno di tumore in Europa (vedi tab1). Questo minor numero si tradurrebbe con un maggior numero di vite salvate, un minor numero di persone affette da tumore o di persone attualmente affette, una minore necessità di assistenza e migliori risultati in ambito di salute. Agire sullo stile di vita può potenzialmente prevenire l'insorgenza del tumore mammario, sebbene i messaggi di promozione della salute necessitino di una

**Prevention of breast cancer cases in the EU countries annually**

Risk factor	% contribution	Cases prevented
Use of HRT	4.7%	12,690
Obesity	4%	10,500
Activity	3.2%	8,640
Alcohol smoking	Some ?	?
Breastfeeding	Some small ?	?

sensibilizzazione culturale appropriata in grado di adattarsi alle differenti realtà e stile di vita che possa comprendere le donne di oggi fino a quelle di una o due generazioni precedenti. Sono necessari messaggi chiari che permettano di bilanciare i rischi e i benefici di ogni scelta, permettendo alle donne di prendere decisioni informate circa la loro vita.

### Per approfondire

Chlebowski RT, Pettinger M, Stefanick ML, Howard BV, Mossavar Rahmani Y, McTiernan A. "Insulin, Physical Activity, and Caloric Intake in Postmenopausal Women: Breast Cancer Implications." J Clin Onc 2004;4507-4513.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. "Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies." Lancet. 1996;347(9017):1713-27.

Cui Y, Page DL, Chlebowski RT, Hsia J, Hubbell FA, Johnson KC, Rohan TE. "Cigarette Smoking and Risk of Benign Proliferative Epithelial Disorders of the Breast in the Women's Health Initiative." Cancer Causes Control 2007;18(4):431-438.

Cui Y, Page DL, Chlebowski RT, Beresford SA, Hendrix SL, Lane DS, Rohan TE. "Alcohol and Folate Consumption and Risk of Benign Proliferative Epithelial Disorders of the Breast." Int J Cancer 2007;121(6):1346-1351.

Forman MR." Changes in dietary fat and fiber and serum hormone concentrations: nutritional strategies for breast cancer prevention over the life course". J Nutr. 2007;137(1 Suppl):170S-174S

Heiss G, Wallace R, Anderson GL, Aragaki A, Beresford SAA, Brzyski R, Chlebowski RT, Gass M, LaCroix A, Manson JE, Prentice RL, Rossouw J, Stefanick ML, for the WHI Investigators. "Health Risks and Benefits 3 Years After Stopping Randomized Treatment With Estrogen and Progestin." JAMA 2008; 299(9):1036-1045.

Kolstad HA. Nightshift work and risk of breast cancer and other cancers-a critical review of the epidemiologic evidence. Scand J Work Environ Health. 2008;34(1):5-22.

Morimoto LM, White E, Chen Z, Chlebowski RT, Hays J, Kuller L, Lopez AM, Manson J, Margolis KL, Muti PC, Stefanick ML, McTiernan A. "Obesity, Body Size, and Risk of Postmenopausal Breast Cancer: The Women's Health Initiative." Cancer Causes and Control 2002;13:741-751.

# Il counselling genetico

## Oncologia genetica in Gran Bretagna e ruolo del Counsellor Consulente in Genetica

Chris Jacobs, Consultant Genetic Counsellor and Joint Lead for Cancer Genetics, South Thames Regional Genetics Service, Guys and St Thomas Hospital NHS Foundation Trust, London, England

### Introduzione

Negli ultimi 15 anni la scoperta del ruolo della familiarità nella storia del rischio per tumore e l'attribuzione di tale alto rischio all'identificazione di geni per alcune forme, fanno sì che ci sia un aumento del numero di pazienti che si rivolgono, per il loro rischio oncologico, al counselling genetico. Conseguentemente, il counselling genetico in oncologia è divenuto progressivamente una parte considerevole del lavoro dei Counsellor Genetici (CGs) in UK con un crescente numero di CGs che si specializzano in genetica oncologica. Questo articolo vuole trattare il ruolo dei CGs all'interno della genetica oncologica in UK, ed il ruolo del Counsellor Consulente in Genetica per la Genetica Oncologica nel Servizio Regionale di Genetica del South Thames presso il Guy's and St. Thomas Hospital NHS Foundation Trust in Londra.

### Premessa

Il counselling genetico è un processo di comunicazione che si occupa dei problemi umani associati a circostanze, o al rischio di un'evenienza, di un disordine genetico nella famiglia (1). La componente principale di tale ruolo è di informare e guidare i clienti sulle loro condizioni genetiche in maniera mediata e di offrire loro supporto e aiuto tale da far fronte e facilitare una risoluzione informata.

Prima della metà degli anni '90, lo studio della predisposizione genetica al cancro era ampiamente confinata alle più rare sindromi tumorali famigliari. Anche se è da molto tempo ammesso che molti tipi di tumore comune mostrano una tendenza a ricorrere famigliarmente. L'identificazione nel 1995 del gene BRCA1(2) e del gene BRCA2(3) nel 1996 portarono importanti sviluppi nella comprensione del significato della storia famigliare del tumore mammario e sui rischi associati ad una predisposizione genetica. Susseguentemente sono stati isolati molti altri geni predisponenti al cancro che conducono ad una maggior comprensione dell'eziologia, dei rischi connessi e della gestione del tumore. Come risultato di questi progressi c'è stato un grande aumento nella consapevolezza del significato della storia famigliare tra la popolazione in genere e conseguentemente un rimando ai servizi genetici, ora, costituisce perlomeno la metà dell'attività clinica genetica in UK.

### Il ruolo del Counsellor Genetico in oncologia genetica in Gran Bretagna

In Gran Bretagna ci sono 23 Centri Regionali Genetici molti dei quali si avvalgono di cliniche (ambulatori) satellite. Il ruolo dei GC varia in Gran Bretagna. In molti centri i GCs hanno una loro propria modalità di approccio clinico e sono membri chiave del team multidisciplinare. In alcuni centri ci sono équipes specificatamente oncologiche oppure generali e in altri i GCs valutano sia i pazienti oncologici che i non. In Gran Bretagna ci sono due percorsi per accedere alla professione: attraverso un percorso accademico scientifico con un Master in counselling genetico o come Registered Nurse con un Master successivo. Tutti i GCs in Gran Bretagna ora vengono incoraggiati a iscriversi al registro professionale, cosa che si spera diventi statutaria. Il percorso d'iscrizione include tirocinio, pratica, evidenze di competenza e formazione continua di sviluppo professionale in tutte le aree della genetica.

Il ruolo del GC in genetica oncologica è quello di verificare la storia famigliare, fornire consigli personalizzati sui rischi e sugli



screening, aiutare il paziente e la famiglia a convivere col rischio oncologico, fornire consiglio, supporto e dove appropriato, valutare l'opzione di test genetici. Per proporre test genetici sulla predisposizione al tumore in Gran Bretagna bisogna che ci sia almeno la presenza di un 20% di possibilità di mutazione, e in

molti casi un familiare con tumore disposto a essere testato. Se si può identificare una mutazione in un parente con cancro, agli altri parenti può essere proposto un test genetico predittivo. Un test genetico in Gran Bretagna viene offerto solo dopo del counselling genetico e con un consenso informato. Ereditarietà e rischi associati a specifiche mutazioni geniche, possibili esiti e implicazioni sui test, confidenzialità e potenziale impatto sul risultato positivo o negativo e i bisogni di supporto psicosociale per l'individuo, vengono tutti discussi prima del test. Il numero degli incontri offerti prima e dopo il test varieranno secondo la situazione ed i bisogni individuali. Fino al tardo 1990 la genetica oncologica in Gran Bretagna era sovvenzionata interamente dalla ricerca. L'espansione dei servizi di genetica oncologica all'interno del Servizio Sanitario Nazionale e il crescente numero di GCs che intraprendono la professione partendo da una formazione oncologica avvantaggiano la specializzazione di alcuni GCs e lo sviluppo di ruoli di counsellor genetico senior all'interno della genetica oncologica.

### Il ruolo del Counsellor Consulente Genetico in Genetica Oncologica

Il Centro Genetico Regionale del South Thames serve approssimativamente una popolazione di quattro milioni di persone. I referenti sono assistiti da medici di base, specialisti clinici e infermieri specializzati. Il ruolo del Counsellor Consulente Genetico in Genetica Oncologica si è sviluppato nel Centro di Genetica Regionale nel South Thames nel 2006 come risultato di un aumento di riferimenti oncologici e bisogno di sviluppo dei servizi genetici oncologici. Il ruolo include fornire la pratica di esperti, attuare la formazione, la dirigenza e lo sviluppo di servizi, i collegamenti con altri oncologi specialisti e la ricerca. Questo ruolo propone molte sfide e opportunità, alcune delle quali sono descritte di seguito.

