



RIVISTA SCIENTIFICA:

L'ORDINE INFORMA

Il nuovo periodico semestrale d'informazione
professionale e scientifica.

EDIZIONE N. 3

ANNO II

GENNAIO / GIUGNO 2022

Autorizzazione Tribunale di Macerata n. 469 del 06.10.2001

Editore **OPI** Macerata - Via Cavour, n. 96

Email per collaborazioni: redazione@opimacerata.it

SCANSIONA IL QR CODE IN ALTO!

Ci trovi anche online su: <https://www.opimacerata.it/lordine-informa/>

Tel. 0733 233051
Fax. 0733 269863
Sito Internet:
www.opimacerata.it

OPI MACERATA

COMITATO DI DIREZIONE:

Dott. **Sauro Regnicolo**: Direttore Responsabile

Dott. **Sandro di Tuccio**: Presidente OPI

COMITATO DI REDAZIONE:

Dott.ssa **Lucia Giuliani**

COMITATO SCIENTIFICO:

Dott. **Andrea Crognaletti**

Dott.ssa **Arianna Coppari**

Dott.ssa **Arianna Mancini**

Dott.ssa **Arianna Pasquaretta**

Dott. **Claudio Rinaudo**

Dott. **Daniele Messi**

Dott.ssa **Gaia Guardabassi**

Dott.ssa **Lisa Angelica Lorenzini**

Dott.ssa **Martina Cupaiolo**

Dott.ssa **Patrizia Petetta**

→ Impaginazione e Grafica a cura di **Martina Cupaiolo** ←

*Produzione, amministrazione, distribuzione e copyright
"Ordine delle Professioni Infermieristiche di Macerata"*

Corso Cavour, 96 Macerata (MC)

Tel. 0733233051

Fax. 0733269863

info@opimacerata.it

redazione@opimacerata.it

COMITATO DI DIREZIONE E REDAZIONE



dott.
SANDRO DI TUCCIO



dott.
SAURO REGNICOLO



dott.ssa
LUCIA GIULIANI

COMITATO SCIENTIFICO



dott.
ANDREA CROGNALETTI



dott.ssa
ARIANNA COPPARI



dott.ssa
ARIANNA MANCINI



dott.ssa
ARIANNA PASQUARETTA



dott.
CLAUDIO RINAUDO



dott.
DANIELE MESSI



dott.ssa
GAIA GUARDABASSI



dott.ssa
LISA ANGELICA LORENZINI



dott.ssa
PATRIZIA PETETTA



dott.ssa
MARTINA CUPAIOLI

INDICE DEI CONTENUTI

°NOTIZIE
DALLA
SEGRETERIA° 25

UNA NUOVA VESTE GRAFICA,
CONTENUTI AGGIORNATI DI RICERCA
E LA VOLONTÀ' DI COMUNICARE E
MIGLIORARE SEMPRE LA NOSTRA
PROFESSIONE INFERNIERISTICA

"POST SCRIPTUM"

L'Editoriale a cura di *Sandro di Tuccio*

1

I. L'INFERNIERISTICA DI PRECISIONE: UNA REVISIONE NARRATIVA SU STRATEGIE E RUOLI DELL'INFERNIERE

Muratori C. et al.

Premessa

Materiali & Metodi, Risultati

Conclusioni

4
5
7

II. Nuova rubrica: IL SUSSIDIARIO DEL LETTORE - "Infermieristica di precisione. Competenze sempre più avanzate agli infermieri"

Rango Luca

III. IL CASE MANAGEMENT NEL PAZIENTE AFFETTO DA SLA

Ciarapella F. et al.

Premessa

Descrizioni

Conclusioni

9
12
13
14

IV. EVOLUZIONE DEL PERCORSO DEL FARMACO

Lorenzini Lisa-Angelica

Introduzione

La scheda unica della terapia e la sua gestione: vantaggi e nuove funzionalità.

I rischi di un nuovo processo

digitalizzato: focus sulla gestione della t.i.

15
16
18

V. TAILORING NURSING CARE:

Applicare la Medicina Narrativa per un'assistenza infermieristica "su misura" del singolo, un'analisi del rapporto paziente-infermiere.

Diamanti A., Rinaldo C.

Abstract

Premessa, Contributi/Descrizioni

Conclusioni

20
21
23

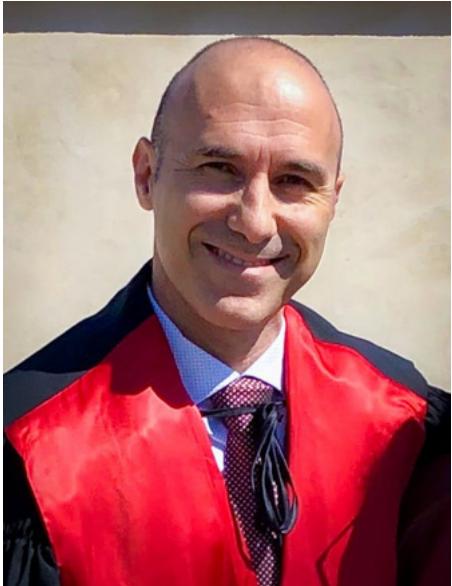


ORDINE DELLE
PROFESSIONI INFERNIERISTICHE
DI MACERATA



Dott. di Tuccio Sandro

PRESIDENTE
DELL'ORDINE DEGLI
INFERNIERI DI
MACERATA



"POST SCRIPTUM"

Editoriale a cura di *Sandro di Tuccio*

“

PANORAMICA



"L'equità in campo sanitario è un concetto semplice, ma difficile da tradurre in pratica. Le inequità sono diseguaglianze ingiuste, evitabili, non necessarie, che possono essere ridotte o eliminate: l'equità non è altro che l'assenza delle differenze evitabili tra i gruppi socioeconomici e demografici od economici in termini di malattie e mortalità. Gli Stati Uniti, il paese più ricco del mondo, ha fallito nel garantire questa equità. Nella tempesta perfetta della pandemia viviamo la triade letale di diseguaglianze, iniquità, discriminazione nell'accesso ai servizi: che si traduce nel quotidiano bollettino dei morti. Siamo spettatori dei risultati di politiche che tollerano finanziamenti inadeguati di ciò che è pubblico, diritto di tutti, e marginalizzazione economica, educativa, giuridica delle minoranze".

Questo articolo del New England Journal of Medicine (Evans MK. Health equity- Are we finally on the edge of a new

frontier? *N. Engl. J. Med.* 2020;383:997-9) di cui mi sono permesso di citare questo passaggio, ci offre l'opportunità di una riflessione sul post covid-19 che, forse, grazie ad una campagna vaccinale non ottimale e con tante polemiche ideologiche, possiamo lasciarci alle spalle dal punto di vista epidemiologico ma non etico e deontologico. Certo il sistema sanitario USA non è come il nostro per tanti motivi (specialmente etici!) ma la riflessione fatta da Evans penso sia valida per tutti. Viviamo giornalmente nella speranza di non ricadere nel lockdown culturale, politico, sociale ed economico che ci ha accompagnato fino ad oggi ma per raggiungere tale obiettivo è necessario porsi in una logica di sperimentazione innovativa e complessiva della nostra cultura, perché solo con questo atteggiamento di fondo e di lungo periodo possiamo trovare risposte che -

continua a pag. 2

non ci affaccino ad uno stesso passato. Siamo ad un bivio di scelte, di fronte ad una frontiera culturale e di civiltà in cui (forse) ci viene in aiuto anche il PNRR; **possiamo trasformare questi tempi incerti in un esercizio di intelligenza, di reciproca comunicazione, di costruzione di una comunità informata e responsabile.**

Ma quale sia la lezione che il Covid ci ha dato e la questione dell'utilizzo dei fondi del PNRR ci pone una domanda a cui la risposta è un problema.

E' lapalissiano che il piano della Missione 6, che favorisce la resilienza del sistema sanitario come quello della Missione 5 sulla coesione sociale, possano determinare percorsi positivi e permettere di utilizzare i fondi per la costruzione di strutture, l'ammodernamento delle tecnologie, il passaggio alla digitalizzazione. **Ciò rammodernerà il nostro sistema sanitario dal punto di vista tecnologico e strutturale, ma la domanda che sorge spontanea è "con quale personale?". Per i servizi alla persona servono professionisti qualificati che al momento non si trovano e a cui servono anni per la formazione. È impensabile che la digitalizzazione possa sostituire i professionisti.**

Da ciò nasce la necessità di un cambio di prospettiva....non servono solo fondi ma serve anche e soprattutto organizzazione.

In un tempo in cui i bisogni del cittadino come la sua capacità critica si sono trasformati e il mondo medico e la cultura sanitaria sono cambiati velocemente, urge reimpostare il nostro sistema sanitario che nella sua grande qualità, ha sempre 42 anni. Non dobbiamo sprecare l'occasione di rinnovarlo poiché mantenerlo così come è non va più bene. Ma il lavoro più grande sta a noi professionisti; **modificare la nostra identità, ma non i nostri valori, per approcciare al meglio questo cambiamento non più rimandabile.**

Ma prima dobbiamo ricucire quello strappo che ci ha divisi in questi anni difficili dal punto di vista anche ideologico e andare avanti adeguando il nostro essere professionisti alle nuove sfide che ci attendono per creare un nuovo approccio culturale alla sanità del futuro.

Anche per questo il *fil rouge* di questa edizione della nostra rivista è "la medicina (e l'infermieristica) di precisione". Una nuova visione in cui si avrà un'assistenza più mirata ed attenta ai bisogni dei nostri assistiti in base alle sue specifiche caratteristiche.

