

XIX Congresso della Società GITMO

RIUNIONE NAZIONALE GITMO

TORINO, CENTRO CONGRESSI LINGOTTO, 5 - 6 MAGGIO 2025

**Il Nurse Navigator nel coordinamento della preparazione al trapianto
allogenico di cellule staminali ematopoietiche**

Chiara Gandossi

RN, MSN

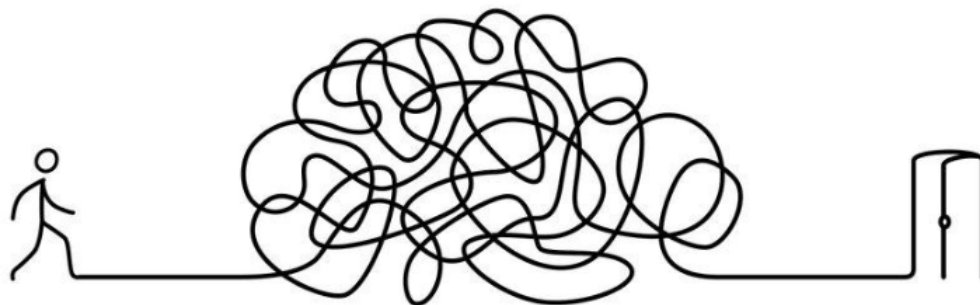
Hematology and BMT Unit

Ospedale San Raffaele Milano

No conflict of interest to declare

Il paziente oncologico ha sempre più necessità di...

«un punto di riferimento, un navigatore che orienti, guidi e all'occorrenza ricalcoli il percorso delle cure»



Il Nurse Navigator in oncologia

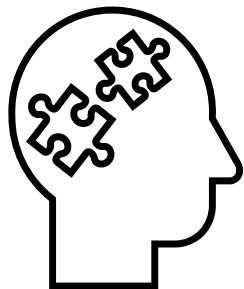
Infermiere con competenze cliniche specifiche nell'ambito oncologico di appartenenza

RESPONSABILITA'



- Facilitare l'accesso alle cure e la riduzione di barriere organizzative e cliniche
- Garantire assistenza personalizzata lungo tutto il continuum delle cure
- Contribuire al coordinamento e all'organizzazione delle cure all'interno del team
- Accompagnare e supportare paziente e caregiver con programmi educativi/counseling
- Facilitare l'interazione e l'integrazione tra paziente, caregiver e team multidisciplinare

CONOSCENZE E COMPETENZE



- Conoscenza dei trattamenti terapeutici e dei PDTA
- Conoscenza della rete di servizi e delle *supportive care*
- Competenze cliniche, educative ed organizzative

TCSE Allogenico & approccio multidisciplinare

- **Il TCSE allogenico** è una procedura complessa che richiede un approccio multidisciplinare integrato nelle diverse fasi
- **La valutazione di idoneità e di fitness, la ricerca del donatore, l'individuazione e l'educazione di paziente e caregiver e la gestione degli aspetti logistico-organizzativi** devono necessariamente essere coordinati per garantire la fluidità del percorso e un'efficace trasmissione delle informazioni

La presa in carico di questi pazienti coinvolge non solo medici e infermieri...



Il NN in UOE-TMO OSR: introduzione e obiettivi



A partire da Giugno 2023

TIMING



Ospedale San Raffaele
Milano

SETTING



Trapianto Allogeneico &
Terapie Cellulari

**DISEASE
UNIT**



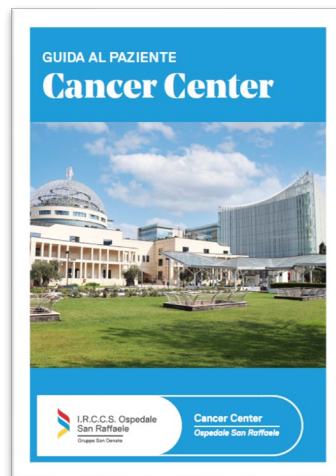
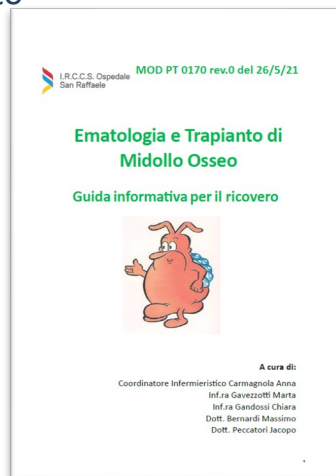
Percorso presa in carico
Identificazione precoce bisogni
Coordinamento interventi

