



Verso un'etica delle risorse in sanità

Lo scorso anno, come coordinatore dell'AIOM Lombardia e direttore di un dipartimento oncologico, avevo sollevato pubblicamente un problema centrale per il governo delle risorse in sanità: il costo dei farmaci. Un oncologo su due ammette il disagio di doversi confrontare quotidianamente sull'argomento coi propri direttori generali. Certo non è ancora giunto il momento in cui uno specialista sarà costretto a dover "scegliere" tra ragioni di budget e la salute del paziente. Eppure sempre più spesso ci ritroviamo a combattere per far quadrare i conti e garantire le migliori cure disponibili a chi si rivolge a noi con fiducia. Il tema appare particolarmente attuale per l'avvento di nuove generazioni di farmaci, come gli anticorpi monoclonali. Ritrovati davvero rivoluzionari, ma dal costo elevato. Se guardiamo al mero prezzo del singolo farmaco non possiamo non notare come con le risorse necessarie a coprire, per esempio, il trattamento con un anticorpo monoclonale di un paziente con tumore del colon retto, si potrebbero curare altri 5 (o più) malati con terapie tradizionali a base di fluorouracile. Cosa scegliere? Il meglio per uno solo, o una chance a tutti?

In realtà in sanità le equazioni non sono mai semplici. Non sempre un farmaco 'caro' comporta un incremento del costo finale per singolo paziente. Spesso una terapia nuova e più efficace può convertirsi in un risparmio in termini di ospedalizzazione e di gestione degli effetti collaterali, e in una migliore produttività sul lavoro. Inoltre, a fronte di un aumento esponenziale della spesa sanitaria – +570% dal 1980 al 1998 – è emerso che quella farmaceutica incide solo per il 12,47% contro il 52,35% dei costi di ospedalizzazione e il 28,86% delle prestazioni sanitarie. La soluzione non va quindi cercata nella riduzione della spesa per farmaci. Soprattutto per migliorare la sanità non bisogna ostinarsi a risparmiare ma ottimizzare le risorse. È in questa direzione che gli oncologi stanno cercando di muoversi, prima che la fredda logica dei numeri e dei budget sanitari prenda il sopravvento. Cercano una soluzione ottimale che tenga conto di tutte le variabili di spesa. Che eviti inutili sprechi di risorse. Che valuti i cambiamenti in corso all'interno della società, come l'invecchiamento della popolazione. Solo valutando il complesso panorama sanitario italiano con obiettività e concretezza, lasciando da parte sofismi e valutazioni di ordine politico, sarà possibile superare il disagio che sempre più caratterizza chi opera in oncologia e in sanità in generale. Un disagio che a mio avviso non poteva e non può essere ignorato. Lo scorso anno, con un gruppo di autorevoli esponenti del mondo scientifico, accademico, delle istituzioni, dell'industria, dell'associazionismo, del giornalismo, abbiamo iniziato a ragionare sull'opportunità e sul modo di intervenire per governare l'esistente. In data 26 Maggio 2005 abbiamo promosso, come U.O. di Oncologia Medica e Chemioterapia dell'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico, con la collaborazione di "Club VITA", una importante manifestazione al Circolo della Stampa di Milano dal titolo "Verso una etica delle risorse in sanità". In tale occasione è stato presentato un Manifesto frutto del lavoro di cui sopra, visibile all'interno di questo numero che si declina in cinque punti. Ritengo che l'applicazione di questi possa contribuire a dare un senso all'operare in sanità.



FBF

ONCOLOGIA

La Newsletter
dell'Unità Operativa di
Oncologia Medica
Azienda Ospedaliera
Fatebenefratelli e Oftalmico
di Milano

Anno 2, n. 4, agosto 2005
Reg. Trib. di Brescia
n° 31/2004 del 16/8/2004

in questo numero

pag. 1 **Verso un'etica delle risorse in sanità**

• pag. 2 Curare i malati malgrado le tasche vuote • pag. 4

Il linfonodo sentinella • pag. 6

Arte in oncologia • pag. 7 **I pazienti raccontano** • pag. 8

L'assistenza del malato oncologico: un percorso per gli infermieri



Alberto Scanni
Direttore Oncologia Medica
Azienda Ospedaliera
Fatebenefratelli
e Oftalmico di Milano