Una delle sfide del counselling genetico è offrire un'assistenza a chi ne ha bisogno senza creare inutili ansie e aspettative. Nel Sud Est dell'Inghilterra, abbiamo lavorato con infermieri specialisti per stabilire una rete di storie cliniche famigliari nella cura secondaria, per assicurarsi dell'opportunità di riferirli ai genetisti. Infermieri specialisti in tumore mammario, del colon-retto e ginecologici sono addestrati da GCs a rilevare la storia famigliare da tre generazioni e a valutare e chiarire il rischio oncologico e la sua gestione con diretto riferimento ai genetisti per chi ha un rischio



aumentato in accordo alle linee guida locali e nazionali (4). Per qualificare gli infermieri specializzati nella valutazione famigliare per tutti gli aspetti della genetica oncologica viene prodotto un corso annuale di otto giorni dai GCs dei Centri Regionali di Genetica del Sud di Londra insieme al Kings College di Londra e all'University of Kingston. Inoltre è stato stabilito un programma basato sulla valutazione della competenza per gli infermieri che raccolgono la storia clinica famigliare con il supporto e la supervisione da parte dei GCs. Una verifica del nostro servizio nel 2006 ha mostrato che le valutazioni delle storie cliniche famigliari nel Centro Regionale Genetico del South Thames sono state molto più accurate e appropriate rispetto alle valutazioni provenienti dall'assistenza di base.

Recentemente abbiamo completato un progetto pilota triennale per determinare il bisogno clinico nelle comunità locali (5). L'area circostante il Guy's Hospital è una delle più degradate socialmente ed etnicamente eterogenee. Offrire alla comunità ospedali locali ai quali i pazienti possono riferirsi ha aumentato la proporzione di pazienti inglesi di colore che accedono al servizio di genetica oncologica dal 3% al 46%. Il 63% dei pazienti valutati dal servizio erano portatori di un rischio da moderatamente a fortemente aumentato e furono indirizzati verso screening o counselling genetici. Ora noi stiamo per finanziare l'espansione di questo servizio per sviluppare nell'area locale un'attività comprensiva di valutazione rischio attraverso la prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Abbiamo organizzato un progetto pilota di due anni per costituire uno stop clinico multidisciplinare per pazienti che sono portatori di mutazioni geniche ad alto rischio di predisposizione per il tumore mammario (BRCA1 e BRCA2). Ai pazienti viene proposta una visita annuale con specialisti in genetica (GC o genetisti), chirurgia mammaria, ginecologia, oncologia e psicologia in modo di offrire adeguate informazioni e counselling in collegamento con i loro medici di base. Inoltre ai pazienti viene offerta l'opportunità di partecipare a studi di ricerca, accedere a gruppi di supporto, a giornate informative e a una newsletter annuale. I risultati di due anni sono attualmente in valutazione anche se dati provvisori a 11 mesi mostravano che i pazienti erano molto soddisfatti del servizio e che il numero di donne che sceglievano la chirurgia profilattica e/o partecipavano ad un progetto di ricerca, come risultato

clinico, aumentavano. Questo servizio è anche ora in progresso.

### In conclusione

Gli sviluppi della conoscenza scientifica stanno coinvolgendo la genetica oncologica ben oltre la corrente primaria della pratica oncologica. C'è una crescente domanda di test genetici tra le donne non appena viene loro diagnosticato un tumore mammario, e che hanno un'importante storia di malattia famigliare così da informarne la gestione chirurgica. In più l'uso dei biomarcatori nella determinazione del trattamento sta diventando una crescente realistica possibilità. Questi sviluppi evidenziano l'importanza della comprensione della genetica oncologica tra tutti gli operatori sanitari nel campo oncologico. Il counsellor genetico è probabile che in Gran Bretagna giocherà un ruolo crescente nell'integrazione della genetica oncologica, nello sviluppo del percorso oncologico del paziente e nel centrare gli appropriati specialisti, accrescendo l'apprezzamento per il servizio tra il pubblico e formando gli altri professionisti sanitari. La genetica oncologica è un campo in rapida espansione e con un futuro stimolante. Il cambiamento del profilo dei referenti ha portato a un cambiamento nella responsabilità del counsellor genetico e allo sviluppo di nuovi ruoli professionali; questo, sebbene per tutti gli infermieri che operano in oncologia sia essenziale la comprensione dell'importanza della storia famigliare all'interno del rischio oncologico e affinché i prossimi progressi scientifici fatti in genetica oncologica diventino sempre più parte integrante nella gestione del cancro.

### Bibliografia

1. American Society of Human Genetics Ad Hoc Committee on Genetic Counselling: Genetic Counselling. American Journal of Human Genetics 27, 240-242, 1975
2. King M-C and Szabo C: Inherited breast and ovarian cancer. Human Molecular Genetics 4, 1811-1817, 1995
3. Stratton M: Recent advances in understanding of genetic susceptibility to breast cancer. Human Molecular Genetics 5, 1515-1519, 1996
4. McIntosh A et al: Clinical guidelines and evidence review for the classification and care of women at risk of familial breast cancer. London: National Collaborating Centre for Primary Care/ University of Sheffield. NICE guideline CG014. www.nice.org.uk, 2004; updated 2006
5. Jacobs et al: Providing a community-based cancer risk assessment service for a socially and ethnically diverse population. Familial Cancer 6 (2) 189 - 195 Epub 2007 May 23

## Progetto unitario speciale SIOP Europe – EONS ECCO Collaborazione fra infermieri e medici in oncologia pediatrica

Il progetto di ricerca nato da ECCO e condotto da Faith Gibson (UK) è partito come progetto biennale nel 2006 e procede bene. Esso coinvolge una coppia (medico e infermiere) in tutta Europa a collaborare al miglioramento dell'assistenza nei propri luoghi di lavoro mediante l'uso di un questionario di valutazione. Questa tecnica mira allo sviluppo sempre maggiore dei punti di forza della pratica esistente.

Finora si sono tenuti due weekend residenziali nel novembre 2006 e nel giugno 2007. Il terzo e ultimo incontro si è tenuto a Praga nel giugno 2008. Il progetto è partito con 15 coppie da 13 Paesi (Svizzera, Grecia, Belgio, Polonia, Estonia, Lituania, Serbia, Francia, Germania, Gran Bretagna e Paesi Bassi): 4 gruppi, purtroppo, hanno dovuto abbandonare il progetto. Le 11 coppie rimaste stanno ora lavorando alla propria parte di lavoro da proporre nei propri centri. Il progetto prevede:

- Collaborazione fra medico e infermiere nel fornire informazioni ai pazienti e ai propri familiari durante le cure.
- Miglioramento della comunicazione telefonica fra genitori ed équipe sanitaria nell'unità di oncologia pediatrica.
- Miglioramento dei protocolli sul dolore pediatrico nei reparti di oncoematologia pediatrica.

Speriamo di fornirvi un resoconto più esaustivo del progetto alla fine dell'anno.

Dr. Faith Gibson  
A nome della squadra di progetto.



# Forum Europeo sulla salute degli uomini

## Contrastare le disparità riguardanti la salute degli uomini di tutta Europa

Nicola Beech, Research Officer, University of Surrey

### Introduzione

Il Forum Europeo sulla Salute degli Uomini (EMHF) ha lo scopo di migliorare la salute degli uomini in tutti i paesi d'Europa, promuovendo la collaborazione tra le organizzazioni interessate ed i singoli individui, per lo sviluppo e l'applicazione delle politiche connesse alla salute, alla ricerca, istruzione ed ai programmi di prevenzione. Un attuale punto di riferimento per EMHF riguarda l'individuazione precoce del cancro al polmone negli uomini sui luoghi di lavoro. L'incontro del secondo gruppo direttivo ha avuto luogo l'11 marzo a Bruxelles ed EONS è stato invitato ad inviarti un rappresentante. Il Gruppo Direttivo comprende rappresentanti di tutta Europa, compresi medici (Norvegia, Svezia e Regno Unito) infermieri (EONS); consulenti in materia di salute (OMS, Royal Mail - Regno Unito); sindacati (Regno Unito); società farmaceutiche, la Rete Europea per la promozione della salute sul luogo di lavoro, funzionari UE e il Dipartimento di Sanità (Regno Unito).

### Background

Il cancro del polmone è il tumore più diffuso in oltre la metà dei 38 paesi in Europa (1), con una stima di 243000 casi nel 2000 (2). I Tassi di incidenza mostrano, in genere, tendenze diverse tra i paesi europei, per età e status socioeconomico (3), ed indicano il cancro del polmone come il secondo tumore più comunemente diagnosticato negli uomini (n = 292,200, 17,2%) (4). La sopravvivenza per i pazienti affetti da cancro del polmone rimane scarsa, con stime di 1 anno per sopravvivenza relativa per ~ 30% per entrambi i sessi, ed aspettativa di vita a 5 anni per ~ 10% negli uomini e nelle donne (5). I Paesi europei con la più alta incidenza di cancro al polmone dimostrano anche i più alti livelli di mortalità per cancro ai polmoni. Per gli uomini, questi paesi, in ordine di classifica, sono: l'Ungheria, la Polonia, la Croazia ed il Belgio (1). Nel 2006, il cancro del polmone è stato la più alta causa di mortalità per decessi da cancro in Europa, con 252.300 morti negli uomini (4). Cambiamenti nella incidenza, sopravvivenza e tasso di mortalità sono il riflesso di una serie di fattori sociali ed epidemiologici, tra cui i programmi di promozione della salute, singoli stili di vita, esposizione occupazionale, screening sanitario; l'esistenza e l'accessibilità delle strutture sanitarie e le risorse umane, finanziarie e materiali per la salute e lo sviluppo economico (3). Variazioni di sopravvivenza e tassi di mortalità di tutta Europa sono molto probabilmente il risultato di diversi accessi a cure specializzate (6), che suggeriscono come i miglioramenti verso tale servizio possano essere fatti (7). I pazienti spesso si presentano troppo tardi, quando il cancro del polmone è già localmente avanzato o è metastatico (8), in parte come risultato di una mancanza di conoscenza e consapevolezza tra le persone circa il rischio di cancro polmonare, i sintomi e le possibilità di intervento (9,10). I luoghi di lavoro rappresentano un importante punto di ritrovo per fornire educazione e promozione sanitaria in quanto permettono l'approccio con molti uomini. Inoltre, il posto di lavoro offre l'opportunità di collaborare con i sindacati che possono favorire l'accesso alla popolazione, ed offrire una struttura organizzativa attraverso la quale i programmi possono essere somministrati (11).

