



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Gestione dei malati oncologici che accedono al
pronto soccorso: un percorso dedicato.**

Relatrice: Prof.ssa
Tamara Campanelli

Tesi di Laurea di:
Giulia Balsamini

Anno accademico
2020/2021

Indice

1. Introduzione.....	pag 2
1.1 Cos'è un tumore.....	pag 3
1.2 Grado e stadio di un tumore.....	pag 4
1.3 Strategie di trattamento.....	pag 7
1.4 Prevalenza, incidenza, mortalità, letalità e sopravvivenza.....	pag 11
1.5 La persona con problemi onco-ematologici.....	pag 17
2. Obiettivo.....	pag 20
3. Materiali e metodi.....	pag 21
4. Risultati.....	pag 23
5. Discussione.....	pag 26
6. Implicazioni per la pratica.....	pag 28
7. Conclusioni.....	pag 30
8. Bibliografia e sitografia.....	pag 31
9. Allegati.....	pag 33
10. Ringraziamenti.....	pag 34

1. Introduzione

La gestione e il trattamento della persona affetta da patologia oncologica, è molto complessa in quanto prevede il prendere in osservazione non solamente la malattia di tipo neoplastica, ma anche il concetto di salute inteso in modo olistico comprendendo anche la salute psichica e sociale di una persona già compromessa da una patologia così importante.

Quando una persona affetta da una patologia oncologica con diagnosi nota, si trova ad avvertire sintomi e/o segni correlati ad una progressione di malattia, che fanno sì che necessiti di accedere al Pronto Soccorso, generalmente la persona si trova a dover attendere numerose ore prima di poter accedere alla visita medica, in sala di attesa o comunque in una barella, creandole ulteriore disagio vista la patologia già di per sé debilitante. Anche il tempo di permanenza ovvero quel tempo che la persona attende all'interno dell'Unità Operativa in attesa della decisione terapeutica, risulta essere di numerose ore.

Generalmente al Pronto Soccorso ritroviamo persone con sintomi correlati alla patologia, con un controllo del dolore inadeguato, con necessità medico-chirurgiche, persone che necessitano di un supporto nutrizionale o idratante, persone che presentano complicanze associate al trattamento, complicanze associate a comorbidità croniche (come riacutizzazione di broncopatia cronica ostruttiva -BPCO-), persone che si trovano ad affrontare il fine vita.

Tali problematiche spesse volte sono associate a problemi di ansia e di depressione in particolar modo in quelle persone che si trovano in una fase avanzata di malattia o nella fase terminale o perché non ricevono un adeguato supporto a domicilio.

Quando la persona arriva in Pronto Soccorso e l'infermiere di Triage esegue l'accettazione, di norma, segue lo stesso iter di qualunque altra persona necessiti di assistenza. Ciò porta a considerare solamente in parte la patologia di base che può aver determinato la necessità di quell'accesso in quel momento.

Nota quindi la complessità della patologia oncologica, attraverso un'analisi degli accessi al Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero "Santa Croce" di Fano, di persone affette da patologia oncologica, si vuole proporre la creazione di un percorso, con

accesso facilitato ad un OBI oncologico (Osservazione Breve Intensiva) destinata esclusivamente alle persone portatrici di malattia oncologica nota, che ne comporta l'immediata presa in carico, al fine di ridurre al minimo i disagi che possono derivare da molteplici fattori quali le lunghe ore di attesa, di permanenza, oltre che ad ottimizzare e rendere più specifico il lavoro di assistenza svolto sia dal personale infermieristico che dal personale medico.

1.1 Cos'è un tumore

Con il termine tumore si fa riferimento ad una condizione patologica nella quale le cellule che normalmente si sviluppano e crescono in modo ben definito, iniziano a modificare o meglio mutare il proprio DNA ed iniziano a moltiplicarsi senza limiti. Queste si moltiplicano e crescono uguali a se stesse in modo continuativo, senza specializzarsi.

Questo avviene perché tali cellule sono capaci di ignorare i segnali che giungono dal nostro organismo che inducono alle cellule di specializzarsi, sia perché sono in grado di ignorare i segnali di apoptosi ovvero quel processo naturale che porta alla morte programmata di una cellula.

Se il corpo si trova in questa condizione, queste cellule originano una massa. Le cellule tumorali influenzano anche l'ambiente cellulare ed extracellulare intorno al quale viene a svilupparsi il tumore, andando a comprendere il circolo sanguigno circostante, le cellule del sistema immunitario e così via.

Per tali motivi il tumore non può essere definito una patologia ereditaria ma come una patologia genetica che può colpire ogni distretto, organo e tessuto dell'organismo, proprio perché la mutazione di geni all'interno della cellula avviene a causa di errori casuali durante la replicazione del DNA a causa dell'esposizione da parte della persona a fattori di rischio che possono essere non modificabili come l'età oppure modificabili come lo stile di vita.

Non tutte le mutazioni genetiche portano alla formazione di tumori maligni. Infatti, i tumori possono essere classificati in tumori maligni quando si ha una forma neoplastica della malattia in grado di diffondersi e coinvolgere varie parti dell'organismo; in tumori benigni quando questi possono essere rimossi completamente e le cellule non si

diffondono in altre parti dell'organismo ovvero non generano metastasi (o tumore secondario).

1.2 Grado e stadio di un tumore

Per grado di differenziazione (grading) di un tumore si intende quanto le caratteristiche anormali delle cellule che costituiscono il tumore, sono spiccate ovvero quanto la neoplasia si discosta istologicamente dal tessuto normale dal quale ha avuto origine; questo si applica a tutti i tumori solidi.

Più il grado è alto, più questo significa che le cellule tumorali sono diverse da quelle sane e che quindi il loro destino è di crescere e di diffondersi molto velocemente all'interno dell'organismo della persona.

Per conoscere il grado di un tumore è necessario che ne venga prelevata una parte durante la biopsia per poi essere osservata al microscopio.

La biopsia è un esame medico che consiste, appunto, nel prelevare da un organismo una porzione di tessuto o un frammento di tessuto per poter essere analizzato tramite l'ausilio di un microscopio oppure con tecniche di biologia molecolare.

Vi sono diversi sistemi di classificazione che permettono di definire il grado di un tumore e queste possono variare da una forma tumorale all'altra.

Generalmente viene utilizzata una scala numerica che va da uno a tre in base alla quantità di anomalie che sono presenti nelle cellule tumorali.

Si possono classificare quindi tumori di grado uno dove sono presenti cellule molto simili alle cellule sane e che quindi tendono a crescere lentamente, fino ad arrivare ai tumori di grado tre dove le cellule si differenziano molto per le caratteristiche morfologiche rispetto a quelle dei tessuti normali e tendono a crescere molto velocemente.

La stadiazione, invece, è la definizione dell'estensione del tumore rispetto alla sede originaria di dove ha avuto origine.

Questa è una fase molto importante in quanto la stadiazione ci permette di formulare una prognosi e di definire il tipo di trattamento più adatto rispetto al paziente e al tumore.

Se ad esempio il tumore è ben localizzato in una sola sede ed è di piccole dimensioni, avvalendosi di un trattamento locale come la radioterapia o la chirurgia, questo può risultare efficace; nel caso in cui il tumore è invece esteso ad altri distretti, ciò può non risultare sufficiente e quindi potrebbe essere necessario ricorrere a trattamenti sistemici che danno effetto a tutto l'organismo come la chemioterapia, la terapia ormonale, le immunoterapie o a terapia a bersaglio molecolare.

Esistono diversi sistemi attraverso i quali i medici definiscono la stadiazione di un tumore anche se il metodo di classificazione più utilizzato è la classificazione TNM dove T indica il tipo di tumore e le dimensioni del tumore primitivo, N indica il coinvolgimento dei linfonodi, M indica la presenza e il numero di metastasi.

La combinazione di questi tre elementi, permettono al medico di ricavare un quadro ben preciso del tumore, della sua estensione e inevitabilmente della prognosi della persona.