Curare i malati malgrado le tasche vuote

Dal confronto tra un gruppo di rappresentanti del mondo scientifico, accademico, istituzionale, dell'industria e dell'associazionismo è nato un manifesto in 5 punti che si pone un difficile compito: governare il limite delle risorse in sanità

In sanità è indispensabile trovare modelli di coesistenza tra vincoli

economici e necessità delle persone malate, in nome di un bene comune. Lo scorso anno, un gruppo di autorevoli esponenti del mondo scientifico, accademico, delle istituzioni, dell'industria, dell'associazionismo, del giornalismo, su iniziativa del prof. Alberto Scanni, ha iniziato a ragionare sull'opportunità e sul modo di intervenire per governare la sanità in modo ottimale. Ne è nato un documento programmatico che è stato presentato al convegno "Verso un'etica delle risorse in Sanità", che si è tenuto al Circolo della Stampa di Milano lo scorso 26 maggio.

1) redistribuzione delle risorse

Le risorse per la sanità sono oggi scarse e definite, ma possono essere redistribuite. La spesa per i farmaci costituisce solo il 13% della spesa sanitaria complessiva: il tetto può essere rivisto per estendere l'uso di

terapie innovative, di costo più elevato dei farmaci tradizionali, che tuttavia, quando appropriate, guariscono, riducono la degenza in ospedale e aumentano la capacità lavorativa, con un rapporto costi-benefici vantaggioso per l'intera collettività. Sulle altre voci di spesa si può e si deve intervenire per ridurre gli sprechi: nell'organizzazione del lavoro, nei processi gestionali, nell'uso delle

apparecchiature. Si possono così liberare risorse da investire nella cura e nella prevenzione di patologie importanti, oncologiche e di altro genere.

2) appropriatezza dei servizi erogati

I servizi garantiti da risorse pubbliche non possono essere forniti con superficialità. Non si può rispondere ai bisogni in modo non appropriato. Il conseguente spreco di risorse infatti si ripercuoterebbe in maniera negativa sull'efficacia dell'intero sistema. Parola chiave deve essere quindi "appropriatezza": la terapia, o l'accertamento diagnostico, devono funzionare per "quel" paziente e per "quella" patologia. Appropriatezza è anche redistribuzione sul territorio delle attività in base alle esigenze degli abitanti. I servizi erogati in modo non appropriato

devono essere identificati, e "riconvertiti" in servizi veramente essenziali. Definire il concetto di appropriatezza è un compito difficile ma possibile: sono necessarie linee guida condivise tra gli operatori sanitari e la società civile attiva nell'area della salute.

3) fare sistema e gioco di squadra

Tutti gli operatori sanitari contribuiscono al buon funzionamento del sistema, ognuno nel suo ambito di responsabilità. Non ci sono ruoli "primari" o "secondari". Lo specialista non è più solo al centro dell'organizzazione, ma deve essere parte di una squadra, orientata a raggiungere obiettivi comuni e condivisi. Il personale direttivo ha il compito fondamentale di studiare nuove metodologie di lavoro e di farle sperimentare nella struttura sanitaria, vincendo





la resistenza ai cambiamenti e, se necessario, rompendo situazioni di privilegio corporativo.

4) partnership strutture sanitarie-industria

Sanità pubblica e industria farmaceutica possono lavorare e investire insieme, condividendo il rischio legato alla ricerca. Idee di ricerca interessanti possono essere sviluppate in partnership pubblico/privato, mettendo insieme risorse finanziarie, tecniche e organizzative, così la brevettabilità di prodotti può offrire vantaggi economici a tutto il sistema. Un altro fronte di ricerca sono le sperimentazioni comparative, attuate su farmaci simili tra loro, già presenti sul mercato. Se risultassero identici, sarebbe opportuno scegliere il più economico. Infine, la ricerca pubblica applicata,

che trasferisce le indagini di laboratorio alla quotidianità delle persone malate, dovrebbe orientarsi prioritariamente sulle patologie di grande rilevanza sociale, mentre le malattie rare potrebbero essere affrontate in un'ottica solidale. Infine va incrementata e sostenuta la ricerca indipendente nella valutazione dei risultati: le case farmaceutiche non ne hanno paura. La partnership pubblico/privato potrebbe essere estesa a settori diversi dal farmaco.