Si lo so siamo stanchi e provati dopo più di due anni di pandemia ma **non possiamo mollare proprio ora. Viviamo momenti fatali ma solo noi possiamo scegliere se viverli come spettatori, vittime o protagonisti.**

Il Presidente,

Sandro di Tuccio

”

Per una rivista tutta nuova,
social tutti nuovi e in costante aggiornamento:

Seguici
su INSTAGRAM:
opi_macerata



Siamo attivi anche
su FACEBOOK!
Ordine Macerata

L'INFERMIERISTICA DI PRECISIONE: UNA REVISIONE NARRATIVA SU STRATEGIE E RUOLI DELL'INFERMIERE.

Autori: **Costanza Muratori [A;B], Arianna Pasquaretta [A;C], Giulia Diambrini [D], Daniele Messi [A;B]**

[**A**] Università Politecnica delle Marche.

[**B**] AOU Ospedali Riuniti di Ancona.

[**C**] ASUR Marche Area Vasta 3.

[**D**] AUSL Romagna.

SOMMARIO BREVE:

L'applicazione della medicina di precisione all'infermieristica garantisce la personalizzazione dell'assistenza a partire dalle caratteristiche individuali dell'assistito.

PAROLE CHIAVE

«Medicina di precisione», «infermieristica di precisione», «individualizzazione delle cure».

SOMMARIO ESTESO

PREMESSA: L'avvento della medicina di precisione e la sua applicabilità all'infermieristica rappresenta un'opportunità di personalizzazione dell'assistenza a partire dalle caratteristiche del singolo individuo, come è insito nel concetto di "processo di nursing".

OBIETTIVO: Realizzazione di una revisione narrativa della letteratura che abbia come scopo quello evidenziare le strategie e ruolo della figura dell'infermiere in materia di infermieristica di precisione, a partire dal concetto di medicina di precisione.

MATERIALI E METODI: La revisione narrativa è stata elaborata attraverso la consultazione delle banche dati di Medline nell'interfaccia di Pubmed e Google Scholar mediante l'utilizzo di parole chiave.

RISULTATI:

L'infermieristica di precisione, a partire dalla medicina di precisione, rappresenta un'opportunità di diffusione della personalizzazione delle cure e dell'assistenza secondo le caratteristiche individuali dell'assistito. Ciò è possibile grazie all'utilizzo delle moderne biotecnologie come avviene, ad esempio, nel trattamento delle malattie oncologiche, gastroenterologiche, neurologiche ed endocrinologiche. La figura infermieristica si rivela decisiva anche per quanto concerne la relazione con l'assistito e i suoi familiari, anche in merito all'educazione sanitaria.

CONCLUSIONI:

L'infermieristica di precisione rappresenta un'opportunità di conduzione e personalizzazione del "processo di nursing", avvicinando gli assistiti e le loro famiglie alle nuove terapie farmacologiche 'cucite' sull'individualità, garantendo un'attenzione integrata sull'intera esperienza umana.

PREMESSA:

Il termine "*medicina di precisione*" viene coniato nel 1952, ma l'interesse attorno a questo tema è esploso negli anni 2000 ed in particolare a partire dal 2015 quando il Presidente U.S.A nella persona di Barack Obama annuncia l'iniziativa "*Precision medicine initiative*", richiamando con il termine "precisione" il medico William Osner che a fine Ottocento definiva la medicina come: "**la scienza dell'incertezza e l'arte della probabilità**" (Trovato, 2015).

Per medicina di precisione si intende un processo di individuazione di terapie e cure adattato alle caratteristiche individuali e soggettive delle singole persone, tenendo conto della variabilità genetica, dell'ambiente, del microbioma e dello stile di vita dell'individuo.

Il sequenziamento del genoma umano e le nuove scoperte in merito ai meccanismi biocellulari comportano la produzione di numerose informazioni che permettono un'analisi peculiare delle caratteristiche del singolo (Annovi, 2016).

Secondo i "National Institutes of Health", applicare le nuove tecnologie alla medicina, potrebbe estendere e consentire la possibilità di trattamento a molte patologie ad oggi incurabili e senza nome.

Uno degli obiettivi più immediati della

medicina di precisione si incentra nella traduzione degli sforzi effettuati dal "Cancer Genome Atlas Project" in **strategie terapeutiche mirate, in merito al tema della prevenzione e la cura delle neoplasie maligne** (Annovi, 2016).

Una tendenza analoga si sta sviluppando anche per altre patologie, come ad esempio l'**epilessia** (Benjamin Chun-Kit Tong, 2015), la **cirrosi epatica** (Goossens et al., 2015) o il **diabete di tipo 1** (Insel et al., 2015).

Secondo quanto emerso da un'intervista a Ranieri Guerra, Direttore generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute: "Non basta conoscere il profilo genetico del singolo individuo, ma anche la sua esperienza con l'ambiente esterno. (...) È stato dimostrato che la componente epigenetica non comincia dalla gravidanza ma già prima del concepimento, ovvero dall'esposizione della madre e del padre all'ambiente esterno e a potenziali composti tossici esterni quali il fumo di sigaretta".

Ecco perché, secondo Ranieri: "La medicina di precisione è anche un'azione preventiva di precisione" (Guerra, 2016).

Di conseguenza anche la formazione del professionista sanitario dovrebbe evolvere in modo da far acquisire competenze anche in ambito relazionale e comunicativo, al fine-

- di sviluppare un rapporto tra personale sanitario, assistito e famiglia, in modo da integrare la scienza medica con quella psicosociale.

Anche in ambito infermieristico il concetto di medicina di precisione viene ripreso con modelli che si avvicinano a quello di **personalizzazione delle cure**. Uno studio del 2020 riprende il modello di interazione di Cox (*Cox's interaction model of client health behavior - IMCHB*) basato principalmente sull'interazione cliente-professionista, evidenziando i ruoli professionali degli infermieri e la loro offerta di assistenza infermieristica centrata sull'assistito (*Kim et al., 2020*).

Il modello IMCHB è cuore pulsante del "tailoring nursing", centrato sull'**individualizzazione delle cure e sull'interazione professionista-assistito** (*Brown, 1992*), anima del concetto di "medicina di precisione" e quindi, di "infermieristica di precisione".

RISULTATI

La promessa della medicina personalizzata, basata sull'adattamento delle cure alle caratteristiche individuali del singolo, inclusi i fattori genetici, ha portato la comunità sanitaria ad incorporare tecnologie nuove e quindi all'evoluzione delle cure di routine ottimizzandone l'uso, nel rispetto, al contempo, dei principi etici insiti nella pratica clinica (*Janet K. Williams et. al, 2016*).

Il ruolo dell'infermiere detiene un'importanza fondamentale nel combattere le disparità di genere nell'accesso alle cure promosse dalla medicina di precisione, promuovendo la **riduzione delle disparità sanitarie attraverso la ricerca, la pratica e l'istruzione** (*Gartstein. et al., 2016*).

In quanto ruolo infermieristico fondamentale, l'educazione sanitaria degli assistiti e delle loro famiglie riguardo l'evoluzione scientifica in materia di genomica detiene un'imprescindibile importanza per ciò che concerne la promozione di un adeguato trattamento sanitario, le scelte di autogestione e il processo decisionale (*Janet K. Williams et. al, 2016*). Per rispondere alle nuove esigenze di cura, **è necessario che le scienze omiche siano integrate nella pratica infermieristica, e nell'assistenza infermieristica tutta** (*Lopes-Júnior, 2021*).

L'infermiere dovrà quindi possedere competenze nell'utilizzo delle informazioni genomiche per collaborare con la professione medica nell'erogazione delle cure secondo pratica clinica (*Coleman, 2014*). Il campo della farmacogenetica, lo studio dell'influenza genetica sia sulla farmacocinetica che sulla farmacodinamica, risulta essere un tema altamente impattante nella medicina di precisione.

MATERIALI & METODI

L'obiettivo del presente lavoro è quello di redigere una revisione narrativa in merito al tema dell'"*infermieristica di precisione*" a partire dal concetto di "*Medicina di precisione*" cercando di mettere in evidenza il ruolo infermieristico in questo ambito.

La presente revisione narrativa della letteratura è stata condotta attraverso la consultazione delle banche dati (**Pubmed e Google Scholar**), mediante l'utilizzo delle seguenti *key words*:

«*Medicina di precisione*»,
«*infermieristica di precisione*»,
«*individualizzazione delle cure*».

continua a pg. 6

Individui di popolazioni etnicamente diverse, come ad esempio gli afroamericani, possono trarre vantaggio dal progresso della medicina di precisione nella farmacogenetica. Infatti, l'uso di alcuni farmaci, come gli inibitori della calcineurina dopo il trapianto di organi, potrebbe causare il mancato raggiungimento dei livelli terapeutici negli afroamericani (Khush, 2015). Ulteriori conoscenze scientifiche, in fase di acquisizione, sarebbero utili per la cura di questo tipo di polimorfismi genetici, comunemente riscontrabili negli afroamericani (Beermann, 2014).

La medicina di precisione registra un'attuale **crescente necessità di personalizzare le terapie sulla base della biologia della patologia sottostante** e l'urgenza di modificare l'approccio della malattia **passando da una gestione "reattiva"**, guidata dalle complicanze della malattia, **a una cura "proattiva" con l'obiettivo di prevenirne le sequele** (Kalla et al., 2020).

Per ciò che concerne le malattie croniche quali ad esempio le "Inflammatory Bowel Disease" (IBD), la medicina di precisione comporterebbe vantaggi significativi, consentendo l'erogazione di una terapia tempestiva, efficace ed appropriata per l'individuo (Kalla et al., 2020). Gli approcci classici alla malattia basati sul trattamento "step up", "top-down", che si basano sulla somministrazione iniziale di farmaci rispettivamente meno e più aggressivi.

È stato riscontrato che **molti parametri clinici**, come i marker sierologici, la localizzazione della malattia, il suo comportamento, l'età e lo stile di vita, **sono associati alla prognosi** della stessa (Beaugerie L., 2012) (Peyrin-Biroulet L., Panés J, Sandborn W.J., 2016).