### Temi chiave della riunione

Durante la discussione tra i membri del gruppo di orientamento, sono stati identificati i seguenti temi chiave:

- Una molteplicità di disuguaglianze in tutta Europa, per quanto riguarda la spesa globale per l'assistenza sanitaria e la cura del cancro, producono scarsi risultati per la diagnosi e il trattamento del tumore polmonare.
- Le persone aspettano più a lungo prima di chiedere un consulto rispetto ai sintomi.
- Molti, tra operatori sanitari e persone, non sono necessariamente

consapevoli dei benefici di una diagnosi precoce.

- Vi è la mancanza di semplici, facili strumenti diagnostici da usare per rilevare il cancro ai polmoni.
- I media hanno meno probabilità di interessarsi delle questioni relative al cancro del polmone, probabilmente a causa dei preconcetti associati ed anche a causa della prognosi sfavorevole.
- Lo sviluppo di misure di prevenzione del fumo come ad esempio la lotta contro il fumo sul posto di lavoro. Alcuni paesi europei hanno introdotto "divieti di fumo" in luoghi pubblici, ma questo non è banale.
- Le campagne di promozione della salute aventi per obiettivo il cancro ai polmoni hanno dimostrato che tutti i soggetti interessati devono essere coinvolti fin dall'inizio, e dovrebbe essere inteso come un programma continuo, sistematico.
- Per quanto riguarda gli interventi sui luoghi di lavoro, è fondamentale supportare i datori di lavoro che si sono impegnati nel programma.
- Gli operatori sanitari devono essere coinvolti in tutte le fasi, in particolare per quanto riguarda la diagnosi precoce sul posto di lavoro.
- La salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro richiederanno complessi sistemi di valutazione del rischio per quanto riguarda il cancro ai polmoni.

Vi è stato comune accordo sul fatto che il luogo di lavoro è un ambiente efficace per la comunicazione di messaggi e per influire positivamente sui comportamenti che interessano la salute, in particolare per quanto riguarda gli stranieri. La sessione ha determinato una serie di raccomandazioni per quanto riguarda le misure necessarie sul posto di lavoro per la diagnosi precoce di cancro al polmone negli uomini (cfr. riquadro 1).

### Tabella 1: Piano di raccomandazioni

1. Assicurarsi prioritariamente a partire dai datori di lavoro l'acquisto, attraverso la dimostrazione di "business case", per i programmi di salute sui luoghi di lavoro.
2. Coinvolgere i sindacati nel lavoro di promozione della salute e riconoscere il prezioso contributo che i sindacati hanno dato e possono dare.
3. Promuovere ulteriori attività di ricerca con semplici e pratici strumenti diagnostici per consentire diagnosi precoce di cancro al polmone.
4. Intervento europeo per liberare dal fumo i luoghi di lavoro e una più ampia disponibilità al trattamento per la dipendenza dal tabacco.
5. Incoraggiare le imprese ad osservare i regolamenti per la salute e la sicurezza, in particolare per quanto riguarda i lavoratori stranieri.
6. Promuovere una migliore istruzione e formazione per gli operatori sanitari attraverso la diffusione delle migliori pratiche.
7. Evidenziare e contrastare le disuguaglianze significative sulle risposte di salute per quanto riguarda i tassi di sopravvivenza per il cancro ai polmoni per gli uomini di tutta Europa.
8. Dare priorità alla alfabetizzazione sulla buona salute attraverso l'uso di metodi di comunicazione chiari e liberi da termini tecnici per far giungere il messaggio al pubblico.
9. Identificare e diffondere gli esempi di buone abitudini nella promozione della salute sul lavoro
10. Coinvolgere tutti i soggetti interessati al fine di garantire la più ampia coalizione di interessi rappresentati
11. Garantire la rapida applicazione del Piano globale d'azione dell'OMS per la Salute dei Lavoratori.
12. Raccogliere prove delle "best practice" per la diffusione di sistemi di promozione della salute sui luoghi di lavoro

### Azioni future

EMHF cercherà esperti all'interno dei membri delle organizzazioni al fine di sviluppare ulteriormente l'attuale serie di raccomandazioni e di contribuire alla produzione di un completo rapporto finale.

La relazione comprenderà studi di casi di interventi sui luoghi di lavoro che hanno avuto successo nell'aiutare i dipendenti a riconoscere ed affrontare i sintomi del cancro del polmone.

Una serie di incontri saranno organizzati con le principali organizzazioni e con i singoli individui in preparazione del terzo gruppo direttivo all'inizio dell'autunno 2008.

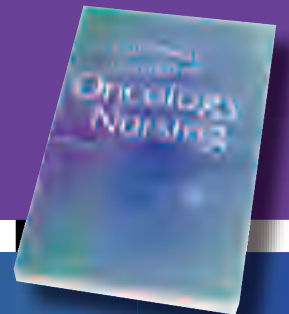
I Rappresentanti di livello europeo dei principali gruppi interessati saranno invitati all'incontro con questo gruppo direttivo per discutere le raccomandazioni chiave ed assumere impegni per la diffusione delle misure concordate. I membri del progetto creeranno opportunità a ciascuno nelle rispettive aree per diffondere i risultati, mentre EMHF organizzerà un seminario durante il Forum Europeo "Gastein" della Sanità nel mese di ottobre.

Il forum sulla salute sarebbe un'opportunità particolarmente adatta, poiché, oltre ad alti funzionari UE; attrae, tra le parti interessate, responsabili nazionali delle politiche e altri alti funzionari della sanità pubblica.

### Bibliografia

1. Bray F: The burden of cancer in Europe. In Coleman MP, Alexe D, Albrecht T and McKee M, editors: Responding to the challenge of cancer in Europe, Slovenia, 2008, Institute of Public Health.
2. Cancer Research UK: UK lung cancer incidence statistics, London, 2007, CRUK
3. Alexe D, Albrecht T, McKee M, et al: Responding to the challenge of cancer in Europe. In Coleman MP, Alexe D, Albrecht T and McKee M, editors: Responding to the challenge of cancer in Europe, Slovenia, 2008, Institute of Public Health.
4. Ferlay J, Autier P, Boniol M, et al: Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006, *Annals of Oncology*, 18(3), 581-592, 2007.
5. Sant M, Aareleid T, Berrino F, et al: EUROCORE-3: survival of cancer patients diagnosed 1990-94—results and commentary. *Annals of Oncology*, 14 (suppl\_5), v61-118, 2003
6. Janssen-Heijnen ML, Gatta G, Forman D, et al: Variation in survival of patients with lung cancer in Europe, 1985-1989. *European Journal of Cancer*, 34(14), 2191-2196, 1998.
7. Corner J, Hopkinson J, Fitzsimmons D, et al: Is late diagnosis of lung cancer inevitable? Interview study of patients' recollections of symptoms before diagnosis. *Thorax*, 60(4), 314-319, 2005
8. Birring SS, Peake MD: Symptoms and the early diagnosis of lung cancer. *Thorax*, 60(4), 268-269, 2005.
9. Corner J, Hopkinson J, Roffe L: Experience of health changes and reasons for delay in seeking care: a UK study of the months prior to the diagnosis of lung cancer. *Social Science and Medicine*, 62(6), 1381-91, 2006
10. Tod AM, Craven J, Allmark P: Diagnostic delay in lung cancer: a qualitative study. *Journal Advanced Nursing*, 61(3), 336-43, 2008
11. Allen JD, Stoddard AM, Mays J et al: Promoting breast and cervical cancer screening at the workplace: results from the Woman to Woman Study. *American Journal Public Health*, 91(4), 584-590, 2001.