Le cellule tumorali si comportano in maniera molto diversa rispetto alle cellule sane: infatti crescono, si moltiplicano e muoiono in modo disordinato andando a formare una massa che tende a crescere di volume dalla quale alcune cellule possono staccarsi e migrare in altre parti dell'organismo dando origine alle metastasi.

Il meccanismo in grado di diffondere le cellule tumorali anche ad altre parti dell'organismo viene definita metastatizzazione.

Le metastasi sono, infatti, quelle cellule che si staccano dal tumore primario e vanno ad intaccare altri organi o tessuti originando così un tumore secondario.

La metastatizzazione può avvenire in diversi modi: per contiguità, per via ematica o per via linfatica.

La tipica modalità di diffusione e la sede dove le metastasi si andranno a fondere, varia con il variare della tipologia di tumore e in base al tipo di tessuto dove il tumore ha avuto origine e le cellule della metastatizzazione sono simili a quelle del tumore primario.

La metastatizzazione per contiguità avviene appunto per adiacenza (vicinanza) in una cavità corporea: ad esempio i carcinomi dello stomaco, del colon e dell'ovaio possono metastatizzare in cavità peritoneale; i carcinomi della mammella, del polmone e dell'esofago possono diffondersi per contiguità nella cavità pleurica e/o pericardica e così via.

La disseminazione per via ematica avviene quando le cellule si staccano dal tumore primario e viaggiano con il sangue verso altri organi; una volta che queste cellule hanno raggiunto l'organo, queste possono nidificare dando origine appunto, ad un tumore secondario (secondarismo). Tale meccanismo di diffusione delle metastasi per via ematica, è il principale meccanismo con il quale vengono a formarsi le metastasi al fegato, provenienti dai tumori del colon e del retto.

Invece, la metastatizzazione per via linfatica avviene quando le cellule tumorali migrano dal tumore primario ad un'altra sede per mezzo delle vie linfatiche che si trovano ovunque nell'organismo o quando le cellule tumorali si spostano alle stazioni dei linfonodi sempre attraverso le vie linfatiche.

Per questo motivo, durante gli interventi chirurgici che vengono eseguiti per asportare un tumore maligno, vengono asportati anche i linfonodi. La diffusione per via linfatica è la principale via di formazione di metastasi nei tumori delle vie biliari.

Generalmente prima di asportare i linfonodi, viene effettuata la tecnica del linfonodo sentinella che è il primo dei linfonodi di una stazione linfatica nella regione del corpo colpita da tumore ed è il primo linfonodo a ricevere il drenaggio linfatico del tumore primitivo. Questa procedura è chiamata linfoscintigrafia che consiste nell'iniettare una minima quantità di isotopo debolmente radioattivo che seguendo la via linfatica, si blocca nel primo linfonodo e che consente quindi di sapere se il tumore che ad esempio è originato dal seno si sta diffondendo anche ad altri organi.

Se questo primo linfonodo non è stato raggiunto dalle cellule tumorali, allora è quasi certo che anche tutti gli altri linfonodi sono puliti e che quindi il tumore non ha iniziato a diffondersi.

Gli organi che possono diventare sede di metastasi sono molteplici anche se il fegato e i polmoni sono le sedi più comuni in quanto sono riccamente vascolarizzate e quindi

hanno maggior possibilità di essere attraversate da cellule tumorali che circolano nel sangue; in particolare il fegato perché questo organo vitale svolge la funzione di “filtro” del sangue e ciò può favorire, appunto, l’attaccamento delle metastasi.

1.3 Strategie di trattamento

Come si decide la strategia terapeutica di un tumore? Per rispondere a questa domanda occorre considerare i due elementi fondamentali: la persona e il tumore.

Per quello che riguarda la persona, vengono valutati diversi aspetti quali l’età e le comorbidità, le “preferenze” della persona stessa con riferimento alla cultura, alla religione, alla psicologia, al lavoro, alla famiglia, alle attese; viene inoltre valutato il performance status che esprime il livello di capacità funzionale della persona in termini di autosufficienza, attività quotidiane, abilità fisica come il camminare, il lavorare; vengono presi in considerazione i sintomi specifici che presenta la persona.

Del tumore si devono considerare invece le caratteristiche bio-molecolari e le caratteristiche cliniche (localizzazioni specifiche, manifestazioni cliniche, tumor burden).

Una delle scale che vengono maggiormente utilizzate è la scala di Karnofsky (1949) che tiene conto di tre parametri descrivendo il livello di funzionalità dell’individuo in termini di capacità di autocura, di condurre le attività quotidiane, le abilità fisiche e la necessità ed intensità di cure.

Le strategie di trattamento possono essere così riassunte:

- Terapia neoadiuvante che consiste nella somministrazione di farmaci chemioterapici prima dell’intervento chirurgico in associazione secondo possibilità, a farmaci biologici; tale terapia ha lo scopo di ridurre le dimensioni del tumore per facilitarne l’esportazione;
- Terapia chirurgica che consiste nell’asportazione del tumore e può essere di tipo radicale quando il tumore viene completamente asportato, parziale quando vi è la possibilità di asportare solamente una parte della massa tumorale, palliativa quando l’intervento chirurgico viene svolto con il solo obiettivo di migliorare la qualità di vita

della persona che si trova nella fase terminale della sua malattia che non risponde più ad altri trattamenti, in particolare ai farmaci chemioterapici;

- Terapia adiuvante che consiste nella somministrazione di chemioterapia dopo aver eseguito il trattamento chirurgico al fine di ridurre il rischio che la malattia si ripresenti e per aumentare la probabilità di guarigione ed eliminare quindi possibili residui microscopici della malattia;
- Terapia fase metastatica che tiene in considerazione sia la sede che il tipo di metastasi e viene somministrata con lo scopo di mantenere sotto controllo la malattia tumorale e ridurre i sintomi. A seconda dei casi si può far ricorso a terapie sistemiche come la chemioterapia classica, la chemioterapia ormonale, l'immunoterapia o le terapie a bersaglio molecolare. Anche la radioterapia e la chirurgia possono essere utilizzate nel trattamento del tumore metastatico;
- Terapia palliativa e di supporto che mira ad alleviare i sintomi causati dal tumore. Rientrano in questa categoria tutti quei trattamenti volti a ridurre il dolore e a migliorare la qualità della vita della persona affetta da tumore in stadio avanzato. La terapia di supporto interviene per aiutare la persona ad affrontare il dolore e gli effetti collaterali della terapia come la nausea, il vomito, la fatigue, la diarrea e il dolore; questo tipo di terapia può intervenire sia prima che dopo i trattamenti chemioterapici ma anche durante.

Le possibilità di trattamento invece, che sono state citate durante la stesura di questa prima parte di testo, meritano un approfondimento.

Il tumore può essere trattato quindi, secondo:

- Terapia chirurgica ovvero rimozione della massa tumorale che può avvenire in maniera totale o parziale oppure a scopo palliativo;
- Radioterapia che è una terapia localizzata, non invasiva e generalmente indolore che viene eseguita in regime ambulatoriale al fine di provocare la necrosi delle cellule tumorali con l'utilizzo di radiazioni ad alta energia che vengono chiamate radiazioni ionizzanti. Queste, sono dirette contro la massa tumorale con lo scopo di danneggiare le cellule cancerose andando ad eliminare la possibilità di replicazione delle stesse in modo tale che il tumore non sia più in grado di crescere, portando ad una sua

progressiva riduzione fino alla morte delle cellule cancerose che vengono eliminate dall'organismo. Può essere somministrata esternamente quando la fonte delle radiazioni ionizzanti è posta all'esterno della persona; internamente quando le sorgenti sono posizionate all'interno del corpo, vicino alla massa tumorale che si intende portare a necrosi;

- Chemioterapia che consiste nella somministrazione di uno o più farmaci detti citotossici o antitumorali. Questi farmaci agiscono attraverso il sangue, andando a raggiungere le cellule tumorali presenti in tutto il corpo e ne causano la morte. Nel loro percorso però, questa tipologia di farmaci colpisce anche una parte di cellule sane producendo degli effetti sul paziente che generalmente scompaiono al termine del trattamento. Gli scopi della chemioterapia sono diversi tra i quali ritroviamo quello di indurre la morte di tutte le cellule tumorali, ridurre il volume del tumore ad esempio prima di effettuare un intervento chirurgico o per facilitare l'asportazione della massa tumorale, rallentare il progredire della malattia al fine di prolungare la sopravvivenza della persona garantendole una buona qualità di vita quando né l'intervento né la guarigione è possibile, ridurre i casi di recidiva ovvero distruggere quelle cellule tumorali microscopiche che possono essere residue dopo intervento chirurgico. Le principali vie di somministrazione della chemioterapia sono la via endovenosa che risulta essere la più frequente e che generalmente richiede il posizionamento di un accesso venoso centrale come il PICC o il Port a Cath in particolare per i farmaci necrotizzanti e vescicanti, via orale attraverso capsule o compresse, via intramuscolare attraverso l'iniezione di farmaci nel muscolo con l'utilizzo di una siringa, per via sottocutanea attraverso l'iniezione di farmaci nello strato adiposo sempre con l'utilizzo di una siringa.