Negli ultimi anni si è assistito ad una notevole crescita delle opzioni terapeutiche nell'IBD e un gran numero di terapie è ancora in fase di sperimentazione scientifica (Weisshof R., El Jurdi K., Zmeter N., 2018).

L'obiettivo della medicina di precisione è **quello di favorire l'adattamento della terapia farmacologica alle caratteristiche biologiche del singolo assistito**, personalizzandone il dosaggio al fine di garantire effetti terapeutici e minor rischio di insorgenza di effetti collaterali. Nella pratica clinica attuale, l'uso di **"biomarcatori"** per il monitoraggio terapeutico farmacologico (in inglese: "*therapeutic drug monitoring*" TDM) risulta essere efficace al fine di garantire un aumento degli effetti terapeutici e riduzione degli effetti collaterali, anche se non in maniera completa.

Il progresso nell'identificazione di nuovi biomarcatori consentirà di identificare aree di sviluppo e progresso in ambito terapeutico (Kalla et al., 2020). Altro ramo di interesse della medicina di precisione è quello inerente le patologie metaboliche ed in particolare il diabete mellito. La medicina di precisione dimostra come l'analisi genetica o dello stile di vita aiuta a delineare il rischio di complicanze, la tolleranza alla glicemia, gli effetti collaterali del trattamento del diabete attraverso l'analisi di genere, l'età, le condizioni di comorbidità, il colesterolo e la pressione sanguigna (Spiegel, A.M.; Hawkins, 2012)(Floyd, J.S.; Psaty, 2016). Uno studio del 2021 delinea elementi e strategie di assistenza sanitaria di precisione per assistiti affetti da diabete mellito, focalizzando l'attenzione sul controllo glicemico personalizzato e sul rispetto delle preferenze e priorità del cliente, fornendo così riferimenti per la ricerca futura e la pratica clinica (Pranata et al., 2021).

Anche l'Alzheimer risulta essere argomento di interesse della medicina di precisione, attraverso programmi di riduzione del rischio, comprendenti l'educazione, la consulenza del paziente, gli approcci farmacologici (farmaci, vitamine, integratori) e non (Richard S. Isaacson et. al, 2017).

La medicina di precisione vede inoltre un'applicazione all'interno della disciplina oncologica sia in ambito di prevenzione che di trattamento. Uno studio del 2018 mette in luce l'interesse della medicina di precisione verso l'**oncologia pediatrica**, data la necessità di migliorare gli esiti in termini di salute dei bambini affetti da cancro, con l'attenzione focalizzata sull'aumento della sopravvivenza in quelli con una prognosi sfavorevole e sulla diminuzione dei gravi effetti collaterali tardivi dovuti alla tossicità delle terapie oncologiche. L'interesse della medicina di precisione verso la specialità oncologica potrebbe rivelarsi utile al raggiungimento di terapie mirate, attraverso ricerche inerenti l'applicazione della biologia per la rilevazione di varianti geniche attraverso l'utilizzo del DNA (Forrest et al., 2018).

La medicina di precisione offre anche dei particolari spunti nella pratica infermieristica. Gli studi indagati hanno evidenziato come **la conoscenza di particolari "biomarkers" possano influenzare le pratiche di somministrazione della terapia farmacologica** e di gestione delle varie patologie cliniche a seconda delle caratteristiche individuali della persona (Yuan C., 2015). Gli infermieri detengono quindi a tal proposito un ruolo fondamentale nel promuovere ed ottimizzare la salute degli individui, attraverso una gestione interdisciplinare della malattia, favorendo la comunicazione con le rispettive famiglie. L'integrazione dei biomarcatori nella ricerca e nella pratica infermieristica ha prodotto un importante progresso nella scienza infermieristica attraverso le scienze sanitarie e la ricerca sull'assistenza. Gli infermieri possono ora utilizzare i biomarcatori per identificare obiettivamente i rischi relativi alla salute e identificare più precisamente i vari meccanismi responsabili di condizioni -

cliniche avverse, erogando interventi efficaci e personalizzati atti al miglioramento della gestione degli assistiti. Nello specifico, la figura dell'infermiere è sostanziale nel supportare la salute di precisione, inclusa la somministrazione di farmaci secondo i moderni concetti di farmacogenetica. In questo modo, gli assistiti e i loro familiari verranno coinvolti nell'educazione sanitaria e nei processi di cura, anche per quanto concerne l'erogazione delle cure. Verranno raccolte al contempo *"feedback"* critici e *"insight"* sulle nuove applicazioni tecnologiche utilizzate durante i percorsi clinico-assistenziali (Ielapi et al., 2020).

CONCLUSIONI

La presente revisione narrativa ha indagato all'interno dei molteplici campi di applicazione della medicina l'importanza delle peculiarità e caratteristiche individuali nella scelta dei trattamenti clinico assistenziali sia in termini di prevenzione (*"proactive medicine"*) che di trattamento (*"reactive medicine"*).

La revisione ha consentito di portare alla luce come la medicina di precisione interessa molteplici discipline mediche, come ad esempio, l'oncologia, l'endocrinologia, la neurologia, la gastroenterologia, che pertanto sono solamente una piccola porzione rispetto all'eventuale estendibilità del termine a tutte le specialità mediche. A partire dalle caratteristiche delineate, lo studio ha portato ad interrogarsi sull'applicabilità del termine alla disciplina infermieristica: ***"è possibile quindi parlare di infermieristica di precisione?"***. La professione infermieristica, da sempre incentrata sulla relazione diretta con l'assistito, oggi si ritrova ad affrontare una nuova era, una sfida che ha come obiettivo quello di avvicinare ancor più i pazienti e le -

continua a pg. 8

loro famiglie alle nuove terapie farmacologiche ‘cucite’ sull’individualità attraverso l’applicazione e l’uso della medicina di precisione, arrivando al **“trattamento giusto, per il paziente giusto, al momento giusto”** (Redekop W.K., 2013). Il processo di nursing verosimilmente sembra richiamare molto i punti cardine della medicina di precisione e quindi di infermieristica di precisione, in quanto gli interventi assistenziali vengono adattati alle caratteristiche del paziente, sulla base e nel rispetto delle sue condizioni clinico-assistenziali in ogni disciplina dell’infermieristica.

L’infermieristica di precisione quindi non pone limiti, gerarchie o giudizi sul tipo di approccio terapeutico utilizzato. Tuttavia, **incorporare le scienze omiche nella ricerca infermieristica potrebbe ampliare l’orizzonte** con cui gli operatori sanitari valutano e trattano gli assistiti, garantendo un’attenzione mirata ed integrata sull’intera esperienza umana.

Bibliografia & Sitografia

Annovi, G. (2016). Cos’è la medicina di precisione? In Medicina di precisione. www.forward.recentiprogressi.it

Beaugerie L, S. H. (2012). Clinical, serological and genetic predictors of inflammatory bowel disease course. *World J Gastroenterol*, 18(29), 2806-2813.

Beermann, K. J. (2014). Tacrolimus dose requirements in African-American and Caucasian kidney transplant recipients on mycophenolate and prednisone. *Clinical Transplantation*, 8(7), 762-777. <https://doi.org/10.1111/ctr.12376>.

Benjamin Chun-Kit Tong. (2015). A Road Map for Precision Medicine in the Epilepsies. *Lancet Neurol*, 176(5), 139-148. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00199-4](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00199-4).

Brown, S. J. (1992). Tailoring nursing care to the individual client: empirical challenge of a theoretical concept. *S Nurs Health*, 15(1), 39-46. <https://doi.org/10.1002/nur.4770150107>.

Coleman, B. et. al. (2014). Multi-ethnic minority nurses’ knowledge and practice of genetics and genomics. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(4), 235-244. <https://doi.org/10.1111/jnu.12083>.

Floyd, J.S.; Psaty, B. M. (2016). The application of genomics in diabetes: Barriers to discovery and implementation. *Diabetes Care* 2016, 39, 1858-1869. *Diabetes Care*, 39, 1858-1869.

Forrest, S. J., Geoerger, B., & Janeway, K. A. (2018). Precision medicine in pediatric oncology. *Current Opinion in Pediatrics*, 30(1), 17-24. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000570>

Gartstein., M. A., Putnam., S., & Kliewer., R. (2016). Improving Omics-Based Research and Precision Health in Minority Populations: Recommendations for Nurse Scientists. *Physiology & Behavior*, 176(3), 139-148. <https://doi.org/10.1111/jnu.12358>.Improving

Goossens, N., Nakagawa, S., & Hoshida, Y. (2015). Molecular prognostic prediction in liver cirrhosis. *World Journal of Gastroenterology*, 21(36), 10262-10273. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i36.10262>

Guerra, R. (2016). Cos’è la medicina di precisione?

Ielapi, N., Andreucci, M., Licastro, N., Faga, T., Grande, R., Buffone, G., Mellace, S., Sapienza, P., & Serra, R. (2020). Precision medicine and precision nursing: The era of biomarkers and precision health. *International Journal of General Medicine*, 13, 1705-1711. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S285262>

Insel, R. A., Dunne, J. L., Atkinson, M. A., Chiang, J. L., Dabelea, D., Gottlieb, P. A., Greenbaum, C. J., Herold, K. C., Krischer, J. P., Lernmark, A., Ratner, R. E.,

Rewers, M. J., Schatz, D. A., Skyler, J. S., Sosenko, J. M., & Ziegler, A. G. (2015). Staging presymptomatic type 1 diabetes: A scientific statement of jdrf, the endocrine society, and the American diabetes association. *Diabetes Care*, 38(10), 1964-1974. <https://doi.org/10.2337/dc15-1419>

Janet K. Williams et. al. (2016). Abstract Background: Genomic discoveries in the era of precision medicine hold the promise for tailoring healthcare , symptom management , and research efforts including targeting rare and common diseases through the identification and implementation. *Nurs Outlook*, 62(2), 117-123. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2015.11.009>

Kalla, R., Borg-Bartolo, S. P., Boyapati, R. K., & Satsangi, J. (2020). Precision medicine in inflammatory bowel disease: Concept, progress and challenges. *F1000Research*, 9, 1-15. <https://doi.org/10.12688/f1000research.20928.1>

Khush, K. K. et. al. (2015). Gene expression profiling to study racial differences after heart transplantation. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 34(7), 970-977. <https://doi.org/10.1016/j.healun.2015.01.987>

Kim, Y., Lee, H., & Ryu, G. W. (2020). Theoretical evaluation of Cox’s interaction model of client health behavior for health promotion in adult women. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 26(2), 121-130. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2020.06.13>

Lopes-Júnior, L. C. (2021). Personalized Nursing Care in Precision-Medicine Era. *SAGE Open Nursing*, 7. <https://doi.org/10.1177/23779608211064713>

Peyrin-Biroulet L, Panés J, Sandborn WJ, et al. (2016). Defining Disease Severity in Inflammatory Bowel Diseases: Current and Future Directions. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 14(3), 348-354.