# Impact Factor is coming...



## Make your article count!

### A few tips on how to cite.

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

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

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

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



# Il tumore alla cervice dal punto di vista delle donne

## Oltre morbilità e mortalità

Karin Blomberg RN, PhD student\*, with A. Forss, B-M Ternstedt, C. Tishelman, & C. Widmark (in alphabetic order)

### Introduzione

Nelle donne, il tumore alla cervice rappresenta la seconda malattia neoplastica più diffusa al mondo (1). Nel 2006, in Svezia è stato diagnosticato il cancro alla cervice in 440 donne (2) e 136 donne sono morte per questa patologia nel 2005 (3). La diminuzione della morbilità e mortalità nei Paesi occidentali è collegata all'efficacia dei programmi che utilizzano il pap test per la diagnosi precoce di tumore alla cervice negli stadi non invasivi e asintomatici. Il pap test fu ideato da Papanicolaou nel 1943 e utilizzato in programmi di screening e in screening "opportunistici" (al di fuori di programmi specifici e in assenza di sintomi di malattia) per molti anni. Lo screening del tumore della cervice sulla popolazione è attivo in Svezia dal 1960 e differisce da altri Paesi perché è un'iniziativa basata su un programma di ricerca (PCCSP), e coordinata da 6 Centri Oncologici regionali (OC). Negli ultimi cinque anni la comunità scientifica ha messo in evidenza l'implicazione di un virus, papilloma virus umano (Human Papilloma Virus - HPV) come induttore del tumore della cervice (4). L'HPV è la più comune malattia a trasmissione sessuale in entrambe i generi, in particolare tra gli adolescenti e i giovani adulti (5). Molti sono tipi di HPV, circa 15 di loro sono classificati a "rischio elevato" perché associati al tumore della cervice (5). Parecchie infezioni da HPV si risolvono spontaneamente, ma infezioni croniche da HPV possono condurre a una displasia pre-cancerosa (5). È stato sviluppato e commercializzato un vaccino contro HPV, prima negli Stati Uniti, nel 2006, ed in Svezia nel 2007. Il vaccino per l'HPV è descritto come efficace contro il 70% delle specie d'infezioni da HPV e vista la sua maggiore efficacia in coloro che non sono stati infettati, i programmi di vaccinazione dovranno essere comunque associati agli screening del cancro della cervice per una migliore prevenzione. I rapidi sviluppi scientifici e tecnologici sottolineano nuove sfide in relazione ai programmi esistenti di prevenzione del tumore della cervice. Fino a ora, molte ricerche sono state focalizzate sui fattori che influenzano la partecipazione delle donne ai programmi di screening e sugli interventi che incrementano la compliance ai programmi. Vi è la necessità di capire maggiormente l'esperienza delle donne e il loro giudizio circa il tumore della cervice e la sua relazione con l'infezione da HPV, così come sul vaccino dell'HPV. L'oggetto della mia tesi di dottorato è un'estensione di un progetto di ricerca multidisciplinare col professore in Infermieristica Carol Tishelman, leader del progetto e principale supervisore scientifico e in collaborazione con il Dottor Catarina Widmark, Ostetrica, e Dottor Anette Forss, Infermiera e Antropologa. Molti studi sono stati pubblicati dal gruppo di ricerca (6-12) sullo screening del tumore della cervice, basati su differenti quesiti scientifici e prospettive diverse. L'obiettivo del mio studio è di esplorare l'esperienza e il giudizio delle donne, la causa del tumore della cervice e la sua prevenzione, sia per lo screening del tumore della cervice che per il vaccino dell'HPV.

### Esperienza delle donne e riflessioni sullo screening del tumore della cervice

In letteratura si ritiene che le donne che non si sottopongono al pap test si comportino in questo modo perché ritengono che il tumore della cervice non sia stato del tutto eliminato (13-14). Tuttavia, vi è una scarsa conoscenza della

motivazione che spinge le donne a non sottoporsi a screening o pap test. Dall'analisi delle interviste e messaggi fax inviati dalle donne che volontariamente avevano scelto di non partecipare al PCCSP (durante lo studio, alle donne che non volevano partecipare al PCCSP si chiedeva di rendere l'invito con una motivazione della loro scelta), è emerso che si possono avere ragioni diverse per questa scelta (15). Vi fu una ragione comune: il contrasto tra la sfera pubblica e privata. Le donne che parteciparono distinsero tra ciò che a loro sembrava appartenere all'area privata e ciò che apparteneva al pubblico dominio. Esse riferirono di percepire una frattura tra il loro privato e l'interesse pubblico, che ha la responsabilità del mantenimento della salute dei cittadini. Vi fu anche una differenza nel modo in cui le donne descrissero la consapevolezza della propria corporeità, rispetto agli atteggiamenti degli operatori professionali. Nelle descrizioni delle donne, tra le convinzioni emerse, vi era che uno stile di vita salutare potesse proteggere dal tumore alla cervice e che quindi il pap test sarebbe stato non necessario. Le descrizioni inclusero esperienze negative con il sistema sanitario e con il PCCSP, come esempio di sentimento di sfiducia, o precedenti incontri con operatori sanitari descritti come non rispettosi. Alcune hanno espresso la forte convinzione che i programmi di screening rappresentano un controllo sociale della vita privata. Il PCCSP è stato definito, da alcune, come il "Grande Fratello", sottolineandone la controversia etica, vale a dire l'autodeterminazione verso l'implicita coercizione a partecipare al programma. Al contrario, alcune donne, hanno mostrato la volontà di condividere gli aspetti privati della loro vita con il PCCSP, ad esempio inviando messaggi fax a un numero anonimo del programma di screening. Come partecipanti del PCCSP, alcune donne hanno ricevuto un referto del pap test non chiaro o anormale e perciò sono state ricontattate per ulteriori indagini, basate su visite e trattamenti. Questi follow-up sono spesso descritti, in letteratura e nella pratica clinica, come interventi "non problematici" del tumore della cervice. Nel nostro studio, basato su interviste ripetute non strutturate a 30 donne, inserite nel PCCSP che avevano ricevuto un risultato del pap test anormale, abbiamo visto che il periodo del follow-up medico viene vissuto come un'esperienza di forte impatto per le donne. Questa esperienza potrebbe essere anche vista in relazione alla sfera pubblica e privata. Si è appurato che le descrizioni delle donne circa il loro corpo riguardano le sensazioni che cambiano nel tempo, di "avere" o di "essere" un corpo. Due processi integrati risultarono importanti. Un processo include il cambiamento da un corpo silente, sano e asintomatico a un corpo che si fa "sentire" attraverso dolore, fluidi vaginali, sanguinamenti dopo l'intervento dei professionisti. Queste riflessioni furono anche correlate al significato attribuito alle parole "normale" e "anormale" dell'esperienza di follow-up. Per esempio, il dolore provocato dalla biopsia fu descritto come inaspettato e poteva far pensare alle donne d'essere ipersensibili al dolore e quindi considerato come segno di debolezza.



L'altro processo include il concetto di come le donne percepiscono i cambiamenti del corpo che si modifica. Questi cambiamenti potrebbero essere favoriti dalla mediazione dei professionisti, ad esempio la visualizzazione della cervice, un'area non familiare del corpo per molte donne, così come il dolore, fluidi vaginali e perdite ematiche che possono derivare da trattamenti professionali. Inoltre, sembrava che le donne mutassero la loro visione che il rischio di tumore della cervice fosse associato alla loro vita individuale e al loro corpo alla condivisione che questo rischio fosse in realtà un problema non più personale ma esteso alla loro famiglia e generazione. La tematica relativa alla sfera pubblica e privata è emersa anche durante le discussioni nei focus group con donne trentenni, tenuti per condividere le loro opinioni sul PCCSP. L'analisi preliminare dei focus group indica l'importanza della complessità del contesto nel quale la donna vive, che ne condiziona le opinioni riguardo al tumore e allo screening. Esse hanno espresso incertezza circa una serie di problemi relativi al PCCSP e al tumore della cervice, ad esempio: quando e da chi il pap test verrà eseguito; che cosa il test può identificare; qualità e quantità delle informazioni ricevute; conflitto tra sfera pubblica e privata. Poche sono le donne consapevoli della relazione tra infezione di HPV e tumore della cervice. Infatti, lo "stile di vita salutare" è descritto come protettivo di questo tumore, con la percezione che i suoi fattori di rischio varino dall'inquinamento atmosferico a vaghe nozioni d'infezione a trasmissione sessuale. È stato importante scoprire l'espressione molto sorpresa delle donne quando, durante i focus group, i moderatori hanno introdotto la relazione tra attività sessuale e tumore della cervice.

### **Discussione e future implicazioni per la ricerca e pratica**

Questi studi diversi sottolineano l'esperienza delle donne e la loro opinione su diversi aspetti del PCCSP. Il concetto che le donne avevano del ruolo e delle responsabilità di sfera pubblica e privata appare essenziale nelle loro convinzioni circa lo screening del tumore della cervice. La modalità delle donne di concettualizzare la salute, la malattia e il rischio di malattia è apparso influenzare la loro decisione di partecipare al PCCSP (12,15). Il conflitto tra sfera pubblica e privata è stato anche associato ad esempio al problema su quale grado di conoscenza della corporeità femminile sia necessario, come possa essere ottenuto e chi ne disponga. Questa tematica è portata alla luce anche dal contemporaneo discorso culturale che riguarda la responsabilità individuale per il mantenimento della propria salute e la prevenzione delle malattie (12). Questo emerge dalle riflessioni delle donne circa la loro decisione di non partecipare al PCCSP così pure come la descrizione delle esperienze legate alla loro percezione del corpo nel corso dei follow-up seguenti un pap test anormale (15-16).

