Allegato 1 : Il ruolo degli infermieri nel Psdta del polmone

Gruppo di Studio Infermieri
Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta

Anno di pubblicazione 2026

N. revisione: 01
Data emissione: 06/2026

Gruppo di revisione:

Coordinamento:

Patrizia MORGANTI	*Infermiere con Funzione Organizzativa e di Coordinamento DH Oncologico e C.A.S. PO Borgomanero, ASL Novara*
Davide MAROCCO	*Infermiere DH Oncologico PO Martini ASL Città di Torino*

Componenti:

Stefano BROVARONE	*Infermiere con Funzione Organizzativa e di Coordinamento degenza Reparto Onco-ematologia ASL Biella*
Vincenza PROIETTO	*Infermiere DH Oncologico PO Savigliano ASL CN1*
Carmen TRANDELLA	*Infermiere DH Oncologico e C.A.S. ASL Valle d'Aosta*
Maria TROVATO	*Infermiere C.A.S. ASL Vercelli*
Sabrina ZUNINO	*Infermiere C.A.S. Ovada DH Oncologico*

Supervisione

Coordinatrici GdiS Infermieri Rete Oncologica

Giulia Marietta (IRCCS Candiolo)

Laura M. Giorcelli (ASL Alessandria)

Francesca Resente (AOU Città della Salute e della Scienza di TORINO)

Coordinatrice Area Assistenziale Rete Oncologica

Rita Reggiani (AO Ordine Mauriziano di Torino)

Approvazione

Autorità Centrale di Coordinamento Rete Oncologica

Massimo Aglietta

Mario Airoldi

Alessandro Comandone

SOMMARIO

ACRONIMI E ABBREVIAZIONI	4
1. PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	5
2. INTRODUZIONE	5
3. OBIETTIVO	5
4. DESTINATARI	6
5. CAMPO DI APPLICAZIONE	6
6. METODO	6
7. L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NEL PSDTA DELLA NEOPLASIA DEL POLMONE	6
8. FASI DEL PSDTA	7
9. VISITA C.A.S. (CENTRO ACCOGLIENZA SERVIZI)	7
10. GRUPPO INTERDISCIPLINARE CURE (GIC)	8
11. TERAPIA	8
11.1 TERAPIA MEDICA	8
11.2 CHIRURGIA	9
11.3 RADIOTERAPIA	9
12. FOLLOW UP E SURVIVORSHIP CARE	9
13. CURE PALLIATIVE	10
14. IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO	11
15. CONCLUSIONI	11
16. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	12

ACRONIMI E ABBREVIAZIONI

AIOM	Associazione Italiana di Oncologia Medica
C.A.S.	Centro Accoglienza Servizi
C.V.C	Catetere Venoso Centrale
DH	Day Hospital
EBN	Evidence Based Nursing
GdS	Gruppo di Studio
G.I.C.	Gruppo Interdisciplinare Cure
MMG	Medico di Medicina Generale
P.S.D.T. A.	Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale
ROPVA	Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta
R.T.O.G.	Radiation Therapy Oncology Group

1. PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

Il Gruppo di Studio Infermieri della Rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta (ROPVA) ha curato la revisione del documento "A" DEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE NEOPLASIA DEL POLMONE redatto nel 2018, quale strumento di governo dei processi di cura e assistenza relativi a problemi di salute delle persone assistite e delle loro famiglie, affinché fosse esplicitata la "A" di Assistenza nel Percorsodi Salute Diagnostico e Terapeutico Assistenziale per le neoplasie del Polmone[1].

2. INTRODUZIONE

I Percorsi di Salute Diagnostici Terapeutici e Assistenziali (P.S.D.T.A.) sono strumenti di governo clinico che si prefiggono di raggiungere gli obiettivi di salute della popolazione malata a cui si riferiscono, in ragione di efficienza ed efficacia ottimali[1].

Sono piani multiprofessionali e interdisciplinari di assistenza e, come tali, richiedono l'esplicitazione dello specifico contributo delle singole discipline sanitarie.

I P.S.D.T.A. sono strumenti organizzativi costruiti sulla base di evidenze scientifiche e linee guida nazionali[2], condivisi all'interno del team multidisciplinare, che definiscono la sequenza delle attività di diagnosi, trattamento e assistenza relative allo specifico problema di salute.

In tal senso il Gruppo di Studio Infermieri (GdS) della ROPVA ha assunto la volontà di rendere visibile e fruibile l'offerta assistenziale alle persone assistite e alle loro famiglie e a tutta la "Comunità Multiprofessionale", definendo lo specifico infermieristico.

Nel documento sono analizzati i passaggi fondamentali del percorso assistenziale della persona con neoplasia del polmone: accesso e gestione della fase diagnostica, trattamento primario, terapia adiuvante, gestione della malattia metastatica e delle recidive loco-regionali, follow up, riabilitazione e cure palliative.