Pranata, S., Wu, S. F. V., Alizargar, J., Liu, J. H., Liang, S. Y., & Lu, Y. Y. (2021). Precision health care elements, definitions, and strategies for patients with diabetes: A literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph18126535>

Redekop WK, M. D. (2013). The faces of personalized medicine: A framework for understanding its meaning and scope. *Value in Health*, 16(6). <https://doi.org/10.1016/j.jval.2013.06.005>.

Richard S. Isaacson et. al. (2017). The clinical practice of risk reduction for Alzheimer’s disease: A precision medicine approach. *Physiology & Behavior*, 176(3), 139-148. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.08.004>.The

Spiegel, A.M.; Hawkins, M. (2012). "Personalized medicine" to identify genetic risks for type 2 diabetes and focus prevention: Can it fulfill its promise? *Health Aff*, 31, 43-49.

Trovato, G. (2015). Obama lancia la “Medicine Precision Iniziative” per offrire il giusto trattamento al momento giusto. E in Italia? *Quotidianosanità.it*.

Weisshof R, El Jurdi K, Zmeter N, et al. (2018). Emerging Therapies for Inflammatory Bowel Disease. *J. Gastroenterol*, 35(11), 1746-62.

Yuan C. (2015). Precision nursing: new era of cancer care. *Cancer Nurs*, 38(5), 333-334. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000290>

INFERMIERISTICA DI PRECISIONE: Competenze sempre più avanzate agli infermieri.

di **Luca Rango**

C.P.S. Infermiere strumentista U.O. Blocco Operatorio – Specialità chirurgiche di urologia, ginecologia,/ostetricia, chirurgia presso ASUR AV. 3 Macerata. Conseguito Master di I livello ‘Strumentista per la chirurgia della donna’ presso Università Cattolica del Sacro Cuore (2019). Per corrispondenza: rangoluca@alice.it

IL SUSSIDIARIO DEI LETTORI

MOLTI LETTORI CI INVIANO COMMENTI LUNGI O VERI E PROPRI ARTICOLI. QUESTA RUBRICA NASCE PER PORTARE A CONOSCENZA DI TUTTI I NOSTRI VISITATORI I CONTRIBUTI PIÙ INTERESSANTI.

“

Negli ultimi anni torna alla ribalta il concetto di medicina di precisione dove l'infermiere assume sempre più un ruolo centrale nel processo di cura dando molta importanza ad una formazione specifica.

”

I recenti avvenimenti geopolitici e la crisi pandemica che stiamo attraversando mostrano una società in continua evoluzione supportata da un progresso tecnologico in costante evoluzione, obbligando ad un diverso approccio alla risposta che dobbiamo dare al bisogno di cura del cittadino: la medicina di precisione ne è un forte esempio.

Sebbene se ne parlasse già nella metà del secolo scorso solo le recenti scoperte riguardo al completamento del genoma umano aprono le porte ad un futuro completamente innovativo. L'assistenza sanitaria viene plasmata partendo dall'analisi del genoma umano del singolo individuo studiando il suo stile di vita, le sue condizioni socio economiche, allo scopo di poter dare una risposta al bisogno di cura cercando di ottimizzare le risorse sanitarie -

- evitando sprechi inutili per perseguire l'obiettivo di benessere e salute ottimale. L'infermiere si inserisce perfettamente in questo contesto come figura leader, come mediatore/coordinateur di un gruppo multidisciplinare di professionisti che mette al centro dell'attenzione il cittadino e il suo bisogno di salute.

Ovviamente ci si rende subito conto come **la formazione base universitaria** abbia prodotto risultati straordinari per lo sviluppo del nursing, ma **non sia più sufficiente a garantire una formazione sempre più specifica**; ma prima ancora di questo sono convinto che il SSN debba assolutamente utilizzare al meglio l'infermiere di come sta facendo ora, riconoscendo ad esso le giuste competenze avanzate/specialistiche accompagnate anche da adeguato compenso economico.

Alla luce di quanto detto credo fortemente che la formazione post-base, come Master, Laurea Magistrale, Corsi universitari di Alta Formazione e Dottorato di Ricerca, sia un valore aggiunto e un passo d'obbligo che l'infermiere dovrà affrontare nell'immediato futuro, dove anche le aziende sanitarie ne devono incentivare la partecipazione.

Avere dei professionisti formati all'uso delle nuove tecnologie che conoscono l'evoluzione delle patologie e i nuovi approcci terapeutici, che sanno raccogliere e catalogare informazioni secondo il modello della medicina e del nursing di precisione restituisce al cittadino una risposta completa e di qualità al suo bisogno di salute, aiuta il SSN ad evitare sprechi di risorse economiche ed umane (sempre più carenti), evitando quindi di perseguire quelle prestazioni di dubbia efficacia incentivando gli interventi ad alto valore terapeutico. Convinto di questo ho frequentato un master di primo livello presso il Policlinico "A. Gemelli" di Roma in "*Strumentista di Sala Operatoria*" dove ho acquisito quelle conoscenze necessarie per sviluppare un percorso di cura mirato di qualità e privo di sprechi, specifiche all'ambiente ultra specialistico in cui mi trovo ad operare, il tutto coadiuvato da momenti di confronto costruttivi tra le due diverse realtà sanitarie.

Tuttavia, nonostante l'esperienza molto positiva, non posso non dire che l'attuale sistema formativo post-base meriterebbe una revisione a garanzia di standard formativi riconosciuti e condivisi, anche a livello internazionale, come solo il modello universitario può garantire.

Inoltre serve una forte sinergia tra Azienda Sanitaria e Regione per le modalità di tirocinio, training con realtà aumentata, il tutto vincolato a **protocolli d'intesa su base nazionale, che mettano al centro l'alta specializzazione del nursing.**



IL CASE MANAGEMENT NEL PAZIENTE AFFETTO DA SLA.

A cura di : **Ciarpella Francesca [1], Gatti Chiara [2], Renato Rocchi [3], Santarelli Adoriano [4], Tufoni Simona [5], Galli Alessia [6], Sanguigni Gianluana [7], Baglioni Isabella [8], Mancini Arianna [9]**.

[1] Infermiera-Area Punti Vaccinali Covid-Asur Marche, AV4 Fermo

[2] Coordinatrice Infermieristica-SOD Cardiochirurgia e Cardiologia Pediatrica e Congenita UTIP-AOU Ospedali Riuniti di Ancona

[3] Direttore - UOC Servizio Professioni Sanitarie - ASUR Marche Area Vasta N.4

[4] Cultore del Nursing, fondatore del "Florence Nursing Atelier for Scientific Research", Fermo

[5] Tutor clinico di tirocinio-CdL Infermieristica-Asur Marche, AV4 Fermo

[6] Infermiera- SOD Pronto Soccorso-AOU Ospedali Riuniti di Ancona

[7] Infermiera-SOD Clinica Neurologica - AOU Ospedali Riuniti di Ancona

[8] Tutor clinico di tirocinio-CdL Infermieristica-Asur Marche, AV4 Fermo

[9] Infermiera-UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, Asur Marche, AV4 Fermo

Per corrispondenza francesca.ciarpella@gmail.com

SOMMARIO BREVE:

Il Case Management è fondamentale per garantire la razionalizzazione del sistema delle cure primarie e la realizzazione di un programma assistenziale personalizzato.

SOMMARIO ESTESO

Il modello organizzativo *Case Management* si caratterizza di due figure professionali. Il **Case Manager** è colui che si fa carico del percorso individuale di cura della persona malata e del suo nucleo di appartenenza, divenendo responsabile dell'effettiva continuità del percorso stesso per soddisfare i bisogni di benessere dell'assistito. Il **Care Manager** è il professionista infermiere che identifica e soddisfa i bisogni del paziente, garantendo la qualità delle prestazioni rispetto alle linee guida e ai protocolli, si avvale del personale di supporto necessario e svolge funzioni di educazione sanitaria all'assistito e al caregiver. Nel profilo di cura e di assistenza per i malati di SLA tali figure risultano fondamentali per una globale presa in carico nella rete dei servizi territoriali-ospedalieri. Si rende necessario, quindi, organizzare un setting assistenziale multidisciplinare ed integrato con la medicina territoriale per costruire un percorso di cura valido ed efficace per il paziente e per le famiglie, garantendo una corretta continuità dell'assistenza ed un supporto stabile ed affidabile. Il Case Management, inoltre, garantisce un'appropriata utilizzazione delle risorse, un contenimento dei costi e una responsabilità per le cure prestate mediante il PAI. A tal proposito la Regione Marche dal 2009 ha istituito uno strumento operativo per il miglioramento della qualità dei processi.

KEY-WORDS:

"Case Manager",
"Care Manager",
"Sclerosi Laterale Amiotrofica"

PREMESSA

La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) è forse la più grave fra le malattie neurologiche degenerative conosciute, in quanto determina una progressiva ed irreversibile perdita di tutte le funzioni neuromuscolari, provocando la morte per paralisi respiratoria entro tre-cinque anni dall'esordio. Essa rientra nel gruppo delle patologie che colpiscono i motoneuroni, ovvero le cellule nervose del cervello e del midollo spinale che controllano i muscoli (Hardiman *et al.*).