5) informazione corretta e completa

La disinformazione comporta costi sociali molto alti. Comunicare con i cittadini in modo semplice e trasparente, ma scientificamente rigoroso, può riuscire a cambiare gli stili di vita che comportano un rischio per la salute. Investire in informazione

ha elevati ritorni economici nel medio/lungo termine. Un'alimentazione corretta, ad esempio, può migliorare di molto lo stato di salute della popolazione, riducendo la mortalità e la morbilità – e di conseguenza il carico assistenziale - a fronte di investimenti relativamente contenuti. E' un dovere etico informare gli utenti sui limiti alla spesa sanitaria, educando all'appropriatezza sia gli utilizzatori che i fornitori dei servizi. E' un dovere etico informare sul rischio legato all'abuso di farmaci:

un'informazione corretta e completa deve creare questa coscienza nelle persone, soprattutto anziani e malati cronici. L'informazione sanitaria deve essere veicolata da media accessibili e credibili: accessibilità, per arrivare anche ai soggetti culturalmente più deboli, credibilità per essere efficaci. Il medico di famiglia è una figura che bene interpreta questi due concetti e per questo può diventare uno dei veicoli privilegiati d'informazione.

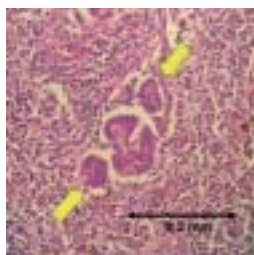
(<http://www.eticarisorsesanita.it>)

Il linfonodo sentinella

La chirurgia del cancro della mammella è sempre meno demolitiva, anche grazie alla tecnica nota come linfonodo sentinella, una nuova procedura diagnostica e terapeutica in grado di ridurre significativamente la necessità di eseguire la dissezione ascellare completa in pazienti con carcinoma in fase precoce. L'intervento è infatti causa di importanti inconvenienti nel decorso post-operatorio, sia a breve che a lunga distanza di tempo.

La tecnica

È noto che il carcinoma mammario nelle prime fasi di crescita aumenta di dimensioni localmente invadendo il tessuto ghiandolare circostante. Solo successivamente le cellule tumorali acquisiscono la capacità di invadere i capillari linfatici posti attorno alla neoplasia e di allontanarsi fino a raggiungere i linfonodi. Questi ultimi sono aggregati di tessuto linfatico specializzato posti nel cavo ascellare e rappresentano le prime sedi di colonizzazione permanente della neoplasia (cosiddetta metastasi linfonodale). Numerose osservazioni hanno dimostrato che nella mammella i vasi linfatici di vasti settori della ghiandola convergono



tutti in un singolo linfonodo, che funge appunto da "sentinella" per il drenaggio della linfa raccolta dal territorio anatomico di competenza. Anche le cellule tumorali che invadono i capillari linfatici vengono convogliate a questo linfonodo che rappresenta una prima tappa obbligatoria nel percorso di diffusione della neoplasia. Se si è in grado di escludere la presenza di colonizzazione di cellule tumorali nel linfonodo "sentinella" si può, con ragionevole certezza, stabilire che non esistano altre localizzazioni neoplastiche nei restanti

linfonodi ascellari. In questo caso risulta giustificato soprassedere alla dissezione degli altri linfonodi della catena ascellare.

L'intervento

Una volta individuato, il chirurgo può, con l'ausilio di una sonda per la chirurgia radio-guidata, asportare il linfonodo sentinella, che viene poi sottoposto ad esame istologico. Solo in caso venga riscontrata una metastasi si procede a dissezione ascellare completa. In caso contrario i linfonodi vengono lasciati intatti. Molto raramente il linfonodo sentinella si trova

nella catena mammaria interna, cioè in sede intratoracica e retrosternale. Ciò comporta, in caso di metastasi, la

dissezione anche di questa catena linfonodale.