- Ormonoterapia che consiste nella somministrazione di farmaci che inibiscono l'attività degli ormoni come gli estrogeni o gli androgeni che sono responsabili della crescita del tumore. Lo scopo della terapia ormonale è quella di ridurre in alcuni casi, la recidiva di malattia oppure per contribuire per un periodo, a ridurre la sintomatologia della malattia che si trova in stadio avanzato. Può essere utilizzata anche come terapia neoadiuvante oppure come terapia di farmaco-prevenzione in quelle persone che sono sane ma che sono ad alto rischio o per prevenire la comparsa di alcuni tumori anche se per questo tipo di approccio i pareri degli esperti sono discordanti. Può essere utilizzata

in quei tumori che sono sensibili all'azione degli ormoni come il tumore al seno, il tumore della prostata, il tumore dell'endometrio ovvero quel tessuto che riveste internamente l'utero, il tumore dell'ovaio. In genere questa è una terapia ben tollerata anche se possono comparire disturbi di varia entità come le vampate di calore e abbondante sudorazione, dolore articolari e dolori osteo-muscolari, comparsa di osteoporosi ovvero la riduzione della densità ossea, il calo della libido, gli sbalzi d'umore, aumento di peso, disturbi nella digestione e nella circolazione venosa. In particolare nelle donne è possibile notare alterazioni nel ciclo mestruale o totale sospensione di questo, secchezza vaginale. Negli uomini invece, difficoltà di erezione e dolore e/o tensione a livello mammario.;

- Terapia targeted ovvero terapia farmacologica mirata contro uno specifico bersaglio nelle cellule tumorali. Questo tipo di terapia riesce a colpire in maniera molto selettiva le cellule malate che sono responsabili della proliferazione del tumore, risparmiando quelle sane. La maggior parte di queste terapie sono disponibili in compresse mentre altri necessitano di essere somministrati per via endovenosa oppure sottocute. Gli effetti collaterali più frequenti includono nausea, vomito, diarrea, affaticamento, mucosite, infezione alle unghie, aumento della pressione arteriosa;

- Immunoterapia che si basa sul concetto di trattare i tumori come se fossero un'infezione andando a fornire il sistema immunitario di alcune informazioni le quali permettono il riconoscimento delle cellule tumorali avendo così la capacità di annientarle. È un nuovo approccio per il trattamento dei tumori. Con questa terapia è possibile quindi mantenere sempre attiva la risposta difensiva dell'organismo così da controllare la patologia tumorale. Tale trattamento non genera risultati visibili nell'immediato, ma occorre il trascorrere di 4-6 mesi prima di sortirne l'effetto. Tra le patologie tumorali che hanno tratto maggior beneficio con l'utilizzo dell'immunoterapia vale la pena citare il tumore del polmone, il tumore del rene e il tumore del testa-collo;

- Terapie locoregionali includono tutte quelle tecniche che portano all'immediata distruzione delle lesioni tumorali attraverso approcci fisici o chimici senza l'utilizzo di farmaci. Questi processi sono l'alcolizzazione, la termoablazione mediante radiofrequenza, la crioterapia, la radioisotopoterapia e la brachiterapia.

Obiettivi del trattamento: nella fase di malattia localizzata, l'obiettivo è quello della guarigione della persona e della sopravvivenza della persona libera dalla malattia; nella fase di malattia avanzata invece, gli obiettivi del trattamento sono il prolungamento della sopravvivenza, la sopravvivenza libera dalla malattia a distanza, la sopravvivenza libera dalla progressione. In tutte le fasi della malattia l'obiettivo è quello di garantire la sicurezza delle terapie che vengono somministrate e il miglioramento della qualità della vita.

1.4 Prevalenza, incidenza, mortalità, letalità e sopravvivenza

Quando si parla di una patologia, occorre far riferimento a concetti epidemiologici. "L'epidemiologia è lo studio della distribuzione e dei determinanti degli stati e degli eventi correlati con la salute, e l'applicazione di questo studio al controllo delle malattie e di altri problemi di salute". (Definizione OMS)

Prevalenza: prende in considerazione i casi già esistenti. È un indicatore utilizzato in statistica per misurare il rapporto fra il numero di casi rilevati in una popolazione in un momento ben preciso e il numero degli individui della popolazione che sono osservati nello stesso periodo. Generalmente, per rendere più leggibile il risultato finale, questo si moltiplica per una costante uguale a dieci o a un suo multiplo.

"La prevalenza dei tumori indica il numero di persone che vivono dopo una diagnosi di tumore. Questo numero, calcolato in un periodo e in una popolazione definita, dipende dalla frequenza (incidenza) e dalla prognosi (sopravvivenza) della malattia oncologica e da vari fattori. Anzitutto l'età, in quanto l'invecchiamento della popolazione porta con sé un aumento del numero assoluto di persone che si ammalano di cancro (incidenza). A sua volta, tale aumento, determina un incremento della prevalenza dei tumori. Inoltre, il numero di persone viventi dopo una diagnosi tumorale aumenta quanto più a lungo vivono le persone dopo la malattia.

Quanti sono gli italiani che vivono dopo una diagnosi di tumore?

I dati dell'Associazione Italiana Registri Tumori indicano un costante aumento del numero degli italiani che vivono dopo una diagnosi di tumore, circa il 3% l'anno. Il numero di prevalenti, che era di 2 milioni e 244 mila nel 2006, è aumentato sino a quasi 3 milioni e mezzo nel 2019. Nel 2019, infatti si stima che gli italiani che vivono dopo

una diagnosi di tumore siano 3.460.025, equivalente al 5,3% dell'intera popolazione (un italiano su 19). [...]

Negli uomini, la malattia più frequentemente diagnosticata è risultato il tumore della prostata (471.108 casi), seguita dai tumori del colon-retto (250.969) e della vescica (219.001). questi tre tipi di tumore rappresentano, nel complesso, circa il 60% di tutti i casi prevalenti. Il tumore della mammella è di gran lunga il più frequente nel sesso femminile (815.002 casi), quasi la metà (44%) di tutte le donne che vivono dopo una diagnosi di tumore. Le altre sedi più frequenti sono il colon-retto (230.749), la tiroide (158.447) e l'endometrio (corpo dell'utero, 116.772 casi). I primi quattro tipi di tumore rappresentano il 71% di tutte le diagnosi registrate nelle donne in Italia".¹

Incidenza: si riferisce ai nuovi casi. È un indicatore utilizzato in statistica che misura la velocità con cui compare una determinata malattia (in questo caso un tumore) in una popolazione di riferimento in un arco di tempo ben preciso. Il risultato è espresso sotto il tasso di incidenza ovvero il rapporto tra i nuovi casi di quella malattia e il numero di persone che sono considerate in un momento temporale ben preciso.