Secondo l'Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica AISLA l'incidenza si colloca attualmente intorno ai 3 casi ogni 100.000 abitanti/anno, e la prevalenza è pari a 10 ogni 100.000 abitanti, nei paesi occidentali. Attualmente sono circa 6.000 i malati in Italia di cui circa 150 nella Regione Marche. La malattia colpisce entrambi i sessi, anche se vi è una lieve preponderanza nel sesso maschile. La malattia colpisce prevalentemente persone adulte con una età media di esordio intorno ai 60-65 anni; l'incidenza aumenta all'aumentare dell'età. (Regione Marche).

In tutte le fasi della malattia ma in particolare nella fase della non autosufficienza, quando il paziente ha perso le autonomie motorie e necessita di supporto per l'alimentazione e per la respirazione, è necessario organizzare un setting assistenziale multidisciplinare formato da diverse figure specialistiche che devono agire in forte integrazione tra loro e con la medicina territoriale, per costruire una rete di cura valida ed efficace per il -

- malato e per le famiglie. Nelle fasi più avanzate, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) diventa la situazione ideale per la presa in carico globale del paziente; in questa fase il ruolo dell'infermiere Care Manager è essenziale per garantire una corretta continuità delle cure e per dare alla famiglia un supporto stabile ed affidabile. In questo scenario, inoltre, la figura del Case Manager ha il compito di collaborare con i clinici, pianificando gli interventi ed evitando sovrapposizioni ed attese nel rispetto del ruolo centrale del paziente. Tale modello organizzativo, quindi, si adatta molto bene alla presa in carico del paziente complesso (*Rosa*).

Il Case Manager, letteralmente **"coordinatore/gestore del caso"**, è chi si fa carico del percorso individuale di cura della persona malata e del suo nucleo di appartenenza, divenendo responsabile dell'effettiva continuità del percorso stesso. Esso opera per soddisfare tutte le esigenze della persona assistita, interviene nei rapporti con la famiglia, i vicini, le istituzioni ed il personale medico-sanitario. Rimuove gli ostacoli, pianifica, attua, fa il monitoraggio e valuta le opzioni ed i servizi richiesti per soddisfare i bisogni di benessere dell'assistito; gestisce al meglio la comunicazione e i mezzi a disposizione, promuove la realizzazione e la qualità degli obiettivi prefissati. L'intervento sulla persona ha così un riferimento preciso e viene quindi evitata un'assistenza disaggregata che risulta sempre antieconomica e frustrante e che lascia l'ammalato e i suoi familiari soli con i loro problemi (*Fumagalli*). Il Case Manager garantisce un'appropriata utilizzazione delle risorse, un contenimento dei costi e una responsabilità per le cure prestate e partecipa alla definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI). Il Case Manager deve pertanto **coordinare l'assistenza lungo un continuum** che va -

dall'ammissione al follow-up a domicilio del paziente dopo la dimissione e deve seguire direttamente il paziente nei diversi contesti e coordinare le informazioni sugli aspetti clinici e sociali rendendole disponibili a tutti gli operatori coinvolti. Egli contribuisce a migliorare la qualità di vita del paziente che affronta l'esperienza della malattia, rilevandone e sviluppandone le capacità residue al fine di **aumentare l'autonomia ed evidenziandone i bisogni secondo un ordine di priorità** (Quotidiano Sanità).

DESCRIZIONI

Nel profilo di cura e di assistenza per i malati di SLA fondamentali sono il Case Manager e il Care Manager le figure responsabili di una globale presa in carico nella rete dei servizi territoriali-ospedalieri. A tal proposito la Regione Marche dal 2009 ha istituito uno strumento operativo per il miglioramento della qualità dei processi sia nella fase non critica che in quella critica. Esso si caratterizza da 3 fasi: ambulatoriale/ospedaliera, assistenza domiciliare integrata e residenzialità, approccio multidisciplinare.

La prima fase inizia con la comparsa dei sintomi ed è caratterizzata dalla consapevolezza della malattia (momento della diagnosi), dall'adattamento alla nuova condizione di malato, dalla capacità di affrontare le progressive difficoltà determinate dalle complicanze motorie (paralisi muscolare), dal deficit della comunicazione (disfonia) e della deglutizione (disfagia) e dalla presenza di dolore muscolare ed articolare (crampi, deformità scheletriche). L'ineluttabile progressione della patologia determina difficoltà psicologiche, stress familiare e la necessità di modificare il proprio ruolo sociale e lavorativo. E' in questa fase che -

- il paziente elabora la malattia e cerca di progettare il futuro (direttive anticipate). In questo periodo il paziente è sufficientemente autonomo ed è capace di svolgere tutti gli interventi socio-sanitari necessari in regime ambulatoriale e/o ospedaliero e si affida prevalentemente al neurologo, che collabora con il medico di medicina generale (MMG), nella ricerca di cure efficaci. L'assistito ha bisogno di un referente sanitario stabile, che sia capace di programmare un follow-up clinico adeguato alle proprie esigenze e di individuare tutti gli interventi socio-sanitari indispensabili per garantire la migliore qualità di vita possibile. Nella seconda fase la gestione avviene a livello dell'ADI ed è caratterizzata da un'invalidità con complicanze maggiori, tale da non poter essere più gestito ambulatorialmente. In questa condizione l'asse sinergico assistenziale neurologo-MMG si sposta a favore del MMG che diventa il principale referente per il malato SLA. Viene attuato un **intervento multidisciplinare e multiprofessionale mediante il PAI.** In tale contesto, l'organizzazione delle cure territoriali integrate utilizza il modello del Case Management e Care Management. Il Case Manager garantisce l'attuazione del PAI, monitora il quadro clinico e terapeutico del paziente, segnala al referente neurologo e/o al coordinatore dell'Unità di Valutazione Distrettuale (UVD) eventuali criticità o problematiche intercorrenti ed attiva le figure specialistiche necessarie. Nel caso le condizioni cliniche o sociali non permettano di proseguire l'assistenza a domicilio, egli predisponde eventuali ricoveri ospedalieri o in strutture residenziali, agendo in piena integrazione con il referente neurologo. Il Care Manager è il professionista infermiere che identifica e soddisfa i bisogni del paziente, garantendo la qualità delle prestazioni rispetto alle linee guida e ai -

- protocolli operativi aziendali. Si avvale del personale di supporto necessario (OSS) e svolge funzioni di **educazione sanitaria** all'assistito e al caregiver. Inoltre, interagisce con le diverse figure professionali presenti nel PAI e documenta ogni suo intervento nella cartella infermieristica. Il suo principale referente è il MMG a cui comunicherà la presenza di eventuali problematiche emergenti. Nel caso di dimissione ospedaliera del paziente, il Care Manager effettua in via preliminare una valutazione di appropriatezza degli ambienti domiciliari e delle risorse destinate all'assistenza.

La terza e ultima fase ha come protagonista un **team multidisciplinare specialistico integrato che garantisce la continuità ospedale-territorio** mediante degli interventi individualizzati assicurando cure ed assistenza volte a **favorire una migliore compliance del paziente, della famiglia** e della comunità (*Regione Marche*).

CONCLUSIONI

Compito dell'organizzazione sanitaria nell'assistenza al paziente affetto da SLA è quello di rimuovere tutti gli impedimenti possibili e di favorire uno stile di vita soddisfacente e dignitoso. Per questo motivo è indispensabile avere personale adeguatamente formato inserito in un'**organizzazione integrata di cura ed assistenza** per poter intervenire in modo tempestivo in risposta alle diverse difficoltà.

Le figure dell'infermiere Case Manager e Care Manager sono fondamentali al fine di garantire la razionalizzazione del sistema delle cure primarie e la realizzazione di un programma assistenziale personalizzato.

Bibliografia & Sitografia

DGRM 15/2020. Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare - caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA). Criteri per accedere ai contributi per l'anno 2020. Disponibile al sito http://www.norme.marche.it/Delibere/2020/DGR0015_20.pdf consultato in maggio 2022.

DGRM 1514/2009. Linee di indirizzo in materia di cura e assistenza alle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) nella Regione Marche. Disponibile al sito <http://www.norme.marche.it/>

Delibere/2009/DGR1514_09.pdf consultato in maggio 2022.

Fumagalli M. Uno nessuno centomila Capi: Il ruolo del case manager - coordinatore di reparto. Disponibile al sito <http://www.marcofumagalli.net/wp-content/uploads/Il-ruolo-del-Case-Manager.pdf> consultato in maggio 2022.

Hardiman O, Al-Chalabi A, Chio A et al. Amyotrophic lateral sclerosis. Nat Rev Dis Primers 2017; 3:17071.

Quotidiano Sanità. Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. Disponibile al sito <https://www.quotidianosanita.it> consultato in maggio 2022.

Rosa F. Dalla continuità assistenziale al case management: l'esperienza di Trento. IV Congresso Europeo "Home Care. Le cure domiciliari nella medicina della complessità". Milano 2012.

EVOLUZIONE DEL PERCORSO DEL FARMACO.

**Come la gestione della terapia
farmacologica informatizzata permette
all'Infermiere (e non solo) di svolgere un
operato più preciso e consapevole.**

di **Lorenzini Lisa-Angelica**

Document e Product Specialist in ConnectInformatics s.r.l sede Roma/Milano-Infermiera

Per corrispondenza: **lisangelica@libero.it**

ESPERIENZA PILOTA IN UNA STRUTTURA RSA

"Ricordo ancora il volto preoccupato dell'Infermiere in quel turno di pomeriggio che si è ritrovato a gestire la terapia delle 18 con una scheda unica della terapia informatizzata che non rispecchiava a pieno le esigenze del reparto e che lo stava mettendo in difficoltà ritardando le urgenze da gestire.