La colonizzazione tumorale

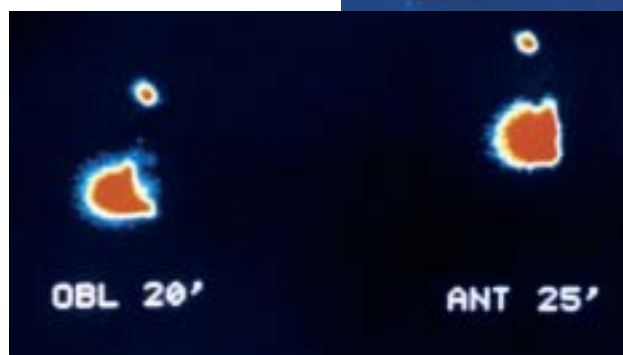
Esistono tre tipologie di colonizzazione tumorale del linfonodo sentinella:

- le "cellule tumorali isolate", quando gli aggregati cellulari misurano

La linfo-scintigrafia

Per individuare il linfonodo sentinella si esegue una linfo-scintigrafia. L'apparecchiatura, già disponibile al Fatebenefratelli, è stata recentemente integrata con una sonda portatile per la chirurgia radio-guidata. Infatti dall'inizio di quest'anno è possibile utilizzare tale somma grazie alla generosità dell'associazione UMAN.A che l'ha acquistata e poi donata all'ospedale.

Come funziona. Per eseguire questo esame si inietta un tracciante radioattivo (particelle di albumina colloidale marcate con 20 MBq di ^{99m}Tc) in una sede immediatamente adiacente al nodulo tumorale. La manovra viene effettuata a mano libera se il nodulo mammario è palpabile, oppure sotto guida ecografica o mammografica nel caso la lesione non sia clinicamente



Giorgio Gherardi
direttore U.O. Anatomia e Istologia Patologica

Antonio Conte
Medico Nucleare - Medicina Nucleare A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico



meno di 0,2 mm di diametro

- le “**micrometastasi**”, quando il diametro è compreso tra 0,2 e 2 mm
- le “**macrometastasi**”, quando il diametro è superiore a 2 mm.

Le “cellule tumorali isolate” sembrano non rivestire alcun carattere prognostico negativo, mentre l’indicazione alla dissezione ascellare completa si pone solo in presenza di micro o macrometastasi. Con queste premesse il linfonodo deve essere esaminato su sezioni in serie con intervalli massimi di 0,2 mm.

Esame istologico

L’esame istologico del linfonodo sentinella può avvenire:

- **contestualmente all’asportazione del tumore.** Si ha un responso in un tempo non inferiore ad un’ora ma l’esecuzione dell’esame impone un

apprezzabile. Dopo un intervallo di tempo necessario per il drenaggio attraverso i capillari linfatici, si individua il linfonodo che risulta aver accumulato la quantità massima di tale tracciante mediante una γ -camera a grande campo. A conclusione dell’esame, che avviene in genere il giorno prima dell’intervento chirurgico, viene posto un “segno” sulla cute in corrispondenza del linfonodo sentinella visualizzato, dove il chirurgo eseguirà l’incisione per l’intervento, con l’aiuto della sonda portatile.

notevole allungamento dell’intervento chirurgico e l’esame è gravato da una rilevante quota di risultati falsi negativi o falsi positivi

- **secondo procedura convenzionale.** I risultati sono disponibili in uno o, al massimo, due giorni.

L’eventuale intervento di dissezione ascellare viene procrastinato di alcuni giorni, ma si ottiene una ottimale accuratezza diagnostica dell’esame istologico e una riduzione significativa dei tempi del primo intervento chirurgico di asportazione del tumore. Se si pensa, infine, che si riscontrano metastasi nel linfonodo sentinella in una quota non superiore al 20% dei casi di carcinoma in fase precoce, la necessità di reintervenire sull’ascella avviene al massimo in un caso su cinque.

Le domande delle pazienti

La tecnica del linfonodo sentinella viene utilizzata in tutti i centri oncologici?

Purtroppo, nonostante i numerosi dati a disposizione sulla validità della tecnica, la procedura viene eseguita solo in pochi centri d’eccellenza (si stima il 10% circa).

La tecnica è prevista in tutti i casi di tumore della mammella?

Esistono indicazioni precise sull’utilizzo della procedura. In primo luogo si deve trattare di un tumore in fase precoce, inteso come neoplasia di massa inferiore ai 2 cm di diametro. Non è consigliato quindi nelle fasi avanzate; quando si tratta di una recidiva; quando la paziente sia stata precedentemente trattata con radioterapia. Altre controindicazioni sono: la gravidanza, precedenti operazioni chirurgiche, anche non di natura oncologica, all’ascella.