3. OBIETTIVO

Definire funzioni ed attività degli Infermieri coinvolti nel P.S.D.T.A. delle persone con neoplasia del polmone al fine di garantire standard assistenziali, valorizzarne le competenze, rendere tangibile lo specifico apporto in termini di professionalità e sostanziarne l'agire responsabile in rapporto agli altri professionisti coinvolti nel percorso di cura.

4. DESTINATARI

Questo documento è rivolto agli infermieri coinvolti nel percorso di cura e a tutte le persone con sospetto clinico o diagnosi di neoplasia del polmone.

5. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento, nel rispetto di quanto riportato nel P.S.D.T.A. Regionale, trova applicazione in diversi setting successivamente descritti.

6. METODO

Il Gruppo di Studio Infermieri ROPVA, nell'elaborazione di questo documento, ha come riferimento i principi contenuti all'interno dei Piani Triennali 2021-2023 e 2024/2026[1], i modelli organizzativi e le procedure operative che caratterizzano e si concretizzano nell'esperienza della Rete Oncologica stessa. Il gruppo ha provveduto ad una condivisa lettura del Manuale Metodologico "Linee di indirizzo per lo sviluppo dei Percorsi di Salute e Diagnostico Terapeutici Assistenziali"[3]. Il documento poggia il suo fondamento sulle "Linee di indirizzo per la stesura dei percorsi diagnostici terapeutici nell'ambito dell'assistenza infermieristica relative alle patologie oncologiche" e sui "Profili di competenze infermiere C.A.S., G.I.C. e DH" consultabili integralmente sul sito della Rete Oncologica[1].

7. ASSISTENZA INFERMIERISTICA NEL P.S.D.T.A. DELLA NEOPLASIA DEL POLMONE

L'infermiere risponde ai bisogni assistenziali della persona con malattia oncologica ed "orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca" (Art 2)[4].

"Nel percorso di cura l'infermiere accoglie e valorizza il contributo della persona assistita, il suo punto di vista e le sue emozioni, facilitando l'esternazione e l'espressione della sofferenza. L'infermiere informa, coinvolge, educa e supporta la persona assistita e, con il libero consenso di

quest'ultima, le sue persone di riferimento, al fine di favorire l'adesione al percorso di cura e di valutare e attivare le risorse disponibili" (Art19)[4].

"L'infermiere si prende cura della persona, delle sue persone di riferimento, della famiglia e della comunità in tutte le fasi del percorso di cura. Agisce nel rispetto della loro dignità, libertà ed eguaglianza, delle loro scelte di vita e concezioni di salute e benessere, senza alcuna distinzione di età, etnia, religione, condizione sociale, identità di genere, orientamento sessuale e culturale. In coerenza con i valori etici e le norme deontologiche delle professioni infermieristiche, garantisce una relazione basata sulla fiducia reciproca. Promuove la cultura del rispetto e dell'inclusione contribuendo a ridurre le disuguaglianze in ambito socio-sanitario. Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo agire"(Art.3).[4]

Le sue competenze specifiche permettono di:

- agire su ogni aspetto della patologia nei vari ambiti: diagnostico, chirurgico, oncologico medico, radioterapico, palliativo;
- applicare i protocolli di ricerca;
- contribuire al processo educativo del paziente in tutte le fasi del percorso assistenziale;
- illustrare i servizi a disposizione;
- fornire informazioni e collegamenti con altri professionisti.

8. FASI DEL P.S.D.T.A.

Il P.S.D.T.A. della neoplasia del polmone si articola nelle seguenti fasi:

- visita C.A.S.: Diagnosi e Stadiazione;
- visita G.I.C.;
- terapia medica/chirurgica/radioterapica;
- follow up e survivorship care;
- cure palliative.

9. VISITA C.A.S.: CENTRO ACCOGLIENZA SERVIZI

Il percorso di cura ha inizio con una valutazione clinica da parte del MMG o dello specialista in seguito alla manifestazione di segni e/o sintomi suggestivi per neoplasia del polmone o in

seguito ad accertamenti clinici. In caso di forte sospetto o diagnosi per tumore del polmone, la persona deve essere inviata al C.A.S..

Il C.A.S. è la struttura di riferimento nell'ambito della ROPVA in termini di assistenza, orientamento e supporto, svolge un ruolo clinico-assistenziale, amministrativo e gestionale. Il team comprende il Medico Specialista, l'Infermiere e il Personale Amministrativo con i quali collaborano lo Psiconcologo e l'Assistente Sociale (vedi visita C.A.S. del P.S.D.T.A. Regionale)[1]. L'infermiere C.A.S. rappresenta il punto di riferimento per la persona assistita e la sua famiglia/caregiver. Agisce secondo il "Profilo di competenza dell'infermiera C.A.S.[1]", valutando i bisogni della persona attraverso una scheda di valutazione prevista dalla Rete Oncologica (vedi "Scheda: Valutazione infermieristica di presa in carico C.A.S."Scheda di valutazione infermieristica all'inizio del percorso di cura presso il CAS)[1].