“Si stima che nel 2019, in Italia, verranno diagnosticati circa 371.000 nuovi casi di tumore maligno (196.000 negli uomini e 175.000 nelle donne). Complessivamente in Italia ogni giorno circa 1.000 persone ricevono una nuova diagnosi di tumore maligno. Le 5 neoplasie più frequenti, nel 2029, nella popolazione sono quelle della mammella (53.500 nuovi casi), colon-retto (49.000), polmone (42.500), prostata (37.000) e vescica (29.700). Escludendo i tumori della cute (non melanomi), negli uomini prevale il tumore della prostata che rappresenta il 19% di tutti i tumori diagnosticati; seguono il tumore del polmone (15%), il tumore del colon-retto (14%), della vescica (12%) e dello stomaco (4%). Tra le donne il tumore della mammella rappresenta il 30% delle neoplasie femminili, seguito dal colon-retto (12%), polmone (12%), tiroide (5%), e corpo dell'utero (5%). L'incidenza è influenzata, oltre che dal genere, anche dall'età. Nei maschi giovani, il tumore più frequente è rappresentato dal cancro del testicolo, raro negli anziani; a seguire melanomi, tumore della tiroide, linfoma non-Hodgkin, tumore del colon-retto. Nella classe 50-69 anni e negli ultrasessantenni il tumore più frequente è quello della prostata, seguono polmone, colon-retto e vescica. Nella classe 50-69, al 5° posto compaiono i tumori delle vie aerodigestive superiori, mentre il tumore dello

stomaco è appannaggio delle persone molto anziane. Nelle femmine, invece, il cancro della mammella rappresenta la neoplasia più frequente in tutte le classi di età, sebbene con percentuali diverse (40% nelle giovani vs 22% nelle anziane).

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3897_3_file.pdf

Nelle donne giovani a seguire compaiono i tumori della toroide, melanomi, colon-retto e cervice uterina.

Nella classe intermedia seguono i tumori del colon-retto, polmone e corpo dell'utero, tiroide, mentre nelle anziane seguono i tumori di colon-retto, polmone, pancreas e stomaco. [...]

Trend temporali

In Italia l'incidenza dei tumori è in calo sia negli uomini che nelle donne. In particolare tra gli uomini, l'incidenza di tutti i tumori ha mostrato nel periodo 2003-2014 un calo significativo (-0,9% anno). [...]

Quali tumori sono in aumento?

In Italia sono in lieve aumento i tumori del pancreas in tutti e due i generi mentre il tumore del polmone continua a mostrare un netto aumento solo nel sesso femminile (+2,2%), legato prevalentemente al fumo di tabacco, più evidente nelle ultrasessantenni (+2,5% nell'ultimo periodo). Anche la mammella mostra un lieve aumento dell'incidenza in Italia (+0,3%) soprattutto nelle donne fuori fascia screening... [...] In aumento anche la tiroide per l'affinamento delle tecniche diagnostiche ed una sorta di screening opportunistico sia negli uomini (+4% soprattutto nelle fasce più giovani) che nelle donne (+2,5%, soprattutto nelle donne più giovani), [...]

Quali tumori sono in calo?

In entrambi i generi sono in calo i tumori dello stomaco (soprattutto negli ultrasessantenni con riduzione circa 2% annuo) e del fegato. Il tumore del polmone mostra un trend in calo negli uomini (1,6%), più evidente negli ultrasessantenni, [...] Il tumore della prostata mostra un netto calo dell'incidenza in Italia (-1,4% annuo), legato soprattutto al minor utilizzo del PSA come test di screening. Il calo riguarda tutte le

classi di età nei periodi più recenti. Sono in calo i tumori del tratto gastro-intestinale (ad eccezione del pancreas), i tumori del colon-retto (in gran parte grazie all'azione dello screening), del polmone (negli uomini) e il tumore della prostata. Cala il tumore del colon-retto in Italia sia negli uomini (-1,3%) che nelle donne (-1,1%). Il calo è più evidente negli anni recenti nella fascia oggetto di screening (50-69 anni) e negli ultrasessantenni (-1,6% negli uomini e -1% nelle donne)".²

Mortalità: è un indicatore utilizzato in statistica; indica il rapporto percentuale tra le persone decedute e le persone in vita in un determinato periodo di tempo ben definito e in una popolazione ben definita.

“I dati dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) indicano per il 2016 (ultimo anno disponibile) 179.502 decessi attribuibili a tumore, tra i circa 600.000 decessi verificatisi in quell'anno. I tumori sono la seconda causa di morte (29% di tutti i decessi), dopo le malattie cardio-circolatorie (37%). Si può affermare che, mediamente, ogni giorno oltre 485 persone muoiono in Italia a causa di un tumore. Negli uomini, tumori e malattie cardio-circolatorie causano approssimativamente lo stesso numero di decessi (34%), mentre nel sesso femminile il peso delle malattie cardio-circolatorie è più rilevante rispetto ai tumori (40% vs 25%). Il tumore che ha fatto registrare, nel 2016, il maggior numero di decessi è quello al polmone (33.838), seguito da colon-retto (19.575), pancreas (12.049) e fegato (9.702). I dati riguardanti le aree coperte dai registri Tumori indicano come prima causa di morte oncologica nella popolazione il tumore del polmone (12%). La prima causa di morte fra gli uomini è il tumore del polmone (27%), mentre fra le donne è il tumore della mammella (17%), seguiti dai tumori del colon-retto (11% tra gli uomini e 12% tra le donne) e dal tumore della prostata tra gli uomini (8%) e dal tumore del polmone tra le donne (11%). Il carcinoma del polmone risulta la prima causa di morte oncologica in tutte le fasce di età rappresentando il 15% dei decessi tra i giovani (0-49 anni), il 31% tra gli adulti (50-69 anni) e il 27% tra gli ultrasessantenni. Il tumore della mammella è la prima causa di morte oncologica per le donne in tutte le fasce di età rappresentando il 28% dei decessi tra le giovani (0-49 anni), il 20% tra le adulte (50-69 anni) e il 14% tra le over 70”.³

²https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3897_1_file.pdf

³https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3897_1_file.pdf

Letalità: indicatore statistico utilizzato per indicare il numero dei decessi avvenuti per una data patologia in rapporto con il numero dei malati di quella stessa patologia.

Sopravvivenza: è un indicatore che ci consente di valutare l'efficacia del sistema sanitario in relazione a una determinata patologia (in questo caso tumorale).

“La sopravvivenza è il principale outcome in campo oncologico e permette, attraverso la misura del tempo dalla diagnosi, di valutare l'efficacia del sistema sanitario nel suo complesso nei confronti della patologia tumorale. La sopravvivenza, infatti, è condizionata da due aspetti: la fase nella quale viene diagnosticata la malattia e l'efficacia delle terapie intraprese. Sulla sopravvivenza influiscono quindi sia gli interventi di prevenzione secondaria sia la disponibilità e l'accesso a terapie efficaci. Il metodo utilizzato per valutare la sopravvivenza oncologica è la cosiddetta sopravvivenza netta, ovvero la sopravvivenza non imputabile ad altre cause diverse dal cancro. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è un indicatore ampiamente entrato nell'uso comune, sebbene non rappresenti un valore soglia per la guarigione. Questa, infatti, può essere raggiunta in diversi tempi (minore di 5 anni come per il tumore del testicolo o della tiroide, o maggiori come per il tumore della mammella femminile), con differenze importanti anche in funzione del sesso e dell'età alla quale è stata fatta diagnosi. I valori di sopravvivenza osservati per tutti i tumori dipendono dai livelli di sopravvivenza rilevati per le singole patologie, anche molto diversi, che variano da 90% circa (dopo 5 anni dalla diagnosi) per i tumori quali testicolo, mammella e prostata e scendono a meno del 10% per i tumori come il pancreas. [...] i cinque tumori che fanno registrare in Italia le percentuali più alte di sopravvivenza sono quelli della tiroide (93%), prostata (92%), testicolo (91%), mammella (87%) e melanoma (87%). [...]

Sopravvivenza: confronto per età.