È possibile che non venga trovato il linfonodo sentinella?

È praticamente impossibile. È più probabile che ne vengano trovati più di uno e che sia necessario asportarli tutti perché vengano esaminati con la dovuta attenzione.

Arte in oncologia

Ora l'arte entra in Oncologia. Ci entra volando su un foglio di carta, armata di colori e pennello. A guidare il "tappeto magico" una donna, Rosalba Perucchini, una volontaria, un'artista, decisa a trovare aspiranti pittori tra i ricoverati nel reparto di Oncologia del Fatebenefratelli.



Le prime volte che mi affacciavo alla porta del reparto di oncologia, venivo osservata con curiosità, da lontano. Molti mantenevano un riservato distacco. Ora gioisco della felicità che leggo negli occhi dei malati quando arrivo. Uomini e donne mi dimostrano, con le parole, con gli occhi, con i gesti che la mia presenza è gradita, e che imparare a dipingere un acquerello costituisce davvero un momento di svago e di evasione. Non è certo stato facile. Dipingere è facile. Molto più complicato presentarmi a tanti volti nuovi, volti "difficili", segnati dalla malattia. Ho scelto la chiarezza, comunicando senza tanti giri di parole perché mi ero offerta per questa attività un po' atipica. Soprattutto volevo condividere con loro i tanti perché che mi avevano spinto ad avvicinarmi ad un reparto di oncologia, e in particolare a quello del Fatebenefratelli. La verità è che la mia prima visita al reparto non è stata come volontaria, ma come

familiare di un ammalato. Ho varcato quella difficile soglia con mia madre 4 anni fa. Era il maggio 2001. Ricordo ancora la sua frase "Rosalba, questo non è un ospedale, è un albergo". L'accoglienza degli infermieri, improntata al sorriso, l'assistenza medica, competente, attenta, e soprattutto, sempre presente, hanno fatto sentire mia madre, già ultra-ottantenne, accolta, assistita e curata come una regina. In quel letto d'ospedale credo si sentisse protetta. E non è stata mai sola. Ho avuto infatti l'opportunità di poterle stare vicino, di accudirla e coccolarla. Opportunità di cui sono grata ai medici, agli infermieri, a tutto l'ospedale. Non era solo mia madre ad essere accudita. Il personale infermieristico ed i volontari hanno aiutato anche me, accompagnandomi per mano, aiutandomi a capire come affrontare la malattia. Ricordo ancora la loro voce quando si rivolgevano a mia madre, "nonna" la chiamavano, e non

lesinavano mai parole dolci, baci e carezze. Forse è stato più facile donarsi a una donna come mia madre. Era una gran donna, che ha saputo amare e che ha ricevuto tanto amore in cambio.

Chiusa la porta sul cancro per due anni, sentii il bisogno, dopo svariate riflessioni, di varcare nuovamente quella soglia e ricambiare le carezze e i baci ricevuti, donandoli ad altri pazienti. Un giorno grazie ad una persona meravigliosa di nome Elena, notai all'interno del centro la presenza di matite e carta. Su suggerimento del prof. Scanni provai così a trasportare in degenza il mio amore per l'acquerello.

Tutte le volte che mi accingo a dipingere, l'acqua mi mette alla prova. A volte mi è amica. A volte mi si rivolta contro, ostile. Nonostante gli anni, questo rapporto complesso mi emoziona. L'acqua, le forme sempre diverse che crea sulla carta, continuano ad affascinarmi, ogni giorno. Mi meraviglia ancora il

modo con cui si mescola ai pigmenti prima lievemente, poi decisa. Come d'incanto, nasce l'acquerello.

Inizialmente non è stato facile trasmettere queste emozioni ai pazienti, avevo una sola allieva. Piano piano con dolcezza, ai miei "banchi" si sono sedute sempre più persone, una scolaresca composta non solo da donne ma anche da uomini. Sono timidi, all'inizio si scherniscono. Affermano di non saper tenere in mano il pennello. Di non riuscire a miscelare i colori. O compongono un cerchio con il bicchiere. Quando poi gli mostro cosa si può fare con acqua, colore e pennello, quando comincio ad acquerellare prima il cielo, poi il prato, i fiori con qualche tocco di colore... il desiderio di creare prende il sopravvento ed ecco, anche loro osano.