La scheda dovrà essere compilata al primo accesso del paziente (al CAS o nel setting dove ha inizio il percorso di cura) o comunque entro la prima visita G.I.C. La diagnosi e la stadiazione della neoplasia del polmone prevedono una serie di indagini, come declinato nel P.S.D.T.A. Regionale.

Al termine delle indagini di diagnosi e stadiazione, il C.A.S. programma la visita del Gruppo Interdisciplinare di Cure (G.I.C.)[1].

10. GRUPPO INTERDIIPLINARE CURE (G.I.C.)

Il G.I.C. prende in carico la persona per la definizione del piano di cure.

L'infermiere G.I.C. pianifica secondo i tempi stabiliti dal P.S.D.T.A. interventi assistenziali, educativi e di supporto alla persona assistita e alla sua famiglia, instaurando un clima di fiducia e di collaborazione durante il percorso di cure come definito nel "Profilo di competenza dell'infermiere G.I.C."[1].

11. TERAPIA

La neoplasia del polmone prevede tre possibili approcci terapeutici: terapia medica, chirurgia, radioterapia[2].

11.1 TERAPIA MEDICA

La terapia medica della neoplasia del polmone prevede l'utilizzo di una vasta gamma di

farmaci. La prescrizione e la somministrazione di ciascuno avviene in regime ambulatoriale, day hospital ed in casi particolari in degenza.

L'infermiere di DH, applica skills specifiche, esplicitate all'interno del profilo di competenze, per garantire cure ottimali. Come descritto nel "profilo di competenze dell'Infermiere di Day Hospital.[2]"

11.2 TERAPIA CHIRURGICA

L'approccio chirurgico rappresenta uno dei possibili trattamenti della neoplasia del polmone e si articola in prericovero e ricovero[2].

L'infermiere al prericovero:

- attiva le procedure aziendali previste;
- illustra le tappe del percorso clinico-assistenziale pre-chirurgico;
- consegna (ove presenti) opuscoli informativi sulla preparazione all'intervento e sulla degenza.

L'infermiere del reparto di chirurgia-toracica:

- pianifica ed attua l'assistenza nella fase preoperatoria, focalizzando l'attenzione sull'aspetto educativo mirato alla ripresa della propria autonomia;
- pianifica la dimissione garantendo l'educazione alla persona e al care giver;
- attiva se necessari percorsi specifici per la dimissione protetta.

11.3 RADIOTERAPIA

L'infermiere di radioterapia:

- accoglie la persona e il caregiver con un primo colloquio dove vengono illustrate le caratteristiche e l'organizzazione del servizio;
- svolge una funzione educativa riguardo la gestione degli effetti collaterali indotti da radioterapia e, ove disponibili, vengono consegnati gli opuscoli informativi;
- valuta, mediante appropriate schede di valutazione il grado degli effetti collaterali (vedi schede di valutazione delle tossicità da trattamento antitumorale in ambito onco-ematologico e/o scala R.T.O.G.)[1];
- educa la persona assistita alla cura della cute e alla gestione delle tossicità acute e/o tardive e degli effetti collaterali legati alla parte irradiata[5].

12. FOLLOW UP E SURVIVORSHIP CARE

L'infermiere si pone nei confronti del follow-up secondo l'ottica innovativa del *cancer survivorship care* che ritiene fondamentale garantire alla persona guarita, dopo terapia chirurgica e/o medica e/o radioterapia, un programma di cura, riabilitazione e controlli periodici[6].

In particolare, l'infermiere partecipa all'organizzazione del programma di follow-up insieme all'equipe di lavoro.

.

13. CURE PALLIATIVE

L'infermiere di cure palliative si prende cura (caring) della persona assistita e della sua famiglia, considerando tutti i suoi bisogni: fisici, psicologici, sociali, spirituali. Le sue competenze specifiche sono descritte all'interno del Core Curriculum dell'Infermiere in cure palliative[7].

Nelle strutture ospedaliere di oncologica, l'identificazione dell'utente affetto da patologia oncologica in fase avanzata di malattia non suscettibile di guarigione, e che necessita quindi di avvio al percorso di *Simultaneous Care*, è supportata dall'utilizzo dello "Score per la segnalazione alla struttura di cure palliative del paziente oncologico" [1].