AIM

Il coordinamento delle cure nella fase pre-ricovero

La presa in carico avviene contestualmente alla candidatura a TCSE (primo colloquio pre trapianto)

- Colloquio conoscitivo al momento della presa in carico per evidenziare problematiche organizzative/barriere per l'accesso al Programma Trapianti
- Condivisione con paziente e caregiver della guida informativa per il ricovero e di materiale di supporto/facilities
- Costante contatto con pazienti e caregiver nella fase intermedia e monitoraggio dell'esecuzione di esami di fitness pre trapianto



Il coordinamento delle cure nella fase pre-ricovero

L'accertamento infermieristico pre ricovero:

- Effettuato a circa un mese prima del ricovero per TCSE
- Volto a raccogliere informazioni utili all'attivazione di consulenze specialistiche e/o indagini aggiuntive
- Condiviso con l'équipe di trapianto (Ematologi e Transplant Coordinator)

Caregiver

Barriere

- linguistiche
- culturali
- sociali
- economiche

SOCIALE

Rischio di Malnutrizione

Disgeusia,
inappetenza,
anoressia

NUTRIZIONALE

**Frailty e autonomia
ADL**

Rischio di caduta

MOTORIO

**Test di screening
disagio emotivo**

**Analisi di pregressa
presa in carico**

PSICOLOGICO

**Valutazione degli
accessi vascolari in
sede**

**Scelta del presidio in
base al percorso**

VASCOLARE

Il coordinamento delle cure nella fase pre-ricovero

L'accurtamento infermieristico pre-ricovero avviene attraverso strumenti di valutazione che abbiamo inserito nel percorso del paziente candidato a TCSE allogenico grazie alla collaborazione con gli altri professionisti del team multidisciplinare

SCALA MUST (MALNUTRITION UNIVERSAL SCREENING TOOL)		
Etichetta paziente		
STEP 1 PUNTEGGIO DEL BMI	score	DESCRIZIONE
	_____	Calcolo del BMI del paziente = peso (kg/m ²)
	_____	2 punti se BMI < 18.5
	_____	1 punto se BMI 18.5 - 20
	_____	0 punti se BMI > 20
STEP 2 PERDITA DI PESO	_____	Calcolo ponderale (nutritional gain) ultimi 3-6 mesi
	_____	3 punti se > 10%
	_____	2 punti se compreso fra 5% - 10%
	_____	1 punto se < 5%
STEP 3 PUNTEGGIO PER INTOLLANZA	_____	Se il paziente ha una malattia acuta o se si sa che è probabile che ci sia un ridotto introito calorico per più di 5 giorni, assegnare 2 punti
TOTALE	_____	
La somma dei punteggi ottenuti nel 3 STEP definisce il livello di rischio di malnutrizione.		
PUNTI 0 = RISCHIO BASSO Valutazione settimanale del peso		
PUNTI 1-2 = RISCHIO MODERATO Valutazione degli interventi alimentari (consiglio al paziente/collegare MUST 2002)		
☐ se introiti alimentari conservati (<u>tabella più frequente</u>); 0 = malnutrizione settimanale del peso; ☐ se introiti alimentari moderatamente ridotti per 3 giorni (<u>tabella più frequente</u>); 1 = malnutrizione di moderata entità (specifica); se il paziente non consuma la quantità (intenzionalmente o involontariamente) di <u>ONG / 48 h</u> (in pratica: malnutrito); se il paziente non assume gli <u>ONG</u> segnare al medico di reparto; ☐ se introiti alimentari gravemente ridotti per 3 giorni (<u>tabella più frequente</u>); 2 = malnutrizione di <u>ONG / 48 h</u> (in pratica: malnutrito); se il paziente non assume gli <u>ONG</u> segnare al medico di reparto; ☐ se in programma intervento chirurgico: malnutrizione <u>ONG</u> da protocollo ENAC.		
PUNTI 3 = RISCHIO ELEVATO oppure valutazione non possibile:		
☐ segnalazione al medico di reparto per valutazione o richiesta di consulenza nutrizionale.		
AZIONI SUGGERITE:		
• VALUTAZIONE PESO e MUST a regime: a settimana - malnutrizione conclamata clinica • La reintegrazione ospedaliera prevede, qualora indicata, degli <u>apporti</u> nei 3 pasti principali ed eventualmente un quarto pasto, per prevenire il digiuno notturno. • Il mantenimento del peso dovrebbe essere garantito dall'esecuzione di esami diagnostici/procedure (digiuno orario programmato). • Il cibo ospedaliero deve essere monitorato e all'occorrenza rivalutato con biologia/dieta (consulenza in SAP). • I supporti nutrizionali (per <u>supporto</u>) e indicati nei pazienti in cui si prevede una ridotta assunzione o in che non possono mantenere oltre il 50% dell'assunzione per più di 3 giorni. • I pazienti candidati all'intervento chirurgico <u>giungono</u> alla <u>tabella più frequente</u> a 2.5 punti e i sottili fino a 6 h prima dell'intervento (se non altrimenti indicato).		