La sopravvivenza per molti tumori rappresenta un trend decrescente al crescere dell'età. Le cause possono essere molte, tra queste la maggiore presenza di altre patologie (comorbilità) che controindicano l'applicazione dei protocolli terapeutici più efficaci o comunque, pur non controindicandoli, possono aumentare la sensibilità agli effetti collaterali delle terapie. Fanno eccezione a questo trend il tumore del colon-retto, che presenta valori leggermente superiori per la fascia 55-64 rispetto a quelle 15-44 e 45-54 anni con un possibile ruolo dell'anticipazione diagnostica nelle aree in cui sono attivi i

programmi di screening), il tumore della mammella, caratterizzato da valori superiori nell'età 45-54 anni rispetto a quella di 15-44 anni (con un possibile ruolo della presenza in età giovanile di forme maggiormente aggressive, tra cui anche le forme ereditarie) e il tumore della prostata, con sopravvivenze omogenee prima dei 65 anni. La riduzione della sopravvivenza all'aumentare dell'età della diagnosi è particolarmente evidente per i tumori dell'ovaio, del sistema nervoso centrale, il linfoma di Hodgkin, il mieloma, la cervice uterina, le leucemie, la prostata e l'osso, per i quali la differenza fra prima e ultima classe è di oltre 40 punti percentuali. Al contrario l'effetto dell'età è, seppur presente con le caratteristiche già indicate, meno evidente per il tumore della mammella femminile e del colon-retto, per i quali la riduzione fra età 15-44 e 75+ anni è di 12 e 15 punti percentuali rispettivamente".⁴

Guarigione: è un concetto ancora molto discusso nel campo oncologico. Generalmente una persona può definirsi guarita se:

- dal momento della diagnosi fino a cinque anni, non ha più segni della malattia. In alcune tipologie di tumori, gli anni da considerare non sono cinque ma sono di più, come per il tumore della mammella;
- l'aspettativa di vita della persona che era affetta da patologia oncologica, ha la stessa aspettativa di vita uguale a quella di una persona senza patologie tumorale;
- il rischio di morte che è causato dalla malattia, diventa trascurabile.

⁴https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3897_2_file.pdf

1.5 La persona con problemi onco-ematologici

La malattia oncologica è un processo cronico-degenerativo che porta alla formazione di una neoformazione che sia benigna o maligna la quale comporta un iter diagnostico e terapeutico molto complesso per la persona ma anche per la sua famiglia sia dal punto di vista fisico sia da quello psicologico.

La maggior parte delle persone alle quali viene diagnosticata una malattia oncologica, decide di abbandonare il lavoro a causa della riduzione del livello di energia; questo spesso comporta anche la modifica da parte dei familiari, della loro vita. La compromissione della qualità della vita è diventato quindi un parametro importante per giudicare la tipologia di trattamento da sottoporre alla persona.

Come è stato già sottolineato, la terapia per trattare una neoplasia è complessa e integrata e la sua efficacia dipende sia dal grado di stadiazione della malattia, sia della condizione generale della persona.

Per quello che riguarda i bisogni della persona affetta da problemi onco-ematologici, questi dipendono dalla condizione clinica nella quale la persona si trova. Durante il percorso di terapia, la persona potrebbe evidenziare problemi di alimentazione, di igiene, di mobilitazione e di eliminazione. Importante è fornire sia alla persona che alla famiglia il supporto psicologico avendo cura di curare anche l'ambiente che circonda la persona affetta dalla malattia.

La persona si trova in una condizione di fragilità, indipendentemente dalla sua età anagrafica. Il concetto di fragilità ha un duplice significato:

1-fragilità organica intesa come immunosoppressione, persona soggetta ad infezione ed emorragie, persona anemica e dispnoica; la persona è molto dolorante;

2-fragilità psichica intesa come ospedalizzazione, sofferenza, consapevolezza dei trattamenti, ansia, depressione, senso di morte.

L'ospedalizzazione è utile nel momento in cui vi è una compromissione di uno o più organi che rende necessario una terapia di supporto ed esami che devono essere eseguiti nell'immediato e che possono essere gestiti solamente all'interno della struttura ospedaliera per far fronte a tutti i sintomi che la persona potrebbe presentare.

La gestione infermieristica della persona in regime di Day Hospital (DH) viene erogata principalmente a quelle persone che oltre ad eseguire la chemioterapia per via endovenosa, necessitano di terapie di supporto, terapie antibiotiche, esecuzione di esami o di trasfusioni, medicazione del catetere venoso centrale (CVC), prestazioni diagnostiche che vengono eseguite all'esordio della malattia o nei follow-up.

Compito dell'infermiere è quello di controllare il corretto funzionamento del CVC prima e dopo l'infusione di farmaci chemioterapici, effettuare la medicazione dell'exit site in base alla tipologia di medicazione che viene applicata, preparazione della terapia di supporto e somministrazione dei farmaci chemioterapici previa verifica di prescrizione e controllo giusta persona; controllo e gestione della farmacia. L'infermiere deve inoltre coinvolgere la persona nel piano terapeutico e conoscere le modalità e i tempi di conservazione dei farmaci al fine di assicurare alla persona una corretta somministrazione, conoscere il potenziale di tossicità locale e sistemica del farmaco o dei farmaci; conoscere le modalità di intervento in caso di contaminazione personale e/o ambiente; conoscere le modalità di intervento al fine di ridurre i danni da stravasamento del farmaco dall'accesso venoso nel sottocute.

Tra gli effetti collaterali della chemioterapia possiamo ritrovare l'alopecia (perdita di peli e capelli in ogni parte del corpo), anemia, stanchezza, nausea, vomito, mucositi, diarrea, insonnia, mal di testa, difficoltà di concentrazione, rialzo della temperatura corporea, infezioni, formazione di lividi o piccole emorragie ma possono insorgere anche problemi di tipo cognitivo "chemo brain".

La diarrea è molto grave perché può portare a disidratazione, allo squilibrio idroelettrolitico e problemi a carico del sistema cardiocircolatorio. La stipsi è causata dall'assunzione di farmaci oppiacei in quanto questi riducono la motilità intestinale, aumentano l'assorbimento di liquidi diminuendo le secrezioni intestinali.

La maggior parte delle persone presenta nausea e vomito che possono compromettere la voglia di continuare la terapia da parte della persona. Alcune volte sono anticipatori ovvero la persona presenta questi sintomi prima di effettuare la somministrazione del farmaco, oppure si presentano per il collegamento che la persona crea tra un odore che associa alla terapia. In ogni caso, la capacità dell'infermiere consiste nell'incoraggiare la persona e cercare di tranquillizzarla per quanto possibile.

L'alopecia è un effetto collaterale reversibile ovvero cessa al cessare della somministrazione della terapia. Questa, però, tende a distorcere l'immagine corporea della persona soprattutto nelle persone di sesso femminile che molte volte sentono venir meno la loro femminilità. È molto importante anche in questo caso il supporto psicologico che l'infermiere può offrire alla donna, offrendo la possibilità di indossare il caschetto refrigerante durante il ciclo di terapia al fine di ridurre/prevenire l'alopecia.

Gli effetti collaterali generalmente tendono a scomparire una volta che la terapia è terminata. Altri, richiedono un po' più di tempo, a volte alcuni mesi o anni. In generale però, gli effetti collaterali variano da persona a persona, dal tipo di trattamento scelto e dalle condizioni cliniche e fisiche della persona.

Generalmente, come è già stato detto, alla persona che si trova a dover affrontare cicli di terapia per via endovenosa, viene predisposto un CVC in modo tale da facilitare il processo assistenziale anche in caso di ricovero.

2. Obiettivo

L'obiettivo principale che si prefigge questo elaborato è quello di proporre la creazione di un percorso destinato unicamente alle persone con patologia oncologica nota per far sì che la loro presa in carico avvenga in tempi brevi attraverso l'ausilio di esami diagnostici/strumentali standardizzati per le persone con patologia oncologica che consentono di inquadrare clinicamente la persona nel più breve tempo possibile.

A questo modello può essere associata la destinazione della persona verso un'area di accoglienza/trattamento che potrebbe essere definita OBI Oncologico all'interno della quale, attraverso il lavoro multidisciplinare e di équipe, vengono svolte le indagini più opportune e decisa la destinazione finale della persona sia che si tratti della dimissione, sia che si tratti di ricovero in unità di degenza oncologica (Unità Operativa di Oncologia), sia che si tratti di fornire supporto non solo medico ma anche psichico alla persona per affrontare il fine vita.