Il punto di vista delle donne del PCCSP suggerisce la necessità di incrementarne la collaborazione attraverso incontri diretti e indiretti tra potenziali partecipanti e professionisti coinvolti nelle diverse fasi del programma. Una considerazione aggiuntiva è il conflitto che esiste tra i bisogni dell'individuo e quelli sociali, nello sforzo di migliorare la salute pubblica (6). Dal momento che un vaccino contro l'HPV è stato commercializzato, nuovi dati sono necessari, dopo i focus group con le trentenni, per comprendere i cambiamenti. Perciò, noi continuiamo nella raccolta dati sulla stessa popolazione. La conoscenza di come le giovani donne comprendono il PCCSP e problemi affini è importante, perchè i programmi di vaccinazione HPV stanno per essere discussi in vari Paesi. Queste donne di trent'anni potrebbero essere nella posizione di decidere, nel futuro, se sottoporre o no i propri figli alla vaccinazione da HPV. Nella letteratura esistente si enfatizza il rischio di stigmatizzazione, vista la

relazione tra infezione HPV – malattia a trasmissione sessuale – e tumore della cervice. Questo, in aggiunta al rapido sviluppo scientifico e tecnologico suscita nuove sfide per donne, partners, famiglie e società. Il risultato di questi studi può auspicabilmente aggiungere conoscenza che può essere utile per ottimizzare i programmi di screening del tumore della cervice, i futuri programmi di vaccinazione HPV e fornire informazioni per meglio soddisfare i bisogni delle donne.

*\*Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Division of Nursing, Unit for Cancer Care, Karolinska Institutet, Stockholm and School of Health and Medical Sciences, Örebro University, Örebro, Sweden, and the Swedish National Postgraduate Research School in Health Care Sciences.*

### **Bibliografia**

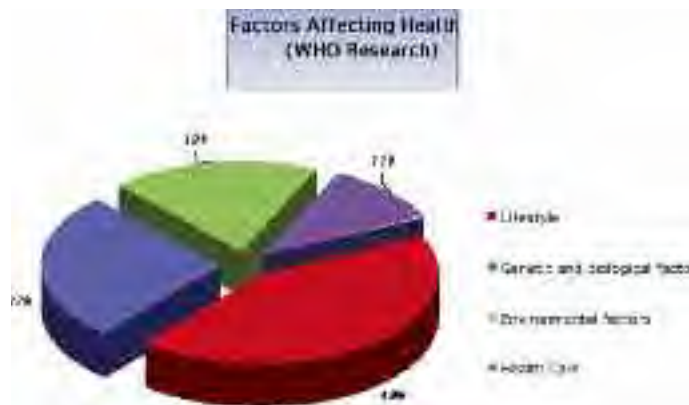
1. Ferlay F et al.: GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, Lyon, 2004, IARC Press.
2. National Board of Health and Welfare: Cancer Incidence in Sweden 2006. Official statistics of Sweden, report No 2007:16, Stockholm, 2007, Centre for Epidemiology.
3. National Board of Health and Welfare: Causes of Death 2005. Official statistics of Sweden, report No 2007:15, Stockholm, 2007, Centre for Epidemiology.
4. Walboomers JM et al.: Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide, *J Pathol* 189(1):12-9, 1999.
5. Frazer IH et al. Advances in prevention of cervical cancer and other human papillomavirus-related diseases, *Pediatr Infect Dis J* 25(2 Suppl):S65-81, quiz S82, 2006.
6. Widmark C et al.: Opportunities and Burdens for Midwives Working in Primary Health Care: An example from population-based cervical cancer screening in urban Sweden, *J Nurse Midwifery* 43(6):530-540, 1998.
7. Tishelman C et al.: Research on Risk and Risk in Research: Theoretical and practical experiences from a multi-disciplinary study on cervical cancer screening in urban Sweden, *Qual Health Res* 9(1):45-60, 1999.
8. Forss A et al.: "I got a letter..." A qualitative study of women's reasoning about attendance in a cervical cancer screening program in urban Sweden, *Psychooncology* 10:76-87, 2001.
9. Lundgren E-L et al.: Midwives' descriptions of their familiarity with cancer: A qualitative study of midwives working with population-based cervical cancer screening in urban Sweden, *Cancer Nurs* 23(5):392-400, 2002.
10. Sarkari A et al.: The 'Hows', 'Whos' and 'Whens' of screening: Gynaecologists' perspectives on cervical cancer screening in urban Sweden, *Soc Sci Med* 58(6):1097-1108, 2004.
11. Forss A et al.: Women's experiences of cervical cellular changes: an unintentional transition from health to liminality? *Social Health & Illn* 26(3):306-325, 2004.
12. Widmark C et al.: Cancer screening in the context of women's health: Perceptions of body and self among women of different ages in urban Sweden. *International journal of qualitative studies on health and well-being* 3(2): 89-102, 2008.
13. Sung H-Y et al.: Papanicolaou smear history and diagnosis of invasive cervical carcinoma among members of a large prepaid health plan. *Cancer* 88(10): 2283-2289, 2000.
14. Bos AB et al.: Nonattendance is still the main limitation for the effectiveness of screening for cervical cancer in Netherlands. *Int J Cancer* 119(10): 2372-2375, 2006.
15. Blomberg K et al.: How do women who choose not to participate in population-based cervical cancer screening reason about their decision? *Psychooncology* Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com) DOI: 10.1002/pon.1270, 2007.
16. Blomberg K et al.: Women's bodily experiences of medical follow-up after an abnormal Pap smear. Submitted for publication, 2008.

# Prevenzione oncologica

## Approccio multidisciplinare nell'insegnamento

Csaba Avramucz, Assistant Lecturer, Semmelweis University Faculty of Health Sciences Budapest, Hungary

Come docente presso la Semmelweis University, il mio settore di ricerca è l'approccio multidisciplinare per la prevenzione dei tumori maligni. Mi è stato affidato di dissipare il grande malinteso circa i tumori maligni e cioè che il cancro è sempre una malattia mortale. Nel mio lavoro mi sforzo per ridurre l'elevato numero di persone che soffrono di cancro attraverso la conoscenza e l'istruzione. L'obiettivo del programma è quello di trasferire conoscenze aggiornate circa la prevenzione del cancro agli studenti presso la Facoltà di Scienze della Salute della Semmelweis University. Gli studenti hanno bisogno di una migliore comprensione dei benefici degli stili di vita delle terapie complementari accanto ai trattamenti convenzionali per il cancro. Il programma sostiene i recenti risultati della ricerca dell'Organizzazione Mondiale della Sanità i quali affermano che tra i fattori che influenzano la nostra salute, lo stile di vita svolge un ruolo notevole. (12, 19) Nel mondo della scienza, il primo decennio del 21° secolo è stato nominato il Decennio della del Comportamento alla Salute, riferendosi al fatto che la qualità della nostra vita si basa di più nel modo di vita che scegliamo per noi stessi. Questo riconoscimento sfida la teoria e la pratica della medicina come pure l'educazione dei medici e la metodologia di ricerca applicata. La medicina sta spostando il proprio paradigma che riflette, soprattutto, un nuovo atteggiamento nei confronti del comportamento come fenomeno bio-psicologico. (6, 8) Un approccio bio-psicologico è esistito in medicina per molto tempo. L'inscindibile unità di anima e corpo è stato osservato, in pratica, da parte di alcuni medici attraverso i secoli e tuttavia vi è stata poca prova scientifica a sostenere tale pensiero. (18) Oggi gli effetti fisiologici e biochimici dei processi comportamentali possono anche essere dimostrati con metodi scientifici. Dal momento che l'oggetto della medicina è l'essere umano in uno stato bio-psicologico, è soprattutto la scienza medica che suggerisce la possibilità di integrare i paradigmi biologico, scientifico, sociologico e comportamentale. (14) La guarigione deve essere supportata da una solida base scientifica, e conoscenze sociologiche inoltre deve essere applicata quando vi è una discussione tra un medico e un paziente. Ci sono sempre questioni sollevate durante la guarigione, tra i quali vi sono problemi psicologici, sociologici, etici, culturali e antropologici. Questo è il miglior riferimento nella definizione di medicina comportamentale. Nel corso di una conferenza a Yale, nel 1977, l'essenza della medicina comportamentale è stata formulata nel seguente modo: un campo interdisciplinare, il cui scopo è quello di applicare (in modo integrato) tutte le nostre conoscenze sul comportamento e sulla biomedicina e la loro metodologia, nel corso di problemi connessi alla salute e alla malattia in ogni campo della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. (16) La medicina comportamentale è in relazione con quasi tutti i campi e le specializzazioni della scienza medica e, per tradizione, soprattutto con la psichiatria. (9)



(12, 19) Se una persona non ha uno stile di vita sano, le malattie croniche potrebbero presentarsi precocemente nella vita. La nutrizione svolge un ruolo significativo per evitare lo sviluppo di tali processi di malattia. (19) I tumori maligni sono multifattoriali. L'istruzione, la prevenzione e il trattamento altresì necessitano di un approccio multifattoriale, come la guarigione può essere ottenuta solo trattando tutti i sintomi emergenti allo stesso tempo. Considerando tutti questi fattori, è stato introdotto un nuovo programma, il quale è ancora considerato unico nel suo genere nel campo dell'istruzione superiore in Ungheria. Nel secondo semestre dell'anno accademico 2003/2004, un corso è stato organizzato presso la Facoltà di Scienze della Salute della Semmelweis University con il titolo: 'Approccio Multidisciplinare della Prevenzione del Tumore'.