CLINICAL FRAGILITY SCALE - SCALA CLINICA PER LA FRAGILITÀ*	
Questa scala, ideata per valutare la fragilità del paziente, deve essere utilizzata dal Medico di Medicina Generale e richiesta il suo giudizio. La scala è divisa in 10 livelli di fragilità, che vanno da 1 (meno fragile) a 10 (più fragile). La scala è divisa in 10 livelli di fragilità, che vanno da 1 (meno fragile) a 10 (più fragile). La scala è divisa in 10 livelli di fragilità, che vanno da 1 (meno fragile) a 10 (più fragile).	
1 - BILTO INFORMA	6 - MODERATEMENTE FRAGILE
2 - BILTO INFORMA	7 - MOLTO FRAGILE
3 - DE LA CAVIA BENE	8 - FRAGILITÀ MOLTO GRAVE
4 - DE LA CAVIA BASTANZA BENE	9 - VALUTO TERMINALE
5 - L'ESIGENTE FRAGILE	

SCREENING PER LA MISURAZIONE DEL DISAGIO (STRESS)	
Cognome e Nome: _____	
Genere: ☐ M ☐ F ☐ Altro	
Età: _____	
Diagnosi: _____	
Luogo e Data: _____	
Visite psicologiche o psichiatriche pre-esistenti alla patologia oncologica: ☐ SÌ ☐ NO	
Assunzione di psicofarmaci: ☐ SÌ ☐ NO	
Si sa specificare: _____	
Trattamenti psicotropici: ☐ SÌ ☐ NO	
Se si specificare: _____	
ISTRUZIONI: La preghiamo di cerchiare il numero (da 0 a 10) che meglio descrive la quantità di disagio emotivo che ha provato nell'ultima settimana, oggi compreso.	
0 = NESSUN DISAGIO EMOTIVO (NESSUNO STRESS)	10 = MASSIMO DISAGIO EMOTIVO (MASSIMO STRESS)