Oltre che per delineare un percorso ben definito, questo lavoro si pone come obiettivo secondario, ma non di meno importanza, di diminuire il carico di lavoro che gli infermieri e medici del Pronto Soccorso si trovano a dover affrontare, riducendo il tempo di permanenza e quindi incidendo anche sul sovraffollamento.

3. Materiali e metodi

È stato condotto uno studio osservazionale (quantitativo) relativamente agli accessi effettuati da persone con patologia oncologica nota presso il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero “Santa Croce” di Fano nei periodi 01/06/2019 - 31/12/2019 e 01/06/2020 – 31/12/2020.

Questo studio è stato effettuato attraverso l’accesso al portale “Ausylia” dopo aver ottenuto l’autorizzazione ad accedere ad esso da parte del Dirigente delle Professioni Sanitarie Dip. IOTR e del Direttore Sanitario AORMN dell’Azienda Ospedaliera “Ospedali Riuniti Marche Nord”.

Il periodo durante il quale è stata svolta questa ricerca risale ad Agosto 2021 in particolare nel periodo che va dal 1/08/2021 al 8/08/2021, durante il tirocinio professionalizzante svolto presso il Pronto Soccorso della medesima Azienda Ospedaliera, Presidio “Santa Croce” di Fano.

I termini di ricerca che sono stati utilizzati come parole chiave per la ricerca sono stati “tumore”, “oncologico”, “neoplasia”, “metastasi”. Inoltre la ricerca è stata effettuata utilizzando queste parole, prendendo in considerazione settimana per settimana, nei periodi sopracitati.

Dopo aver raccolto i dati in un foglio di lavoro Excel, che riguardavano il sesso, l’età, il tipo di tumore, la motivazione o sintomi di accesso al pronto Soccorso, gli esami diagnostici e/o strumentali svolti, il tempo di permanenza all’interno dell’Unità Operativa e l’eventuale ricovero (ma anche dimissione e decesso), sono stati presi in considerazione in numero di persone che hanno fatto accesso al Pronto Soccorso, il sesso, i motivi più frequenti di accesso nell’Unità operativa, il tempo di permanenza prima di essere ricoverate/dimesse, la tipologia di esami diagnostici/strumentali che sono stati eseguiti a tutte le persone indipendentemente dalla tipologia di tumore.

Questo si è reso necessario al fine di evidenziare come il numero di accessi al Pronto Soccorso che effettuano le persone con patologia oncologica, è sostenuto, come le persone permangono per molteplici ore in Pronto Soccorso prima di essere inquadrare clinicamente e per poter proporre la creazione di un percorso destinato a persone con patologia oncologica nota e OBI oncologica all’interno del Pronto Soccorso stesso per

poter provvedere alla dimissione, se la persona risulta essere dimissibile in 24/48 ore, o ricoverata in unità di degenza, se necessita di ricovero.

I dati sono stati sintetizzati in una tabella creata in Microsoft Word.

Inoltre, per le ricerche di questo elaborato, è stata effettuata un'analisi tramite l'utilizzo della piattaforma PubMed, termini Mesh utilizzati: -oncologic patient-attending-emergency department-. I criteri di inclusione degli studi sono stati quelli di contenere almeno tre termini Mesh sopra citati e contenere informazioni generali relativamente alla patologia tumorale non prendendo in considerazione la singola patologia. Gli studi presi in considerazione sono stati redatti in lingua inglese ed è stata effettuata la traduzione in lingua italiana.

4. Risultati

I risultati ottenuti dalla ricerca sono stati sintetizzati nella seguente tabella. Fanno riferimento al numero di accessi al Pronto Soccorso delle persone affette da malattia oncologica nel periodo 01/06/2019 – 31/12/2019 e 01/06/2020 – 31/12/2020, tempo di permanenza nell’Unità Operativa prima di decidere il percorso della persona, esami diagnostici/ strumentali-OBI, eseguiti a tutte le persone indipendentemente dal tipo di tumore.

Numero di accessi	Sesso maschile	Sesso femminile	Età media
172	112	60	72,67

Tab. 1: Analisi accessi Pronto Soccorso “Santa Croce” di Fano.

Tempo di permanenza < 10 ore	Tempo di permanenza > 10 e < 20 ore comprese	Tempo di permanenza oltre 20 ore	Esami strumentali/diagnostici-OBI	Segno/sintomo di accesso al PS	Ricovero in unità di degenza	Decessi
76	42	54	172 esami ematici 172 visita medica 149 ECG 78 rx torace 46 eco addome 26 rx diretta addome 22 tc addome 18 tc cerebrale 12 tc torace 13 visita chirurgica 12 visita urologica 6 visita cardiologica 3 visita oncologica 3 visita pneumologica 65 OBI	37 dolore 31 febbre 31 dispnea 19 vomito 18 astenia 6 anemia 30 altro (tosse, trauma, stipsi, ritenzione urinaria)	76	8

Tab 2: Analisi accessi Pronto Soccorso “Santa Croce” di Fano.

Relativamente allo studio sugli accessi delle persone con patologia oncologica nota al pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero “Santa Croce” di Fano (periodo 01/06/2019-31/12/2020 e 01/06/2020-31/12/2020), si può osservare come gli accessi al Pronto Soccorso sono stati 172, in particolare 127 relativamente al periodo preso in considerazione dell’anno 2019 e i restanti 45 relativamente la periodo preso in considerazione dell’anno 2020. Non sono stati indagati i motivi per i quali nel periodo di riferimento dell’anno 2020 gli accessi sono stati abbastanza inferiori, ma una delle

motivazioni potrebbe essere la pandemia mondiale dichiarata in seguito alla malattia Covid-19.

Tra le 172 persone che si sono presentate in PS, il 65,11% risultano essere di sesso maschile e il 34,89% di sesso femminile. L'età media di queste persone risulta essere di 72,67 anni. Le principali motivazioni di accesso al pronto Soccorso possono essere così riassunte: il 21,5% delle persone presentava dolore, il 18% era piretico, il 18% presentava dispnea, l'11,04% presentava vomito, il 10,46% riferiva astenia, il 3,4% presentava anemia. Il restante 17,6 % riferiva altri segni/sintomi come tosse, stipsi, ritenzione urinaria e trauma.

Inoltre è emerso che per 76 persone (44,18%) il tempo di permanenza all'interno del Pronto Soccorso prima di essere dimesse/ ricoverate in Unità di degenza è stato inferiore alle 10 ore; la permanenza di 42 persone (24,41%) è stata compresa tra le 10 e le 20 ore comprese; la permanenza di 54 persone (31,39%) è stata maggiore alle 20 ore.

Per circa la metà delle persone (44,1%) è stato necessario il ricovero in Unità di degenza per complicità di patologia di base/sintomo correlato, mentre il 5% circa è deceduto.

Per quello che concerne gli esami strumentali /diagnostici e stazionamento in OBI si sono ottenuti i seguenti risultati: il 100% delle persona ha eseguito esami ematici e visita medica; l'86,6 % ha eseguito elettrocardiogramma di superficie; il 45,3% ha eseguito la radiografia toracica; il 26,7% ha eseguito l'ecografia all'addome; il 15,1% ha eseguito la radiografia diretta dell'addome; il 12,7% ha eseguito la tomografia computerizzata dell' addome; il 10,4 % ha eseguito la tomografia computerizzata cerebrale; il 6,9% ha eseguito la tomografia computerizzata al torace; il 7,5% ha eseguito una visita chirurgica; il 6,9% ha eseguito una visita urologica; il 3,4% ha eseguito una visita cardiologica; l'1,7% ha eseguito una visita pneumologica e solamente l'1,7% ha eseguito una visita oncologica. Inoltre il 37,7% delle persone ha stazionato in OBI.

Si ravvisa come, nonostante siano stati presi in considerazione quei pazienti che si sono presentati al Pronto Soccorso con patologia oncologica nota e che al momento dell'accesso presentavano almeno un sintomo riconducibile alla patologia oncologica di

base, si può osservare come le persone che hanno eseguito una visita oncologica sono state solamente 3. Questo indica come la patologia di base della persona nella maggior parte dei casi non viene considerata e si tende a considerare unicamente il segno/sintomo per il quale la persona accede al Pronto Soccorso.