In quell'occasione è nato un momento di confronto e di scambio di idee su come migliorare la stampa della terapia utilizzata e le tempistiche dei promemoria così da poter sfruttare al meglio uno strumento importante che lo avrebbe in seguito aiutato a svolgere le sue attività con sicurezza e precisione".

INTRODUZIONE

In questi ultimi anni, la documentazione sanitaria sta rivestendo un ruolo sempre più centrale non solo come supporto informativo dell'attività clinica ma anche come strumento essenziale per la gestione, l'organizzazione e la valutazione della qualità dei servizi.

In tale contesto, ci si sta avvicinando sempre di più al concetto di **Cartella Clinica Integrata**, che punta a sostituire la cartella clinica e la cartella clinica infermieristica a favore di una cartella che veda collaborare tutti gli attori della sanità verso gli stessi

obiettivi e verso un'assistenza sempre più ad hoc per il paziente.

In questo processo di integrazione, un aspetto ancora da trattare è proprio la gestione della terapia farmacologica che utilizza tuttora molteplici sistemi informativi e di registrazione, portando con sé le problematiche più comuni e che caratterizzano la maggior parte delle aziende sanitarie: prescrizioni errate, problemi legati alla trascrizione ed interpretazione della terapia dalla cartella clinica alla scheda infermieristica -

- preparazione della terapia, la sua distribuzione e somministrazione.

La scheda unica della terapia informatizzata che deriva dalla digitalizzazione dell'intero processo di gestione della terapia stessa nasce per migliorare questi aspetti e di conseguenza per garantire un'assistenza più precisa ed attenta da parte dell'operatore.

OBIETTIVI

L'informatizzazione della scheda unica della terapia farmacologica e via via dell'intero workflow di prescrizione e somministrazione del farmaco ha come scopo quello di evitare la meccanicità delle attività manuali e ripetitive poiché spesso sono soggette ad errori umani e quello di **garantire la tracciabilità delle diverse operazioni effettuate**. La digitalizzazione di questo strumento permette di distinguere le responsabilità dei professionisti coinvolti nel processo, attribuendo ad ognuno le proprie competenze specifiche, e garantisce l'ottimizzazione delle scorte, diminuendone gli sprechi.

Garantendo alla sanità di appropriarsi di un vantaggio così enorme, il beneficio si riscontrerà a partire dal miglioramento dell'assistenza al paziente.

La scheda unica della terapia e la sua gestione: vantaggi e nuove funzionalità.

La scheda unica della terapia, come in generale la documentazione sanitaria, deve rispecchiare determinate linee guida e disposizioni ministeriali.

I criteri di veridicità, tracciabilità, completezza, chiarezza e contestualità propri alla documentazione clinica sono gli stessi applicabili alle fasi principali della gestione della terapia e sono le seguenti:

approvvigionamento, immagazzinamento-conservazione-gestione delle scorte, prescrizione, trascrizione e interpretazione, preparazione e distribuzione.

Un software adatto alla gestione della terapia farmacologica deve essere in grado di gestire le varie fasi rispecchiando i criteri base e di fornire gli strumenti per ottimizzare l'intero processo.

I vantaggi che derivano dalla scheda unica della terapia informatizzata e dalla sua gestione sono molteplici. L'infermiere sarà supportato nella fase di somministrazione, potendo visualizzare un piano unico della terapia che mostra le prescrizioni farmacologiche e il relativo stato delle somministrazioni e non dovendo trascriverne i dettagli da una cartella all'altra. L'Infermiere avrà così un controllo globale sulla terapia e la possibilità di ridurre il rischio clinico. Quest'ultimo diminuisce anche grazie al facile collegamento tra gli operatori, farmaco e paziente, dove i tre soggetti sono correttamente identificati al fine di garantire sempre la giusta corrispondenza. Con questo strumento informatizzato si è in grado di rintracciare tutti coloro che sono intervenuti nelle varie fasi del processo che siano di tipo clinico o gestionale. La comunicazione tra gli operatori è facilitata utilizzando lo stesso strumento che coinvolge più aree di competenza garantendo il raggiungimento degli stessi obiettivi.

Per consentire tutto questo, il software che si occupa della gestione unica della terapia si avvale di diverse funzioni e strumenti che sono sottoposti a continua evoluzione e soggetti a modifiche in base alle esigenze di ogni struttura sanitaria. Da qui, si evidenzia anche il grado di personalizzazione che ogni strumento può raggiungere.

Automazione e controllo sono due elementi ricercati dal fornitore quando si -

- trova ad implementare uno strumento da mettere in mano ad un operatore sanitario. Nel caso della gestione della terapia, si può programmare il lavoro fino a 30 giorni o più dalla data attuale, somministrare farmaci a più pazienti con un singolo click, generare automaticamente la lista di lavoro (intesa come lista di somministrazioni da effettuare) su base oraria. Un importante sistema di allarmi e promemoria è un elemento fondamentale da attribuire a queste nuove tecnologie con lo scopo di facilitare e di evitare dimenticanze. Il codice colore di priorità da utilizzare per attività in sospeso, scadute o da effettuare nell'immediato è alla base di un software che vuole essere in aggiunta user-friendly e di facile utilizzo.

Il sistema è sempre sotto controllo, ogni operazione è monitorata h24 grazie alla registrazione automatica di chi interviene, quando, dove e perché con controllo dei ruoli e sulle sessioni di prescrizione e somministrazione per evitare sovrapposizioni e duplicazioni.

→ **La ricerca del farmaco** si basa su database nazionali aggiornati e la prescrizione può essere effettuata sulla base del principio attivo, o se si preferisce attraverso il nome commerciale. La prescrizione informatizzata può quindi essere svolta sia per codice ATC che AIC. Per ogni farmaco prescritto vengono riportate tutte le informazioni fondamentali quali descrizione dei principi attivi, dose e unità di misura, forma farmaceutica, codice ministeriale. Questo garantisce di conseguenza una somministrazione da parte dell'infermiere più sicura e precisa, evitando errori dovuti all' incompletezza dei dati della prescrizione e illeggibilità della stessa. Possono essere attivati, inoltre, controlli di appropriatezza dei farmaci e dare la possibilità al medico che prescrive o all'infermiere che somministra di consultare le caratteristiche della terapia grazie a dei bugiardini integrati nel sistema o visualizzare

elenchi di farmaci con lo stesso codice ATC, ad esempio.

La **somministrazione informatizzata** a sua volta riceve i benefici di una prescrizione informatizzata. L'infermiere ha a disposizione tutti i dettagli di somministrazione, del paziente che riceve il farmaco, delle allergie dello stesso e di informazioni rilevanti che lo riguardano necessarie ai fini dell'attività stessa. Come da prassi clinica, gli infermieri organizzano la gestione della terapia farmacologica a partire dalla sua preparazione, ancor prima della sua somministrazione. Si vuole facilitare questo processo cercando di non favorire l'utilizzo di bicchierini e contenitori ma piuttosto consentendo l'utilizzo di stampe che rispecchiano la scheda unica della terapia cartacea (STU) e tablet, da poter usufruire presso il paziente. L'utilizzo del tablet consente di accedere alla scheda della terapia unica di uno specifico utente nel turno esatto di somministrazione, evitando all'infermiere di leggere inavvertitamente un turno sbagliato. Oltre ad indicare il nome dell'utente la scheda terapia ne mostra anche la foto e le informazioni o note principali. La registrazione della somministrazione può avvenire in pochi click. Se un paziente rifiuta la terapia o dovesse essere assente al momento della somministrazione, l'infermiere potrà registrare direttamente i motivi di somministrazione non avvenuta. Le eccezioni possono essere comodamente gestite tramite note vocali da registrare a diario del paziente.

Un sistema di privilegi e controlli garantisce, inoltre, il rispetto delle aree di competenza dei ruoli coinvolti nel processo di gestione della terapia farmacologica, evitando infine sovrapposizioni e concorrenza tra i vari operatori nelle varie fasi. Ciascuna operazione che sia essa di prescrizione o di somministrazione produce una stampa pdf -

- pubblicata a diario del paziente che va ad aggiungersi alla documentazione sanitaria disponibile nella cartella clinica integrata di quest'ultimo. Ciò garantisce una rintracciabilità delle attività e soprattutto un punto di incontro unico tra i vari attori che operano, favorendo l'integrazione dei dati ed un approccio multidisciplinare e personalizzato al paziente. Inoltre, vi è la possibilità di contrassegnare i documenti con firma digitale, se presente un'integrazione con i servizi di firma elettronica. Stampe riepilogative della terapia in corso, passata, somministrata o da somministrare che riprendono la scheda cartacea conosciuta, sono facilmente consultabili (ed usufruibili in cartaceo in realtà sanitarie non completamente digitalizzate) **in ogni momento e sottoposte a processi di backup per garantire sempre la continuità dell'assistenza anche in situazioni di indisponibilità dei servizi.**

I rischi di un nuovo processo digitalizzato: focus sulla gestione della terapia informatizzata.

Si può evincere quindi che queste tecnologie sono in grado di ridurre di molto il rischio clinico ed errori umani garantendo un'assistenza sempre più completa, integrata e precisa, ma non si può escludere l'introduzione di nuove tipologie di errore. L'introduzione di questi sistemi all'interno delle organizzazioni sanitarie deve avvenire in maniera attenta e graduale. Fondamentale per diminuire l'introduzione di nuovi eventi indesiderati è la valutazione dei potenziali nuovi errori in seguito a implementazione della tecnologia. L'analisi, il testing and deployment e la manutenzione ordinaria sono tappe fondamentali del processo di creazione e consegna di un nuovo sistema -

- informatizzato alla struttura sanitaria ricevente.