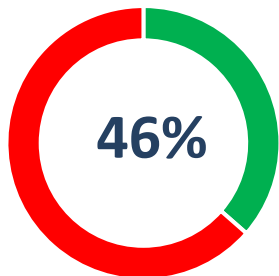
La preghiamo di indicare con una crocetta su SÌ o NO se qualcuna delle seguenti voci è stata un problema o causa di disagio nell'ultima settimana, oggi compreso.		
	SÌ	NO
A. PROBLEMI PRATICI:		
Problemi nella cura dei figli		
Problemi di alloggio		
Problemi economici		
Problemi scolastici/universitari		
Problemi di trasporto		
B. PROBLEMI RELAZIONALI:		
Nei rapporti con il partner		
Nei rapporti con i figli		
Nei rapporti con gli altri		
C. PROBLEMI EMOTIVAZIONALI:		
Depressione		
Paura		
Nervosismo		
Tossicità		
Preoccupazione		
Ansietà di perdere le società attività		
D. ASPETTI SPIRITUALI:		
Problemi inerenti la propria fede e gli aspetti spirituali		
E. PROBLEMI FISICI:		
Problemi di sonno		
Dolore		
Problemi a lavarsi/vestirsi		
Nausea		
Seno di fatica e stanchezza		
Problemi a muoversi		
Problemi respiratori		
Ulcere alla bocca		
Problemi ad alimentarsi		
Difficoltà a digerire		
Stipsi		
Distribuzione della minzione		
Fatigue		
Secchezza alla cute/lipartito		
Naso chiuso o senso di secchezza		
Formicolio alle mani o ai piedi		
Seno di gonfiore		
Problemi sessuali		
Diarrea		
Problemi di memoria/concentrazione		
Problemi su come ci si vede e come si appare		
F. ALTRO:		

PRE-HABILITAZIONE

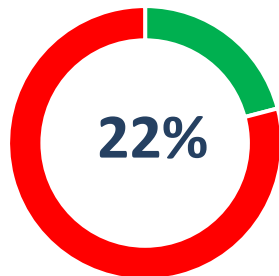
I risultati del 2024

84 pazienti presi in carico Consulenze attivate precocemente

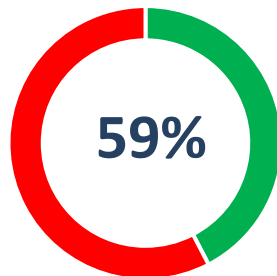
Psicologi



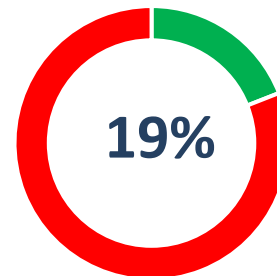
Nutrizionisti



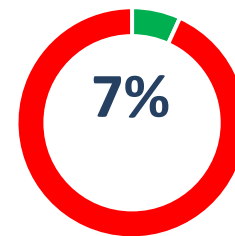
Fisioterapisti



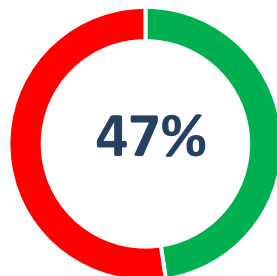
Assistenti Sociali



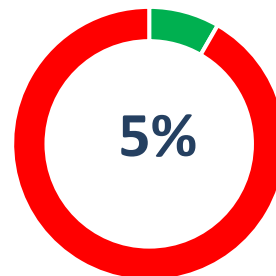
**Servizio
interpretariato**



Igienisti dentali



Vulnologi



■ ATTIVATA
■ NON ATTIVATA

Implicazioni per la pratica infermieristica

L'introduzione del NN ha permesso di identificare precocemente bisogni specifici individuali, permettendo la tempestiva attivazione di consulenze specialistiche e soluzioni logistico-organizzative nella fase pre-trapianto

Attraverso la presa in carico precoce è stato possibile:

- Fornire assistenza personalizzata
- Raccogliere e condividere informazioni con il team multidisciplinare garantendo continuità di cure durante la degenza
- Favorire l'emersione di bisogni relazionali, emotivi e spirituali altrimenti «missed»
- Implementare la qualità complessiva dell'assistenza

Prospettive future



**INTEGRARE I PERCORSI
ATTIVI**

**IMPLEMENTARE STRATEGIE
INNOVATIVE:
TELENURSING**

**RACCOGLIERE INDICATORI DI
EFFECTIVENESS & HEALTH
OUTCOMES**

Grazie per l'attenzione