### Obiettivo del corso:

Il nostro obiettivo è stato di aiutare gli studenti nella loro futura pratica professionale di dimostrare la promozione del comportamento alla salute e di contribuire alla prevenzione efficace, così come di aumentare la loro comprensione dello sviluppo di tumori. Al completamento del corso, lo studente è in grado di fornire informazioni e consulenza a individui sani e malati di età diverse e di essere in grado di attuare un approccio olistico che considera il proprio corpo, anima e coscienza. Inoltre, gli studenti sono disposti a insegnare agli altri circa la prevenzione e il trattamento del cancro.

Il programma richiama l'attenzione ai fattori del comportamento alla salute che potrebbero influenzare lo sviluppo di tumori maligni. Esso comprende l'importanza di una corretta alimentazione, dei rischi ambientali, il ruolo di esercizio fisico regolare nella prevenzione del cancro, migliorando l'efficacia del trattamento, fattori psichici, e il ruolo dello stress per lo sviluppo di tumori maligni.

Il programma è un approccio multidisciplinare per la comprensione dello sviluppo di tumori maligni, così come alla loro prevenzione e promozione della salute generale. Esso si basa sui risultati di psico-neuro-immunologia in oncologia. Nel libro a cura di Urbán si afferma che vi è rapporto tra l'anima e il sistema immunitario e presenta fattori di stile di vita e comportamenti di salute che possono influenzare lo sviluppo di un tumore maligno. (21)

Nella convinzione che tutti i fattori primari, secondari e terziari svolgano un ruolo importante nella prevenzione del cancro, questo programma attribuisce grande importanza alla responsabilità individuale di tutti i professionisti sanitari che lavorano in istituzioni sanitarie. Il loro comportamento esemplare nei confronti della salute è uno dei più efficaci strumenti di prevenzione di salute oncologica e per le attività psico-educative.

### La popolazione studentesca:

Studenti a tempo pieno e part-time: Infermieri, Ostetriche, Fisioterapisti, Dietisti, Ispettori della Sanità Pubblica, Ispettori Sanitari, Insegnanti della Cura Sanitaria, Dirigenti di Ambulanza, Medici  
Numero di classi: 60, Crediti: 2

Il corso è stato sviluppato da Csaba Avramucz, (docente esperto)

### Opinioni e conoscenze impartite durante il corso:

- Chiarificazione dei termini "olismo" e "olistico".
- Le qualità e le caratteristiche di una assistenza sanitaria specializzata che pratica un approccio olistico.
- I componenti del modello bio-psicosociale.
- La comprensione del complesso concetto di "salute" nella zona occidentale e asiatica modo d'interpretazione. (7, 13)

## Diagramma di salute,



**Salute:** preghiera, sogno, sonno, ridere, giocare, danza, massaggi, vitamine, enzimi, sostanze minerali, esercizi fisici, acqua pulita, dieta appropriata, aria pulita, esercizi di respirazione, pensiero positivo, il rilassamento, visualizzazione, gestione dello stress, creativo pensiero, poesia, umorismo, canto, musica (22)

Purtroppo, spesso non riusciamo a collegare la salute mentale, come parte organica, a un sano stile di vita.

Le seguenti considerazioni sono trattate nel corso con gli studenti:

- Definizione e caratteristiche della salute mentale.
- L'importanza della salute mentale nel 21° secolo come una parte indispensabile per condurre un sano stile di vita. (13)

La parola 'incurabile' è ancora associata con il cancro in Ungheria. L'atteggiamento di una grande parte della società verso i malati e la malattia è spesso basata su paura e ignoranza, così lo studente imparerà il cancro e il suo misterioso significato. Perché si parla di cancro con difficoltà? Lo studente coprirà questo aspetto del corso considerando il significato, effetti stigmatizzati, la paura, la mancanza di conoscenze specifiche del cancro come malattia. Dal momento che gli studenti hanno scarse conoscenze circa l'atmosfera di reparti di oncologia e le reazioni dei pazienti con cancro, ricevono una panoramica di psiconcologia. (7)

Di morbilità e mortalità da tumori maligni si parla in Ungheria e in tutto il mondo, dare agli studenti una chiara comprensione su:

- La causa del problema
- Opzioni per la prevenzione, screening, la diagnosi precoce e un trattamento efficace (5)

## Complementary and alternative medicine, definitions:

Tel fattori di rischio dei tumori oggetto del corso:

- I. Sostanze cancerogene del luogo di lavoro
- II. Agenti virali cancerogeni
- III. Motivi fisici:
  - radiazioni UV,
  - rumore e vibrazioni,
  - vibrazioni,
  - campo elettromagnetico
  - radiazioni a microonde
  - radiazioni ionizzanti, isotopi.
- IV. I fattori dello stile di vita:
  - fumo
  - Alimentazione
  - Energia assorbita
  - Grassi
  - Proteine
  - Alcool
  - Materiale alimentare naturale e artificiale
  - Additivi alimentari
  - Sinergia
  - Inattività fisica
- V. Medicine nosocomiali e malattie da radiazioni
- VI. Micro tumori ambientali
- VII. Macro tumori ambientali

VIII. Fattori chimici

IX. Fattori genetici

X. Psicosomatica e tumori

Personalità: tipo di personalità 'C' (personalità cancerogena)

L'influenza emotiva e cambi di umore sulla salute

Il rapporto di stress e tumori

(4, 5, 7, 11, 13, 15, 19, 21, 22)

## Fattori antitumorali considerati nel corso:

*Nutrizione:*

- Comprensione della nutrizione di base,
- Ingredienti salutari, fattori alimentari antitumorali,
- Fattori nutrizionali suggeriti,
- Fattori nutrizionali che devono essere evitati (1, 11, 15, 22)

*Medicina ortomolecolare:*

- Il ruolo degli antiossidanti nella prevenzione e nel trattamento
- Definizione, ruolo fisiologico e fisiopatologico, le caratteristiche e le tipologie di base
- Fattori ambientali che causano stress ossidativo. (15)

*L'influenza dell'attività fisica nella prevenzione dei tumori:*

- Tumore del colon,
- Cancro al seno,
- Tumore alla prostata,

*L'effetto di esercizio fisico su pazienti con tumori:*

- Cancro al seno
- Linee Guida generali del carico aerobico,
- Linee Guida generali di addestramento alla resistenza (sul tronco)
- Precauzioni (metastasi ossee) (4)

*Per il raggiungimento della salute mentale e armonia:*

- **Rafforzare la capacità per far fronte,**
- Capacità di controllare lo stress,
- Una giusta immagine di sé stesso,
- Auto-stima,
- Sviluppo delle proprie capacità, abilità di svilupparsi,
- Autonomia,
- Capacità di cambiare,
- Accettare le inderennità sociali, la partecipazione ai movimenti sociali. (17,20)

Esempio di rilassamento e di tecniche di meditazione considerate nel corso:

- Training autogeno,
- Terapia di respirazione,
- Simonton terapia,
- Yoga, (17, 22, 23)

## Medicina complementare e alternativa, definizioni:

I termini applicati a terapie non comunemente incluse nella medicina convenzionale sono più volte cambiati nel corso del tempo, evolvendosi da un molto negativo (ciarlataneria) attraverso 'non ortodosso', 'non convenzionale', 'discutibile', 'da provare', fino ad 'alternativa'. Attualmente, ma ancora in evoluzione, favoriti sono gli aggettivi 'complementare' e 'alternativo' di medicina, o l'acronimo di entrambi: CAM. Si noti che l'Office of Alternative Medicine del National Institutes of Health (NIH), creato oltre dieci anni fa, è stato rinominato National Centre for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) nel 1999. (2)

I professionisti del settore sanitario hanno promosso a lungo quello che vediamo come una necessaria distinzione tra terapie complementari e alternative, al di là della convenienza dell'acronimo e della fattibilità di un nuovo termine, integrativo dell'oncologia. Le terapie complementari sono utilizzate come accessori per integrare la cura del cancro. Sono misure di sostegno per il controllo dei sintomi, aumentare il benessere, e contribuire alla cura globale del paziente. Le terapie

alternative sono in genere utilizzate invece del trattamento corrente principale. Ciò può presentare un problema in oncologia, in caso di ritardo di trattamento possono ridurre la possibilità di remissione e di cura. Interventi letteralmente venduti come terapie alternative alla chemioterapia, chirurgia, radioterapia tendono a essere biologicamente attivi, potenzialmente nocivi, ed estremamente costosi e senza efficacia dimostrata. Nel corso del tempo, alcune terapie complementari sono state dimostrate sicure ed efficaci. Questo integrarsi nel sistema di cura, producendo integrazione in oncologia, porta a una sintesi dei principali migliori trattamenti del cancro e fonda il razionale, basato su dati, per le terapie complementari aggiuntive. Tale integrazione è in evoluzione. Il termine applicato al programma presso il Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (Servizio di Medicina Integrativa) e simili titoli applicati a relativi programmi in Nord America, Regno Unito ed Europa, suggerisce che le terapie complementari sono in corso di realizzazione nei sistemi generali di medicina, compreso la cura per il cancro. L'integrazione e la qualità delle terapie variano da Paese a Paese. Le terapie CAM possono essere classificate in molti modi. Il NCCAM attualmente distingue cinque categorie di terapie CAM: terapie a base biologica, sistemi medici alternativi, terapie energetiche, interventi mente-corpo, metodi di manipolazione e di corpo-base. Attualmente le terapie popolari all'interno di ciascuna di queste categorie sono discusse di seguito. Molti di questi approcci sono metodi non provati e sono promossi come terapie alternative al trattamento corrente principale per il cancro. Terapie complementari o aggiuntive utili sono discussi nella sezione seguente. (2)

**Sistemi Medici Tradizionali:** Questi sistemi completi di teoria e pratica sono stati sviluppati da culture antiche e rimangono sostanzialmente intatti. Prominenti esempi includono la medicina tradizionale cinese (TCM), la medicina ayurvedica indiana, l'omeopatia e la medicina naturopata. (3)

#### **Dopo aver completato questo corso, gli studenti saranno in grado di:**

- Descrivere le differenze tra terapie complementari e alternative.
- Elencare le terapie complementari e alternative utilizzabili da pazienti oncologici.
- Sapere dove accedere per informazioni affidabili.