Quanta emozione, che gioia, la sensazione di libertà che ti porta a dipingere ad acquerello. E la mia più grande soddisfazione è scoprire che non sono la sola a sentirmi così. Lo

I pazienti raccontano


Pedalando verso Roma...

A 46 anni, nonostante un tumore della mammella, una quadrantectomia, i cicli estenuanti di chemioterapia e la radio, si può attraversare l'Italia, da Cantù a Roma, in bicicletta. Lo dimostra l'impresa della signora Maria Gloria, una donna forte, una malata oncologica che con la realizzazione del suo sogno lungo 720 chilometri ha voluto urlare al mondo e soprattutto a chi si trova a combattere il cancro, che essere colpiti da un tumore non comporta una condanna a morte, solo una nuova tappa di un percorso chiamato vita.

Sono partita da Cantù con la voglia di realizzare questo sogno, covato dal 2000, che la malattia mi aveva costretto a rinchiodare nel cassetto. Almeno fino alla fine delle terapie, nel gennaio 2001. Mi sono allenata per quasi 6 mesi e poi mi sono lanciata. Un salto nel buio? Mah, piuttosto un salto con l'elastico, un'iniezione di adrenalina, una prova fisica estenuante che mi ha fatto sentire viva. Ancora euforica per aver vinto la mia prima sfida, quella contro il cancro, ho deciso di affrontare una prova solo fisica, un percorso a 5 tappe, di circa 120 chilometri al giorno. L'obiettivo era percorrere le vie storiche dei pellegrini medioevali. Si trattava di un viaggio nel tempo, attraverso vie che volevo mi riempissero gli occhi e l'anima. Cercavo la pace dopo la tempesta. Cercavo un dialogo con me stessa. Tentavo in particolare di ritrovare la fiducia in un corpo che, sentivo, mi aveva tradito. Nei miei appunti di viaggio i momenti magici sono stati tanti. Nelle pagine comparivano spesso parole come libera, leggera, felice. Sì, ero felice, nonostante avessi affrontato l'inferno di una diagnosi di tumore, nonostante il peso di terapie estenuanti. Montare sul sellino della mia bici era un estremo tentativo per riconciliarmi con me stessa. Ci sono riuscita. Anche grazie al sostegno di mio marito che mi ha seguito in macchina per

tutto il percorso. E del mio ginecologo: anche lui infatti, che aveva scoperto il nodulo, che era medico ma anche un amico, ha deciso di accompagnarci in quest'avventura e gliene sono grata. La luce del sole scaldava le giornate di cammino, i ritmi erano quelli della natura: dell'acqua, del vento, dei temporali. Erano loro i veri padroni del tempo. Pedalata dopo pedalata riuscivo faticosamente a ritrovare il tempo della natura. Il tempo della fatica che ti libera dalle ansie quotidiane, che ti porta in una condizione diversa dalla normalità, dell'esistenza.

Mentre salivo pedalando sulla Cisa, 1500 metri di dislivello, 30 chilometri di sola salita, provavo attimi di vera gioia. Una felicità interiore che non ti dà il possedere ma il sentirti viva. E libera, di muoverti, amare, odorare, pensare, pregare. Arrivata a Corte Sant'Andrea, antico borgo dove i pellegrini sostavano per guardare il Po, mi sono tuffata nel passato. Mi sentivo un po' partecipe delle fatiche e delle ansie che tanti uomini avevano provato affrontando la lunga via polverosa e la paura del fiume. Mi appropriavo dei loro tempi rallentati, masticati e assaporati piano. Un dono raro, il tempo, per noi pellegrini del 2000 che ne siamo poveri, perché l'abbiamo frantumato, calpestato, consumato. Per me il tempo corre veloce solo in sella alla mia bicicletta. Direzione: Roma. E quindi via verso le nuove tappe, tutte località cariche di storia: San Donnino, Fornovo, Bercelo, Pontremoli, Camaiole, Lucca, Altopascio, Acqua Pendente, Radicofani, Monte Fiascone, Viterbo... tutti luoghi che avevano ospitato pellegrini, uomini desiderosi di riconciliarsi con il mondo e la natura. Poi l'ultimo giorno sono stata sopraffatta dalla più grande emozione, la vista delle inconfondibili cupole della Capitale, e di una bandiera di vittoria idealmente sospesa su quella città simbolo di storia, ponte tra passato e futuro. Anche il mio, da attraversare con un sorriso di trionfo sulle labbra in sella alla mia due ruote.