5. Discussione

All'inizio di questo lavoro, sono stati valutati i dati epidemiologici quali il sesso, l'età, la patologia oncologica nota, il sintomo principale correlato alla patologia di base per il quale la persona si è presentata in pronto soccorso, gli esami diagnostici/strumentali/visite/OBI che la persona ha eseguito, il tempo di permanenza e l'esito dell'accesso ovvero se la persona è stata dimessa, se è stata ricoverata in unità di degenza o se è deceduta.

Dal confronto con la letteratura esistente ed in particolare facendo riferimento alla ricerca su PubMed dove sono stati estrapolati 3 articoli riguardanti il sesso e il motivo di accesso al pronto Soccorso si osserva come i risultati siano pressoché sovrapponibili.

- **“I’m here because I was told to come: a study of cancer patients’ reasons for attending the emergency department. Ivona Mostarac et al. Support Care Cancer. 2021 Nov. :** i pazienti con cancro sono visti frequentemente nei dipartimenti di emergenza (ED). è stato proposto che molte di queste visite siano prevenibili, ma la prospettiva del paziente non è stata ben studiata. Risultati: 45 pazienti hanno completato le interviste, di cui 30 (67%) sono stati ricoverati in ospedale. I motivi più frequenti per cercare cure per il pronto soccorso erano dolore (incluso quello addominale) (33%), febbre (11%) e debolezza (11%). La maggioranza (77%) non ha preso la decisione di recarsi da sola al pronto soccorso: gli operatori sanitari (40%, più comunemente oncologi) e gli operatori sanitari (36%) sono stati i decisori segnalati in questi casi. La maggioranza (73%) riteneva che la visita al pronto soccorso non fosse prevenibile. I temi di un ambiente oncologico alternativo per i test, il miglioramento dei servizi di comunità e sia la gestione anticipata dei farmaci che il rinvio alle cure specialistiche sono stati identificati da pazienti che hanno riferito che la loro visita era evitabile. La congruenza tra il bisogno percepito (del paziente) e il bisogno valutato era alta (96%)”.

- **“Evaluation of the frequency of patients with cancer presenting to an emergency department. Cem Isikber et al. Rev Assoc Med Bras. 2020 Oct. :** questo studio mira a determinare le caratteristiche demografiche dei pazienti oncologici ricoverati in un pronto soccorso e a determinare la relazione tra la frequenza di ricovero in pronto soccorso e le emergenze oncologiche e il loro effetto sulla mortalità. Risultati: nel nostro studio sono state esaminate 1205 applicazioni relative alla diagnosi

oncologica di 261 pazienti. Il 55,6% dei pazienti era di sesso maschile e il 44,4% di sesso femminile. L'emergenza oncologica metabolica più comune è stata l'anemia (19,5%) e l'emergenza oncologica strutturale più comune è stata la metastasi-frattura ossea (4,6%). Il punteggio medio di ammissione dei pazienti al pronto soccorso è stato di quattro volte (min: 1 max: 29) durante il periodo di studio. Un totale del 49,4% (n: 129) dei pazienti inclusi nello studio è deceduto durante il follow-up e il tempo medio di morte è stato di 13 giorni dopo l'ultimo ricovero in PS".

- **“Validation of the Emergency Severity Index (Version 4) for the Triage of Adult Emergency Department Patients with Active cancer. David Adler et al. J Emerg Med. 2019 Sep. :** sfondo: i pazienti con cancro attivo rappresentano una percentuale crescente di tutte le visite al pronto soccorso (ED) e hanno una serie unica di rischi legati alla loro malattia e ai suoi trattamenti. Un Triage efficace per questa popolazione è fondamentale per facilitare le loro cure di emergenza. Risultati: tra i 1008 soggetti inclusi in questa analisi, la distribuzione dell'ESI è stata fortemente inclinata verso un'Acuità elevata (>95% dei soggetti aveva un livello di ESI si 1, 2 o 3). L'ESI era significativamente associata alla disposizione del paziente e all'uso delle risorse di pronto soccorso (valori di $p < 0,05$). Non sono state osservate associazioni significative tra l'ESI e gli esiti non basati sul pronto soccorso della durata della degenza ospedaliera o della mortalità a 30 giorni”.

Cosa di non minor conto, è che prevedendo un percorso sempre più specializzato per i pazienti oncologici che accedono al Pronto Soccorso e che rappresentano un numero in aumento, come confermato anche dalla letteratura, questo influenzerebbe in maniera positiva anche sul sovraffollamento che molte volte si ritrova in questa unità operativa; si diminuirebbe il carico di lavoro degli operatori che operano all'interno del Pronto Soccorso, in modo tale che questi possono dedicarsi ad altre emergenze/urgenze.

6. Implicazioni per la pratica

Relativamente alla creazione del percorso destinato unicamente alle persone che accedono al pronto Soccorso con patologia oncologica nota e/o con sintomo di malattia in peggioramento, si propone quanto segue.

Nel momento in cui la persona accede al Pronto Soccorso, l'infermiere di triage esegue l'accettazione durante la quale raccoglie informazioni circa segni/sintomi e motivazione per la quale la persona si è recata in Pronto Soccorso.

L'infermiere, dopo aver rilevato e valutato i parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturimetria, frequenza respiratoria, temperatura corporea e dolore) e valutato lo stato di coscienza della persona attraverso l'ausilio di scale in particolare attraverso l'utilizzo della Glasgow Coma Scale che indaga la risposta della persona a stimoli visivi, verbali e motori attribuendole un punteggio, assegna all'utente un codice colore/numerico che indica la priorità di trattamento della persona in base alla rilevazione e raccolta dei dati/segni/sintomi.

Al fine di rendere più fluido e veloce il percorso della persona con patologia oncologica nota, si propone, tenendo in considerazione la ricerca che è stata effettuata all'interno del Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero "Santa Croce" di Fano, che l'infermiere di Triage può:

- Effettuare esami ematici di routine, individuando anche il Profilo ematico specifico per la patologia oncologica di base (Markers tumorali o marcatori), tenendo in considerazione anche il sintomo correlato alla malattia per il quale la persona accede in Pronto Soccorso.
- Effettuare ECG (elettrocardiogramma)
- Eseguire EGA (emogasanalisi arteriosa) che permette di misurare le pressioni parziali dei gas arteriosi e il valore del pH del sangue, i bicarbonati e l'equilibrio acido-base. Ciò permette un precoce trattamento, in base al risultato dei valori dell'emogasanalisi, ancor prima di ottenere i risultati dei valori degli esami ematici.
- Se la persona presenta dolore, valutato durante il Triage attraverso l'ausilio delle scale in base allo stato di coscienza del paziente, l'infermiere, come primo

trattamento e in autonomia, può attivare il “Protocollo Dolore” già esistente all’interno del Pronto Soccorso di Fano, che prevede la somministrazione di Paracetamolo secondo la forma farmaceutica più appropriata e secondo il dosaggio più appropriato (non superiore a 1000mg).

Eseguiti questi esami, l’infermiere di Triage attiva il percorso oncologico che prevede l’accesso della persona in OBI oncologico alla quale si propone di accedere secondo due criteri:

- Dimissione della persona dopo le 24/48h
- Ricovero in Unità operativa di Oncologia.

Nell’OBI oncologico si prevede la presenza della figura del medico di Pronto Soccorso che, oltre a prescrivere gli esami strumentali individuati da questa ricerca come i più frequenti (radiografia del torace ed ecografia addominale), tratterà le emergenze/urgenze che potrebbero presentarsi; la figura del medico Oncologo al fine di valutare l’evoluzione della malattia oncologica di base e la possibilità di ricovero con uno specifico piano di trattamento possibilmente condiviso con il paziente e con la sua famiglia, l’infermiere che garantirà la miglior assistenza infermieristica del caso.