Nella fase di progettazione dovrebbero essere considerate: **la formazione necessaria** all'utente finale per diffondere la conoscenza della nuova tecnologia in utilizzo e **le revisioni del software** che prevedono aggiornamenti dello stesso necessarie affinché l'operatore non lavori con una tecnologia che può diventare obsoleta rispetto alle novità e poco performante. I maggiori limiti riscontrati durante le fasi di avviamento della scheda unica della terapia informatizzata e in generale della gestione digitalizzata della terapia evidenziano: un grande investimento economico in infrastruttura, installazione del software e della rete wireless e in fornitura come PC, tablet, cellulari. In molte situazioni si sono rivelate necessarie le integrazioni con altri servizi come il laboratorio analisi, farmacia ecc. Affrontare un importante cambiamento che vede l'evoluzione dal cartaceo al digitale è sempre causa di una forte resistenza da parte degli operatori che si trovano a gestire le loro attività ormai consolidate in un modo totalmente nuovo con il timore di introdurre nuovi errori non prevedibili. Spesso l'interfaccia dei sistemi poco intuitiva o che stravolge del tutto ciò che l'operatore conosce come proprio, induce quest'ultimo ad essere più restio ad affrontare una nuova gestione clinica del processo. Nello specifico nella gestione della terapia si è riscontrato, in alcuni casi, che **le operazioni di verifica al letto del paziente aumentano il tempo necessario per la somministrazione della terapia**, oppure, la prescrizione o somministrazione di un determinato farmaco non è stata attuabile con il modulo informatizzato a disposizione. Un altro esempio riguarda la somministrazione informatizzata con codice a barre che non può sempre essere garantita in quanto non tutte le confezioni di farmaci hanno un codice a barre che viene riconosciuto dai -

dispositivi elettronici di controllo, con la conseguenza che deve essere creato uno specifico codice a barre aumentando i tempi e il lavoro delle risorse.

La scheda unica della terapia informatizzata, come stampa da consultare, non sempre si è rivelata essere usufruibile efficacemente in modo da soddisfare le esigenze del reparto: un orientamento verticale o orizzontale della stampa può portare in confusione o aumentare i tempi di preparazione della terapia dell'Infermiere, l'assenza di una legenda che interpreti gli oggetti della stampa può rendere la lettura meno chiara, l'incompletezza dei dati del paziente, il non corretto aggiornamento dello stato delle somministrazioni sulla base delle prescrizioni effettuate può facilmente rendere il processo più lento, a rischio di errori clinici, con il risultato di un'assistenza non corretta. E' da questi inconvenienti che si attua un processo di confronto e analisi tra fornitore e cliente che ha come risultato l'evoluzione del software e una maggiore precisione nella gestione clinica dei processi sanitari.

Sitografia

- Antognoni, L. (2019). La terapia farmacologica in RSA e i vantaggi della scheda terapia informatizzata, softwareuno.it
- Connect Informatics s.r.l., PRESCRIZIONE E SOMMINISTRAZIONE FARMACI-Pianifica, gestisci, ricevi promemoria ed allarmi, cartella-clinica.equipesanita.it
- Dossier n°120 (2006). Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci, qualitarischioclinico.asppalermo.org
- InSaluteNews (2017). Foglio Unico di Terapia Informatizzata, presentato il progetto all'AOU di Ferrara, insalutenews.it
- Mendicino, F.R. La prescrizione informatizzata della terapia, AO“Santa Maria della Misericordia” Perugia
- Perroni, M. (2019). L'ospedale del futuro è sempre più hi-tech, quotidiansanita.it
- Scoccia, A. et Al (2011). Riorganizzazione del processo della terapia farmacologica: vantaggi della scheda della terapia unica (STU) informatizzata, infermiereonline.org
- Regione Toscana, La Scheda della Terapia Unica, in "I quaderni delle campagne per la sicurezza del paziente".

CONCLUSIONE:

Il processo evolutivo di digitalizzazione della gestione della terapia, dal momento della prescrizione alla somministrazione al paziente, **richiede un investimento iniziale per finanziare l'innovazione, ma allo stesso tempo permette di diminuire gli sprechi, di controllare i consumi e di migliorare la sicurezza** dei pazienti. Inoltre, consente di semplificare il lavoro degli operatori sanitari e garantisce una maggiore precisione nell'assistenza.

Si stanno mettendo in campo azioni concrete di automazione del farmaco all'interno delle aziende ospedaliere italiane, sia attraverso sistemi centralizzati e robotizzati di gestione dei magazzini centrali e di reparto, sia attraverso la gestione del farmaco monodose. L'obiettivo è di consentire a tutti i presidi ospedalieri di avviare in modo concreto la cartella clinica elettronica alla quale collegare il tema della gestione informatizzata del percorso del farmaco.

Un progetto che permette all' Infermiere, e alle figure professionali che collaborano con esso, di **afrontare il proprio operato in maniera più veloce ma con estrema precisione e consapevolezza**, in sicurezza e rimanendo conforme alle linee guida e normative.

TAILORING NURSING CARE: APPLICARE LA MEDICINA NARRATIVA PER UN'ASSISTENZA INFERMIERISTICA "SU MISURA" DEL SINGOLO, UN'ANALISI DEL RAPPORTO PAZIENTE-INFERMIERE.

Autori: **Alessia Diamanti [A], Claudio Rinaudo [B]**

[A] C.P.S. Infermiera U.O.C Hospice e Cura Anziani, Ospedale di Macerata, ASUR Marche, AV3

[B] C.P.S. Infermiere U.O. Pronto Soccorso, POTES 118, Osp. di Civitanova Marche, ASUR AV3

Per corrispondenza: **alessia18.diamanti@gmail.com**

SOMMARIO BREVE

All'interno dei contesti ospedalieri le cure di precisione diventano le aree chiave degli interventi infermieristici dove le abilità comunicative, l'approccio narrativo, la qualità dell'assistenza e la centralità della persona sono obiettivi fondamentali nella pianificazione assistenziale.

ABSTRACT

L'articolo intende mostrare l'opportunità per gli infermieri che intendono orientare la cura verso il singolo, di adottare un approccio narrativo rigoroso e valido, capace di condurlo efficacemente verso la concordanza con il piano di cura, un metodo fondato sulla Medicina Narrativa attraverso il legame col paziente, intercettando le sue priorità, il contesto di vita, le idee, le rappresentazioni, le aspettative, i desideri, i sentimenti e le emozioni che manifesta (*Marinelli*).

E' necessario che l'attenzione si rivolga al paziente come **persona**, non solo come portatore di una patologia, instaurando così un rapporto di cura personalizzato, il più possibile adeguato alle esigenze che tale relazione di cura comporta. La cura centrata sulla persona, l'importanza di conoscerla come un essere umano con una propria ragione, una volontà, sentimenti e bisogni, per coinvolgerlo come parte attiva nella sua cura e nel trattamento.

PREMESSA:

Con il termine di **Medicina Narrativa** (mutuato dall'inglese *Narrative Medicine*), introdotta da Rita Charon, medico internista e docente di Clinica Medica alla Columbia University di New York, si intende una metodologia d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa.

La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. **Il fine è la co-costruzione di un percorso di cura personalizzato e condiviso** (storia di cura) (ISS).

Ascoltare le storie dei pazienti, prendersi tempo per accogliere le loro emozioni, i loro pensieri e poi trascriverli, in modo che ne resti traccia e che questa testimonianza diventi parte integrante del percorso di cura: questa è la Medicina Narrativa in cui il professionista sanitario mette al centro della diagnosi e della terapia il vissuto del paziente e, al tempo stesso, integri questa storia con le sensazioni, i dubbi e le emozioni che ha provato lui stesso nel prendersi cura del prossimo.

Quando le persone vogliono comprendere o descrivere una particolare situazione raccontano una storia. La storia di una malattia non può essere solo un'anamnesi, intesa come raccolta di eventi e dati, seguita poi da referti e diagnosi. Occorre un passo in avanti, si deve lasciare spazio ai pensieri del paziente, ai suoi sentimenti, alla sua visione della malattia e della vita stessa, al suo modo di comunicare la sofferenza (*Charon*).

CONTRIBUTI / DESCRIZIONI

La Medicina Narrativa (NBM) si integra con l'*Evidence-Based Medicine* (EBM) e, tenendo conto della pluralità delle prospettive, rende le decisioni clinico-assistenziali più complete, personalizzate, efficaci e appropriate. **La narrazione del paziente e di chi se ne prende cura è un elemento imprescindibile della medicina contemporanea**, fondata sulla partecipazione attiva dei soggetti coinvolti nelle scelte. Le persone, attraverso le loro storie, diventano protagonisti del processo di cura (ISS). La narrazione deve sempre essere contenuta e finalizzata ad un risvolto operativo nelle cure: aderenza al trattamento, buon funzionamento dell'équipe curante, consapevolezza del proprio ruolo professionale e dell'inevitabile ruolo che le emozioni giocano all'interno delle relazioni di cura. Nella scelta dello strumento da utilizzare è opportuno, secondo gli esperti della Consensus Conference, considerare i seguenti criteri:

- **Lasciare libero l'intervistato nell'usare la modalità narrativa a lui più confacente;**
- **Contenere la dimensione del racconto**, finalizzandolo a un risvolto operativo nelle cure.