#### **Modi di alimentazione complementare: La dieta macrobiotica in oncologia**

La macrobiotica appartiene alla più popolare alternativa o complementare stile di vita globale come approccio al cancro. Il punto centrale della macrobiotica è prevalentemente vegetariano, tutti gli alimenti della dieta hanno guadagnato popolarità grazie a chi attribuisce recuperi da tumori con prognosi scadente a una dieta macrobiotica e la sostanziale evidenza che i numerosi fattori dietetici raccomandati dai macrobiotici sono associati alla diminuzione del rischio di cancro. Le donne che consumano diete macrobiotica hanno un abbassamento modesto di estrogeni, il che suggerisce un minor rischio di cancro al seno. Questo può essere dovuto in parte agli alti contenuti di fitoestrogeni nella dieta macrobiotica. Come con la maggior parte degli aspetti della dieta nella terapia del cancro, non c'è stata molta ricerca realizzata nel settore, che invece potrebbe valutare l'efficacia della dieta macrobiotica per alleviare la sofferenza o di prolungare la sopravvivenza dei pazienti affetti da cancro. Alcuni studi hanno confrontato le esperienze di pazienti oncologici a dieta macrobiotica con tassi di sopravvivenza o varie serie di casi che giustificano una ricerca più rigorosa. Sulla base degli elementi disponibili e della sua somiglianza con la dieta raccomandata per la prevenzione delle malattie croniche, la macrobiotica probabilmente comporta un ridotto rischio di cancro. Al momento, tuttavia, vi è una limitata base scientifica empirica a favore o contro le raccomandazioni per l'uso di dieta macrobiotica in ambito oncologico. Tali raccomandazioni sono in grado di riflettere i pregiudizi della raccomandazione. A causa della sua popolarità e delle prove che fattori dietetici sono importanti per l'eziologia e la sopravvivenza per il cancro, ulteriori ricerche per

chiarire se la macrobiotica o simili modelli alimentari siano efficaci nella prevenzione e il trattamento del cancro sono indispensabili. (10)

Il metodo più efficace nella guarigione di un tumore è di applicare i metodi convenzionali combinati con terapie e stile di vita sano, in quanto lo stile di vita ha una percentuale elevata tra i fattori che influenzano lo stato di salute.

Le differenze regionali e culturali nell'incidenza del cancro suggeriscono fortemente che i fattori ambientali sono determinanti importanti nel processo di cancerogenesi. La dieta è il più comune veicolo per il trasporto cancerogeno nel corpo – le altre strade sarebbero l'inalazione e l'assorbimento cutaneo (comprese le radiazioni.). Assieme alle altre differenze ambientali, fattori nutrizionali possono contare fino al 30% o più di incidenza del cancro. Nonostante le difficoltà nel determinare i ruoli dei singoli composti e le condizioni specifiche, la ricerca sui prodotti naturali rimarrà un campo fertile di dibattito, e avrà il potenziale per un contributo significativo per la salute umana. La nutrizione porterà anche a inevitabili vicoli ciechi, e rimarrà un campo fertile per rivendicazioni infondate. (23)

Verrà insegnata la definizione di Psico-Neuro-Immunologia: il comportamento di vita mentale condotta e il sistema immunitario in salute e malattia.

La PNI esamina numerose questioni i cui aspetti clinici ed epidemiologici sono importanti sia per la guarigione e che prevenzione. Ad esempio: il rapporto di fattori psicosociali, lo stile di vita e di immunità. (21)

Gli studenti capiranno i fattori che influenzano il trattamento e i risultati di pazienti con cancro.

- Il tipo istologico del tumore,
- Il tempo e il tipo di intervento / trattamento e quando è stato riconosciuto,
- L'età e lo stato generale del paziente,
- L'atteggiamento del paziente verso la malattia,
- Altre malattie,
- Premorboso (tempo prima della malattia) e caratteristiche psicosomatiche presenti.

#### **L'obiettivo primario del programma è quello di consentire agli studenti di**

- ridurre i fattori di rischio di tumori maligni attraverso l'efficacia della prevenzione primaria secondaria e terziaria;
- contribuire allo sviluppo di un pensiero generale che riguarda la salute come un valore;
- promuovere uno stile di vita sano;
- migliorare la qualità della vita di coloro che soffrono di cancro.

Al completamento del corso teorico, l'esame degli studenti si compone di una prova scritta e una presentazione pubblica su uno dei temi discussi durante il corso.

#### **Conclusioni:**

Viviamo in tempi storici in cui la lotta contro il cancro è molto considerata, in cui l'oncologia pratica applica un approccio multidisciplinare e in cui la prevenzione ha un ruolo significativo. I motivi principali di morte e di malattie comuni, così come lo sviluppo di tumori, è principalmente dovuta allo stile di vita che le persone scelgono e le decisioni comportamentali che comporta il loro stile di vita. L'influsso del nostro modo di vivere responsabile sulla nostra salute fisica è di circa il 50%. Le intenzioni e il conseguente cambiamento di stile di vita contribuiscono anche alla diminuzione di morti premature legate al cancro. Esempi come quelli riferiti in Canada, in Australia o in Finlandia (19) illustrano come il tasso di mortalità dei malati oncologici possa essere ridotta in modo significativo, ma vi sono alcuni requisiti che devono essere soddisfatti: una volta organizzato il lavoro, una prevenzione efficace e una cooperazione multidisciplinare di diplomati motivò gli esperti con un approccio olistico alla cura e al trattamento.



Oggi i pazienti ricevono una grande quantità di informazioni non autentiche, del resto, nocive sui modi alternativi di guarigione, quindi è fondamentale che i futuri esperti conoscano la sicurezza, le terapie complementari efficaci e quando utilizzarle a beneficio dei pazienti con cancro. Secondo l'OMS, queste terapie devono essere gradualmente integrate nelle cure mediche, garantendo ai pazienti il diritto di scegliere liberamente.

Questi argomenti sono stati ampiamente discussi in occasione della conferenza "Controversie sulla medicina complementare e alternativa (CAM) in Oncologia" a Bruxelles, che è stato organizzato da EORTC (European Organisation for Research and Treatment, Bruxelles), ed ESO (European School of Oncology, Milano) nel 2006. Pertanto è essenziale che gli studenti come futuri esperti siano a conoscenza del caso e autorizzati a informazioni e risorse professionali in relazione con la prevenzione multidisciplinare del tumore.

Tenuto conto della complessità del tema, vi è la necessità di speciali programmi di formazione che siano in conformità con l'aspettativa sociale e le tendenze internazionali. Tali programmi dovrebbero essere organizzati in Istituti in cui i pazienti con cancro sono trattati, perché i pazienti, i parenti e, in particolare, gli specialisti possano arricchire le proprie conoscenze.

Il team che tratta i pazienti oncologici è il più adatto per trasmettere informazioni affidabili, autentiche e professionali ai pazienti e ai loro parenti.

Per concludere, va sottolineato che il successo e la valorizzazione di efficacia non può essere realizzato senza l'esempio personale di professionisti, in particolare infermieri di oncologia, nella sanità e nelle discipline correlate. Il nostro stile di vita, il nostro modo di condurre la nostra vita deve essere un esempio da seguire per le nostre famiglie, i pazienti, gli studenti e tutta la società.

## Bibliografia

1. Bishop B. A Time to Heal – My triumph over cancer the therapy of the future. New Canaan: Keats Pub, 1985.
2. Cassileth BR, Deng G. Complementary and alternative therapies for cancer. *Oncologist* 2004;9(1):80-89.
3. Cassileth BR. The Alternative medicine handbook: The complete reference guide to alternative and complementary therapies. New York: W. W. Norton, 1998. 16-52. p.