7. Conclusioni

Questo lavoro nasce dalla necessità di dare una risposta rapida ed efficace al paziente affetto da malattia oncologica che si reca al Pronto Soccorso al fine di risolvere la problematica, correlata alla patologia di base, che presenta in quel momento; questo dover dare una celere risposta, comporta una stretta collaborazione e lavoro di équipe tra il medico che lo prende in carico al Pronto Soccorso, il medico specialista che conosce la sua storia e il suo piano di cura e che lo segue nell'ambito dell'oncologia, e la figura infermieristica.

L'ambito dell'assistenza alla persona affetta da patologia oncologica è molto vasto e complesso e richiede all'operatore sanitario, non solamente una vasta base di conoscenze a livello pratico, ma anche empatia, comprensione, capacità di ascolto al fine di poter fornire alla persona la miglior assistenza e renderla parte attiva del processo di cura, quando possibile. Processo che coinvolge non solamente la persona con malattia oncologica, ma anche i familiari che se ne fanno carico e se ne prendono cura.

Per tali motivazioni, con questo lavoro si è voluta esprimere la necessità di proporre un modello alternativo di presa in carico e trattamento della persona affetta da patologia oncologica nota per cercare di offrire all'assistito la miglior assistenza che tiene in considerazione non solamente il sintomo per il quale accede al Pronto Soccorso, ma anche e soprattutto la stessa patologia di base, che fa sì che un determinato sintomo si presenti, che in un sistema di emergenza/urgenza molte volte passa in secondo piano. Con l'adozione di questo modello, inoltre, si mirano a diminuire i tempi di attesa e di permanenza all'interno del Pronto Soccorso, andando ad incidere positivamente anche sul sovraffollamento in sala d'attesa.

8. Bibliografia e sitografia

Bibliografia

1. COMU. Collegio degli Oncologi Medici Italiani. Manuale di Oncologia Medica. Minerva Medica; I edizione 2018.
2. Ivana Carpanelli, Fabio Mazzufero, Sabrina Pellachin. L'infermiere in oncologia. Carocci; II edizione 2009.
3. C. Norman Coleman. Capire il cancro. Una guida per i malati e le loro famiglie sulla diagnosi, le prognosi e il trattamento dei tumori maligni. Hoepli 2007.
4. Mostarac I, Barbera L, Sussman J, Dainty K, Wu L, Ratcliffe J, Atzema CL. I'm here because I was told to come: a study of cancer patients' reasons for attending the emergency department. *Support Care Cancer*. 2021 Nov, 29(11):6565-6578. doi: 10.1007/s00520-021-06215-8. Epub 2021 Apr 29. PMID: 33913007.
5. Isikber C, Gulen M, Satar S, Avici A, Acehan S, Isikber GG, Yesiloglu O. Evaluation of the frequency of patients with cancer presenting to an emergency department. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2020 Oct;66(10):1402-1408. doi: 10.1590/1806-9282.66.10.1402. PMID: 33174934.
6. Adler D, Abar B, Durham DD, Bastani A, Bernstein SL, Baugh CW, Bischof JJ, Coyne CJ, Grudzen CR, Henning DJ, Hudson MF, Klotz A, Lyman GH, Madsen TE, Pallin DJ, Reyes-Gibby CC, Rico JF, Rayan RJ, Shapiro NI, Swor R, Thomas CR Jr, Venkat A, Wilson J, Yeung SJ, Caterino JM. Validation of the Emergency Severity Index (Version 4) for the Triage of Adult Emergency Department Patients With Active Cancer. *J Emerg Med*. 2019 Sep;57(3):354-361. doi: 10.1016/j.jemermed.2019.05.023. Epub 2019 Jul 26. PMID: 31353265; PMCID: PMC7478143.

Sitografia

1. www.airc.it
2. www.salute.gov.it
3. www.airtum.it
4. www.epicentro.iss.it/passi-argento
5. www.siapec.it
6. www.legatumori.genova.it
7. www.msmanuals.com
8. www.aimac.it
9. www.medicalimaging.it
10. www.issalute.it
11. www.humanitas.it
12. [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33913007/.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33913007/)
13. [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33174934/.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33174934/)
14. [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31353265/.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31353265/)

9. Allegati



Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord

Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
Azienda Ospedaliera
Ospedali Riuniti Marche Nord
Presidio Ospedaliero San Salvatore
UOC delle Professioni
Sanitarie IOTR
P.le Cinelli n. 6- 61121 Pesaro

**Dirigente UOC Proff. Sanitarie
I.O.T.R.**
Dott.ssa Stefania Rasori

Tel: 0721.3637-6464-6439-6442
Fax: 0721.362996
Mail to:
Stefania.rasori@ospedalimarchenord.it

10:450888/30/07/2021/S.N.P.

- Prot. n.
- Id. n.

Pesaro, li

**UNIVERSITA'POLITECNICA
DELLE MARCHE
POLO DIDATTICO DI PESARO**
c/o Azienda Ospedaliera
Ospedali Riuniti Marche Nord
Viale Trieste n. 391
61121 PESARO

Oggetto: Rilascio autorizzazione alla consultazione del data base Ausylia - studente BALSAMI GIULIA

Con riferimento alla V/s richiesta prot.: AORMN|0037701|AAGG|A|19/07/2021 di pari oggetto, si rilascia autorizzazione in favore della:

Sig. BALSAMINI GIULIA

Distinti saluti.

Dirigente UOC. IOTR
Dott.ssa Stefania Rasori

Direttore Sanitario
Dott. Edoardo Berselli

10. Ringraziamenti

Dedico questa ultima parte di elaborato a quelle persone che hanno contribuito maggiormente alla mia formazione infermieristica e a quelle persone fondamentali al fine della realizzazione e conclusione del mio percorso di studi.

Vorrei ringraziare tutto il personale infermieristico di tutte le Unità Operative dove ho svolto il mio tirocinio professionalizzante. Ciascuno di loro ha contribuito alla mia formazione.

In particolare vorrei ringraziare Domenico Ventura, coordinatore del Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero “Santa Croce” di Fano per la disponibilità e per aver reso possibile la mia ricerca.

Vorrei ringraziare inoltre: Laura L., infermiera del reparto di Rianimazione che con la sua massima professionalità ha fatto sì che io affinassi tutte quelle tecniche apprese durante il corso degli anni e mi avvicinassi professionalmente al paziente critico; Elena M., infermiera di Pronto Soccorso che con la sua disponibilità e massima conoscenza del dipartimento di emergenza/accettazione ha creduto subito in me, facendomi sentire sin da subito parte integrante dell'équipe, donandomi insegnamenti e consigli preziosi che indubbiamente porterò sempre con me; Michela R., infermiera di Pronto Soccorso che con la sua rigidità ma allo stesso tempo sensibilità, mi ha permesso di capire che non sempre si vince la battaglia... ma l'importante è dare sempre tutto se stessi per combattere fino all'ultimo secondo; Lorenzo V., infermiere di Pronto Soccorso che attraverso un semplice sorriso mi faceva capire di essere sulla strada giusta, cercando di sdrammatizzare situazioni complesse e che, nonostante la sua giovane età, mi ha fornito conoscenze tecniche indispensabili al fine del completamento della mia formazione. Grazie perché accanto a me, non potevo chiedere di meglio.

Ringrazio i tutor dell'Università del polo di Pesaro, in particolare Stefania per la pazienza e la professionalità con cui mi ha seguito; la mia Relatrice, Prof.ssa Tamara Campanelli, per aver permesso la realizzazione di questo elaborato.

Ci tengo a ringraziare mio padre, mia madre e mio fratello che non mi hanno fatto mai sentire sola e mi hanno accompagnato e incoraggiato da dietro le quinte in questo

meraviglioso viaggio; il mio compagno Mirco che mi ha sopportato e appoggiato in qualsiasi scelta.

A me stessa, per l'impegno e la costanza che hanno contraddistinto il mio percorso, nonostante le difficoltà e gli ostacoli che ho affrontato, finalmente posso dire: ce l'ho fatta.

Infine, ma non in ordine di importanza, a te piccola mia...anima pura e fonte di inesauribile amore. Sei stata tenerezza, fragilità, gioia, spensieratezza, innocenza... ma, soprattutto, sei stata la mia forza.