Alla luce delle esperienze applicative a oggi realizzate, in carenza di una metodologia valutativa consolidata, sulla base delle conoscenze degli esperti, la Medicina Narrativa, riportando il paziente al centro del processo di cura, può essere utilizzata nei seguenti ambiti:

- Prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione
- **Aderenza** al trattamento;
- Funzionamento del team di cura;
- **Consapevolezza** del ruolo professionale e del proprio mondo emotivo da parte degli operatori sanitari e socio-sanitari;
- **Prevenzione del burn-out** degli operatori e dei caregiver;
- Promozione e implementazione dei **PDTA**;
- **Ottimizzazione delle risorse** economiche;
- **Prevenzione dei contenziosi giuridici e della medicina difensiva.**

Esistono molti modelli capaci di formare il professionista, tra questi la *Calgary Cambridge Guide*, una guida evidence based che aiuta il professionista attraverso interviste e skills a comunicare con il paziente, intercettandone l'agenda, stabilendo con lui un terreno comune con l'obiettivo finale della concordanza di cura. Il metodo clinico centrato sul paziente si basa sul **concetto di "agenda del paziente" ed è ciò che quel giorno egli vuole raccontare e trasmettere all'infermiere**. Ogni paziente davanti al sanitario ha le proprie aspettative, sentimenti, emozioni, idee e rappresentazioni di ciò che gli è successo e di come sta vivendo la sua malattia, non si presenta al sanitario come in terza persona, etichettato con la sua patologia, ma è in prima persona: un io che vive nel mondo, in un contesto particolare che lo indirizza verso idee e interpretazioni su ciò che gli sta accadendo, con aspettative, desideri ed emozioni e se queste non riescono ad emergere durante la conversazione, sarà alto il rischio di conflitti e di insoddisfazione (*Marinelli*).

Una volta che si ascolta il paziente ed il suo punto di vista bisogna sempre fermarsi e chiedergli: "*Dalle sue parole mi sembra di capire che... è corretto?*" Oppure "*Quindi ciò che intende è che... giusto?*" E ancora: "*Mi permetta di riassumere ciò che abbiamo detto e mi dica se ci sono altre cose che dovremmo aggiungere*".

L'interpretazione evolve sempre in azione. Il professionista sanitario deve sempre chiedersi: "*Cosa posso fare per lui/lei in questo preciso momento della sua vita, considerando questi presupposti e questi obiettivi comuni? ... in questa determinata storia che è soltanto sua e non può essere generalizzata ad altri pazienti?*"

Le competenze narrative possono fortificare e trasformare la nostra pratica clinica e renderla più efficace perché semplicemente il paziente si sentirà ascoltato, compreso e riconosciuto come persona e non come diagnosi.

La Medicina Narrativa è utilizzata in tutto il mondo in svariati ambiti. In particolar modo, la letteratura scientifica offre esempi di esperienze di Medicina Narrativa nei contesti in cui l'affiliazione professionista sanitario-paziente riveste un'importanza fondamentale:

- Scrittura autobiografica, sotto forma di diario, per i pazienti in cure palliative sugli aspetti della loro vita che vorrebbero ricordare come felici, in modo da ridurre l'ansia e l'angoscia e aumentare il senso di dignità;
- L'impiego dello storytelling ("Racconta quanto e in che modo il cancro influenza la tua vita") nel miglioramento del dolore e del senso di generale benessere;
- Raccolta di esperienze scritte in forma di diario o epistolare dei pazienti e dei caregiver afferenti ad un'unità di terapia intensiva. La raccolta è stata messa a disposizione del personale sanitario ed utilizzato come riscontro per la pratica clinica e come spunto di riflessione per l'équipe;
- Interviste narrative rivolte alla riduzione dei fattori di rischio, come il fumo, nelle patologie respiratorie e cardiovascolari;
- Interviste narrative in ambito materno-infantile in contesti specifici come la gravidanza e il puerperio dopo trapianto di fegato;
- Interviste narrative autobiografiche rivolte a coppie afferenti ai servizi per la procreazione medicalmente assistita, per ridurre il senso di stress e incertezza verso il futuro;
- Il racconto della propria storia attraverso il teatro nei pazienti affetti da malattia mentale con una riduzione del senso di isolamento sociale (*Marini*).

La sua applicazione quindi aumenta le conoscenze del personale sanitario sulla metodologia d'intervento clinico-assistenziale e sulle competenze comunicative che utilizzano la narrazione come strumento fondamentale, tiene conto delle differenze dei pazienti, della pluralità delle loro prospettive, **rendendo le decisioni assistenziali più complete, efficaci, personalizzate ed appropriate, su misura**. Ciò che cambia è il riconoscimento del paziente come persona e non solo portatore di malattia. I pazienti vengono incoraggiati a presentare i loro problemi rispondendo a domande aperte e spiegando specificamente come stanno.

In tal modo, tutti gli operatori sanitari possono coltivare ed ampliare le proprie capacità narrative, empatiche, riflessive, di ascolto e prendersi cura della persona con le sue emozioni, paure, speranze, oltre che curare la malattia. Tra i vantaggi pratici già dimostrati possiamo sottolineare **il sensibile miglioramento della percezione di cura della propria malattia e dell'aderenza alla terapia**, maggior **efficacia comunicativa** degli operatori e miglior comprensione della malattia da parte dei pazienti, **riduzione dei contenziosi medico-legali** che statisticamente sono maggiormente dovuti a scarsa comunicazione col paziente, **miglior gestione e minor spreco di risorse sanitarie** (Polvani).

Gli infermieri sono invitati a pianificare l'assistenza secondo un modello narrativo che include il concetto di personalizzazione dell'assistenza mediante il quale le caratteristiche del paziente vengono prese in considerazione dal professionista e consentono di determinare approcci e interventi precisi esplorando e descrivendo le azioni del discorso che sono state utilizzate per adattare le interazioni e gli interventi al singolo paziente.

Spinsanti nel suo libro asserisce che potendo scegliere tra un vestito a taglia unica e uno su misura, così come ce lo può confezionare un bravo sarto, non avremmo dubbi. La stessa preferenza possiamo trasporla alle cure mediche "sartoriali", ovvero a quelle cure che rispettano il nostro profilo personale e non sono semplicemente uguali per tutti. La chiave che apre la serratura di una medicina personalizzata si chiama narrazione. Perché attraverso la narrazione si comprendono le vicende del corpo, dalla nascita alla morte.

Perché attraverso la narrazione si guarisce.

Perché attraverso la narrazione ci si cura.

Tuttavia, la medicina che "conta" - quella di precisione - non è l'antagonista di quella che si serve come strumento dell'ascolto e della comunicazione.

Sono le due facce di un'unica medicina: la sola che la cultura del nostro tempo riconosce come "buona medicina".

Quella di precisione è l'assistenza personalizzata e mirata, che tiene conto delle differenze individuali in termini di stile di vita e ambiente; si basa sull'individuazione delle caratteristiche specifiche del singolo soggetto, resa possibile dalla grande varietà di parametri rilevabili grazie alle tecnologie avanzate ormai disponibili per l'individuazione dei trattamenti più idonei e prevede una strategia di precisione, supportata da evidenze di efficacia e di sicurezza derivanti dalla ricerca e dall'esperienza (Brown).

CONCLUSIONI

La medicina narrativa mette al centro la persona e considera la malattia non soltanto nelle manifestazioni corporee, ma anche nelle sue ripercussioni sul vissuto personale e sociale, facendo sì che la condivisione della propria situazione può diventare un efficace strumento di cura.

E' un modello terapeutico che cerca di integrare al dato clinico il piano assistenziale ed esistenziale personale del paziente, mostrando ai professionisti della salute che le "*competenze narrative*" contribuiscono all'efficacia clinica perché sviluppano l'intuizione, la consapevolezza e la capacità di progettare, favorendo le relazioni.

continua a pg. 24

Un sapere concreto che influisce sulle relazioni terapeutiche, sugli aspetti strutturali di procedure mediche, ma allo stesso tempo è immediatamente utile alla cura perché **permette di connettere fatti, trovare relazioni tra sintomi e condizioni generali del paziente accompagnandolo dalla prevenzione alla cura** fino ad ottenere un maggior livello di soddisfazione. In questo modo il sanitario che si prende cura del paziente non si pone come osservatore esterno, ma come partecipante attivo. E, allo stesso modo, al paziente si restituisce un ruolo da protagonista. Il percorso terapeutico viene costruito insieme al paziente, sul paziente, ma soprattutto, con il paziente. Senza una comprensione autentica dell'individualità del malato, la medicina potrà raggiungere obiettivi di tipo tecnico, ma le mancherà: personalizzazione, empatia, umanizzazione.

Bibliografia & Sitografia

- Brown, S.J., Tailoring nursing care, Università di Rhode Island, 1990
- Charon, R., Medicina Narrativa. Onorare le storie dei pazienti, Raffaello Cortina Ed.2018
- Consensus Conference "Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative", ISS, giugno 2014
- Marinelli,M., Persone che curano, Roma, Aracne Ed. 2017
- Marinelli, M., Trattare le malattie, curare le persone. Idee per una medicina narrativa, Franco Angeli Ed. 2016
- Marini M.G., L. Arreghini, L., Medicina Narrativa per una sanità sostenibile, Milano ISTUD Lupetti, 2012
- Polvani, S., Cura alle stelle, MM Bulgarini Ed. 2016
- Spinsanti, S., La medicina vestita di narrazione, Il pensiero scientifico Ed. 2016



NOTIZIE DALLA SEGRETERIA OPI

“ DEBITO FORMATIVO E.C.M.
Scadenze in atto. ”

Si comunica che lo spostamento dei crediti ECM atto a colmare il debito formativo relativo ai trienni 2014-2016 e 2017-2019 potrà avvenire entro il 30 giugno 2022. Lo ha stabilito la Commissione nazionale E.C.M., che lo scorso 14 dicembre ha adottato una nuova delibera in materia di assolvimento dell'obbligo formativo.

a cura di Sandro di Tuccio

E.C.M.



Benvenuto Gioele!

Dopo aver narrato la 'precisione' dell'infermieristica e quanto essa si stia inserendo sempre più nel contesto professionale attuale, possiamo esprimere altrettanta 'precisione' nella bellezza della nascita di una nuova Vita.

La famiglia della redazione dà il benvenuto a **Gioele**; noi tutti ammiriamo la Luce della sua presenza e vi auguriamo tutta la serenità possibile! Auguri alla mamma Lucia e al papà.

Congratulazioni al nostro punto di riferimento Lucia, e alla sua famiglia, dal Comitato Tecnico-Scientifico!