4. Courneya KS, Mackey JR, McKenzie DC. Exercise for breast cancer survivors: research evidence and clinical guidelines. *PhysSportsmed* 2002; 30(8): 33-42.
5. Ember I, Kiss I, Sándor J. The epidemiology and prevention of tumours. Budapest: Dialóg Campus, 2000.
6. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196(4286): 129-36.
7. Horti J, Riskó Á. *Oncopsychology in practice*. Budapest: Medicina, 2006.
8. Kopp M, Pikó B. The role of behavioral sciences in the Hungarian and international medical education: overview and possibilities. *Orv Hetil* 2001; 142 (49): 2715-21.
9. Kopp M, Pikó B. Teaching behavioural sciences in Hungary. The relationship between psychiatry and behavioural sciences, behavioural medicine on the field of educating doctors and professional training. *Psychiatr Hung* 2001; 16(2):183-190.
10. Kushi LH, Cunningham JE, Hebert JR, Lerman RH, Bandera EV, Teas J. The macrobiotic diet in cancer. *J Nutr* 2001; 131 (11 Suppl): 3056S-64S.
11. Lützner H. Active dietetics, Lent, intensive diet, nutrition therapy. Budapest: Civil Foundation „Against Cancer, for Humanity, for Tomorrow!” “A Rák Ellen, Az Emberért, A Holnapért” Társadalmi Alapítvány, 2002.
12. Pikó B. (ed.) Introduction to medicine. Basic Principles of Behavioral Sciences and Preventive Medicine. Szeged: University of Szeged, Faculty of Medicine, 2004.
13. Pikó B. Mental health in the modern society Budapest: Akadémiai Kiadó, 2005.
14. Pikó B. The competency of social sciences for biomedicine. *Valóság* 1999; 42(12): 22-30.
15. Schmiedel V, Leitzmann C, Lützner H, Heine H. *Ernährungsmedizin in der Naturheilkunde. Handbuch für Therapie*. 2. Auflage. München, Jena: Urban & Fischer Verlag, 2001.
16. Schwartz GE, Weiss SM. Yale Conference on Behavioral Medicine: a proposed definition and statement of goals. *J Behav Med* 1978; 1 (1): 3-12.
17. Simonton CO, Matthews-Simonton S. *Getting Well Again*. New York: Bantam Books, 1992
18. Stephenson J, Imrie J. Why do we need randomised controlled trials to assess behavioural interventions? *Br Med J* 1998; 316: 611-613.
19. Tompa A. Why Hungarians are ill? *Komplement Med* 2005; 9(3): 6-14.
20. Tudor K. Elements of mental health promotion. In: *Mental Health Promotion: Paradigms and Practice*. New York: Routledge, 1996, 63-82 p.
21. Urbán R. Interactions of behaviour, mental health and immune system. A collection of psychoneuroimmunological essays. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó, 2003.
22. www.rakellen.hu Civil Foundation „Against Cancer, for Humanity, for Tomorrow!” “A Rák Ellen, Az Emberért, A Holnapért” Társadalmi Alapítvány. 2008. 04.
23. Yuan CS, Bieber EJ, Bauer BA. *Textbook of Complementary and Alternative Medicine*. London: Informa Healthcare, 2006.

---

L'edizione italiana della newsletter EONS è curata dal Gruppo Traduzioni dell'ASSOCIAZIONE ITALIANA INFERMIERI DI ONCOLOGIA formato da: Giovanni Cavadini, Carlo Barberino, Lorenzo Briglio Nigro, Cristina Caldara, Maddalena Cavadini, Isabella Cavazza, Anna Claudia Di Venanzio, Irene Feroce, Anna Ferrara, Regina Ferrario, Marie Paule Gardes, Donatella Giovannini, Giusta Greco, Livio Horra, Elisa Lamborghini, Fabiana Marcucci, Elena Muglia, Micol Orlandi, Sabrina Pellachin, Elisabetta Premoli, Roberto Quarisa, Barbara Sartorello e tutti coloro che vorranno unirsi a questa iniziativa. AIIO si avvale di traduttori non professionisti e non può garantire in modo assoluto l'assenza di eventuali discrepanze dall'originale, che è l'unica fonte bibliografica ufficiale. L'articolo italiano è stato tradotto per l'edizione internazionale da Sarah Liptrott. Ogni numero viene ricevuto gratuitamente da tutti i soci AIIO ed è disponibile on line su [www.aiio.it](http://www.aiio.it) e [www.cancerworld.org/EONS](http://www.cancerworld.org/EONS). Qualsiasi informazione può essere richiesta a [info@aiio.it](mailto:info@aiio.it) o allo 031.3371467 (Giovanni).

# Lancio delle nuove linee-guida sugli stravasi

*Yvonne Wengström, Professor of Cancer Care, University of Stirling*

Con più di un milione di iniezioni e infusioni endovenose di chemioterapici praticate ogni giorno nel mondo, i professionisti sanitari si sforzano di ridurre al minimo gli eventi avversi e le complicanze per i pazienti. Tuttavia, in un numero relativamente basso di casi, una fuoriuscita accidentale di antitumorali dalla vena ai tessuti circostanti può provocare un danno severo e permanente. La gravità del danno associato allo stravaso può variare da una blanda reazione cutanea fino ad una necrosi severa. Se si pensa che gli avversi con i chemioterapici sono comuni, il numero totale degli stravasi che avvengono è significativo.

Come Past President di EONS, mi ha fatto piacere far parte del team che è stato coinvolto nello sviluppo di nuove linee-guida e di presiedere al Simposio Satellite dove sono state lanciate ufficialmente. L'utilizzo e lo sviluppo di linee-guida sono una parte importante per fornire la maggior qualità delle cure per i nostri pazienti e possiamo capirne il perché attraverso il processo di sviluppo che riguarda l'analisi critica dei protocolli locali e le linee di condotta, i percorsi di cura e la valutazione della qualità.

EONS è pertanto chiamato per l'adozione delle nuove linee-guida sul comportamento in caso di stravasi, con l'obiettivo di migliorare la sicurezza dei pazienti. La gestione di questa condizione potenzialmente debilitante è molto scarsa in tutta Europa e molti infermieri non ricevono l'adeguata formazione su come gestirla ed è un problema da quando gli infermieri stanno sempre più assumendo un ruolo guida nella gestione della chemioterapia e sono spesso nella posizione migliore per notare sintomi avversi. Gli infermieri hanno un ruolo importante nel riconoscere e gestire gli stravasi a livello clinico e queste linee-guida condensate sono una risorsa eccellente con la quale supportare questi compiti.

Durante il lancio ufficiale delle linee-guida alla Spring Convention è apparso chiaro che quando si tratta di avere a che fare con gli stravasi delle antraciline, la pratica clinica varia e include diversi

regimi di trattamento con diversi risultati.

Il Dottor Jan Buter, Oncologo del Dipartimento di Oncologia Medica del Vrije Universiteit Medical Centre di Amsterdam, ha parlato di come il trattamento ottimale dello stravaso di antraciline fosse stato precedentemente controverso, con metodi sperimentali che includevano il raffreddamento/riscaldamento, il lavaggio e l'utilizzo di MSO topico. Due recenti studi multicentrici in cui è stato esaminato il Savene hanno trovato che questo farmaco può essere un effettivo trattamento acuto, ben tollerato nella popolazione dei pazienti e funzionante negli stravasi sia da linea periferica che da accessi venosi centrali. Savene da allora è diventato l'unico trattamento autorizzato per gli stravasi da antraciline.

Alla Convention tutti i relatori intervenuti al Simposio hanno richiesto una battaglia per l'adozione delle nuove linee-guida, anche se cambiare le abitudini non è facile. C'è la tendenza a dire "questo è quello che abbiamo sempre fatto" e ad avere alcune resistenze al cambiamento.

Sebbene ci siano alcune linee guida locali, non tutte sono basate sull'evidenza: in questo, c'è bisogno di guidare sia gli infermieri sia il team dei sanitari per assicurare la salute del paziente.

Le linee-guida li aiuteranno a gestire e prevenire gli stravasi in modo competente e saranno basate sull'evidenza e revisionate tra pari.

È importante riconoscere che le linee-guida attualmente offrono la miglior fonte di informazioni per i professionisti. È stato anticipato che queste linee guida vogliono incoraggiare l'adozione di procedure raccomandate e una gestione corretta degli stravasi con la quale fornire ai pazienti la sicurezza che meritano.

La UK Oncology Nursing Society (UKONS) ha in effetti già sviluppato una versione abbreviata delle linee guida riguardanti lo stravaso di antraciline in una linea-guida specifica UKONS.

Le linee guida EONS sono disponibili in download dal sito web di EONS <http://www.cancerworld.org/CancerWorld/getStaticModFile.aspx?id=1987>

## Extravasation guidelines 2007



# PREVENT


Prediction, Recognition, Evaluation and  
Eradication of Normal Tissue effects

January 11-12, 2009  
Brussels, Belgium

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

ESTRO 

European Society for Therapeutic Radiology and Oncology



## *Anthracycline extravasation could strike at any time*



*The only proven and approved antidote  
for anthracycline extravasation*

# *Be prepared*

### **Savene® – Brief prescribing information**

(based on the 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/m<sup>2</sup>; day two, 1000 mg/m<sup>2</sup>; day three, 500 mg/m<sup>2</sup>. For patients with a body surface area of more than 2 m<sup>2</sup> 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 childbearing 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, postoperative 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. **Price:** 9,750 EURO. Date of Preparation: January 2008. TopoTarget A/S. Fruebjergvej 3, DK