percepisco dalla loro tensione. Lo vedo dalla gioia sul loro volto quando dipingono. Ne ho la conferma ogni volta che li sento dire "Che peccato, sono già trascorse due ore". Una soddisfazione e una grande prova d'amore che mi riempie la vita. Così come i loro sguardi quando la loro opera è finita, e, con sicurezza e una punta di orgoglio, posano sul davanzale della finestra gli acquerelli. Quando dopo una breve visione generale ed un confronto con altri Artisti, ognuno di loro ripone la propria opera sul comodino con grande soddisfazione, riscoprendo in loro una innata vena artistica.

Rosalba Perucchini,
una volontaria

L'assistenza del malato oncologico: un percorso per gli infermieri

Il ruolo dell'infermiere professionale in una struttura come l'hospice è sicuramente uno degli elementi caratterizzanti e costitutivi dell'assistenza: l'infermiere è la persona con cui il paziente si confida di più. Costituisce inoltre il primo riferimento per i famigliari e l'anello di congiunzione tra i bisogni non detti del paziente e il medico.

Molti infermieri possiedono un'attitudine "genetica" all'empatia verso questa tipologia di pazienti. È estremamente importante però garantire a tutti la necessaria preparazione teorico-pratica per occuparsi di questi malati. Gli hospice, seppur ancora in fase di attuazione, stanno del resto diventando strutture fondamentali per la gestione dei pazienti sia cronici (pazienti cardiopatici o con patologie respiratorie e neurologiche gravi) che oncologici in senso stretto. Per rispondere alle nuove esigenze, alcuni centri ospedalieri lombardi hanno istituito corsi "itineranti" di formazione teorico-pratica per infermieri di area oncologica. Una più profonda conoscenza del paziente terminale, sia esso domiciliare che ancor più se ricoverato in hospice, risulta strategica. Permette infatti di portare in superficie spunti di riflessione. Tra questi l'importanza di non

medicalizzare un evento fisiologico, anche se drammatico, che ormai diventa ineluttabile. Offrire risposte convincenti, garantire il dialogo e una adeguata disponibilità di tempo e di ascolto, permette al paziente e ai suoi cari di affrontare al meglio qualsiasi situazione clinica. Compito dell'infermiere è non lasciare "buchi" diagnostici o terapeutici aperti, senza cedere alla pericolo ad "inghiottire" i famigliari con le loro ansie e paure.

Dr.ssa Cristina Mantica
responsabile Hospice
Fatebenefratelli

Al Fatebenefratelli una seconda edizione

Il 26 aprile si è ripetuto il corso anche presso l'Hospice della Divisione di Oncologia dell'A.O. Fatebenefratelli di Milano dal titolo "L'assistenza del malato oncologico in hospice". Il corso prevedeva due sessioni: una parte teorica imperniata sul "perché" esiste l'hospice e sulle modalità attuali di trattamento del dolore nel paziente terminale. Era prevista inoltre una sezione pratica, accanto al letto del paziente, per verificare le nozioni acquisite. Il corso ha coinvolto circa 15 infermiere di diversa estrazione e comunque coinvolte sul fronte della terminalità.



La Newsletter dell'Unità Operativa di **Oncologia Medica Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano**
www.fbf.milano.it/oncologia

Anno 2, n. 4, agosto 2005

Direttore scientifico
Alberto Scanni

Direttore responsabile
Sabrina Smerrieri

Coordinamento redazionale
Mauro Boldrini, Gino Tomasini

Redazione
Silvia Perrone, Sergio Ceccone, Daniela Peliccioli, Carlo Buffoli, Giuliano D'Ambrosio

Segreteria di redazione
Sheila Zucchi

Intermedia Editore
Via Malta 12/b
25124 Brescia
Tel. 030.226105
Fax 030.2420472
Via Costantino Morin, 44
00195 Roma
Tel. 06.3723187
www.medinews.it
imediabs@tin.it

Stampa
Officine Grafiche Staged

Progetto Oncologia Uman.A

C.so di Porta Nuova 23
20121 Milano
Tel. 02.63632255

e-mail:
joanna.landi@fbf.milano.it