In particolare, il modello delle *Simultaneous Care*, grazie alla presa in cura da parte dei servizi di cure palliative in modo precoce e condiviso con i professionisti dell'oncologia, presenta notevoli vantaggi in termini di:

- migliore controllo dei sintomi, migliore qualità della vita e soddisfazione per le cure;
- riduzione del ricorso a trattamenti attivi;
- minori riammissioni ospedaliere con adeguata gestione al domicilio o in Hospice;
- possibilità di autodeterminazione della persona assistita circa le direttive anticipate[7].

L'infermiere di cure palliative indipendentemente dal setting assistenziale assicura:

- Il rispetto della persona;
- la pianificazione della cura per raggiungere obiettivi personalizzati;
- il supporto alla famiglia nell'affrontare la perdita e il dolore;

- il rispetto dei valori personali, culturali e religiosi della persona nell'erogazione delle cure e valorizza i principi etici di autonomia;
- un approccio collaborativo multiprofessionale del team di cura, sanitario e non sanitario (ad es. volontari, assistenti spirituali), dell'individuo, della sua famiglia e di coloro che partecipano all'assistenza;
- una valutazione dei sintomi derivanti dalla patologia e gli interventi per il loro trattamento;
- il rispetto della vita considerando il morire un processo naturale [8-9];
- di preservare la migliore qualità di vita possibile[7].

14. IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO

Saranno adottate specifiche strategie di diffusione del documento in accordo con l'Autorità di Rete Oncologica oltre alla pubblicazione sul sito della Rete stessa[1].

Il P.S.D.T.A. sarà sottoposto a revisione periodica per gli eventuali aggiornamenti, resi indispensabili dalle critiche derivanti dall'utilizzo, dalla disponibilità di nuove informazioni e raccomandazioni, dalla necessità di aggiungere nuovi elementi precedentemente non considerati[1].

15. CONCLUSIONI

Il presente documento intende delineare e rendere esplicito il contributo dell'Assistenza Infermieristica all'interno del P.S.D.T.A. delle neoplasie del polmone, riconoscendo il ruolo centrale dell'infermiere nella presa in carico globale della persona assistita e della sua famiglia in tutte le fasi del percorso di cura.

L'agire infermieristico si configura come elemento fondante della qualità dell'assistenza, orientato alla risposta ai bisogni di salute, benessere e autonomia della persona, e si esplica attraverso competenze cliniche, educative, relazionali, organizzative e di ricerca, esercitate in un'ottica interdisciplinare.

In coerenza con i principi dell'Evidence Based Nursing, l'assistenza infermieristica contribuisce in modo significativo al raggiungimento di esiti di salute rilevanti, favorendo l'appropriatezza degli interventi, la continuità assistenziale, l'aderenza ai trattamenti e la sicurezza delle cure. Il valore

dell'Assistenza Infermieristica non risiede esclusivamente nella dimensione tecnico-professionale, ma anche nella capacità di instaurare una relazione di cura basata sull'ascolto, sul rispetto, sull'educazione terapeutica e sul supporto alla persona assistita nelle diverse fasi della malattia.

A tutto ciò va aggiunto che l'Infermiere assume un ruolo di raccordo tra i servizi, di facilitatore dei percorsi e di promotore dell'integrazione tra professionisti, apportando grande contributo nella costruzione di un modello assistenziale condiviso, omogeneo e orientato alla centralità della persona.

La valorizzazione dello specifico infermieristico all'interno del P.S.D.T.A. rappresenta pertanto non solo un riconoscimento professionale, ma anche un presupposto essenziale per il miglioramento continuo della qualità delle cure, per lo sviluppo delle competenze e per il consolidamento di pratiche assistenziali eticamente fondate, scientificamente sostenute e organizzativamente integrate.

16. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. www.reteoncologica.it
2. Linee guida AIOM (Associazione Italiana Oncologia Medica)_Carcinoma della polmone Ed. 2024
3. Manuale Metodologico "Linee di indirizzo per lo sviluppo dei Percorsi di Salute e Diagnostico-Terapeutici Assistenziali. Versione Ottobre 2023
4. Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI). (2025). Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche (Deliberato il 21 febbraio 2025, in vigore dal 22 marzo 2025).
5. Moraes de Abreu A et al. Effectiveness of nursing interventions in preventing and treating radiotherapy side effects in cancer patients: a systematic review. Rev Esc Enferm USP.2021 May 10:55:e03697.
6. Stovall, Ellen, Sheldon Greenfield, and Maria Hewitt, eds. From cancer patient to cancer survivor: lost in transition. National Academies Press, 2005.
7. www.sicp.it
8. Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) e Società Italiana di Cure Palliative (SICP). "Documento del Tavolo di Lavoro AIOM-SICP: Cure Palliative Precoci e Simultanee". 2015.

9. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, Firn JI, Paice JA, Peppercorn JM, Phillips T, Stovall EL, Zimmermann C, Smith TJ. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. J ClinOncol. 2017 Jan;35(1):96-112