

“Fare di più non significa fare meglio”: a che punto siamo?

¹Mariella Schirru, ²Samantha Grossi, ³Enrico Marsella, ⁴Marcella Zingoni, ⁵Paola Sanvito

¹Referente FNOPI gruppo Slow Medicine

²Presidente OPI Treviso

³Presidente OPI Cremona

⁴Consigliere OPI Livorno

⁵Presidente OPI Novara - VCO

Corrispondenza: maschirru55@gmail.com

INTRODUZIONE

Slow Medicine nasce in Italia nel 2011 come un movimento d'idee per riportare i processi di cura nell'ambito dell'appropriatezza, ma all'interno di una relazione di ascolto, di dialogo e di condivisione delle decisioni con il malato. La filosofia di Slow Medicine è sintetizzata da tre parole chiave: sobria, perché agisce con moderazione, gradualità e senza sprechi; rispettosa, perché è attenta alla dignità della persona e al rispetto dei suoi valori; giusta, perché impegnata a garantire cure appropriate per tutti. In breve tempo l'associazione si diffonde in ambito nazionale e internazionale cogliendo le istanze di cambiamento di professionisti della salute, pazienti e cittadini che sempre più numerosi si rendono conto che per affrontare i problemi sanitari è necessario ricorrere a nuovi paradigmi culturali e metodologici. Professionisti, pazienti e cittadini sono indotti da conflitti d'interesse, da luoghi comuni e da consuetudini a consumare sempre più prestazioni sanitarie (spesso inappropriate), nell'illusione che per migliorare la salute sia sempre meglio fare di più. Il modello culturale dominante di tipo riduzionista, su cui, oggi, si basa il concetto di salute e di malattia, considera l'uomo come una macchina, il cui studio è affidato a un numero crescente di specialisti, interessati soprattutto ai meccanismi fisiopatologici delle malattie. L'interesse è rivolto principalmente alle tecnologie, mentre la persona e le sue relazioni con la sfera familiare e sociale sono del tutto trascurate. Slow Medicine adotta l'approccio sistemico, che, al contrario, ci insegna che salute e malattia sono fenomeni complessi e che la vita di una persona è più della somma delle reazioni chimiche che si producono nelle sue cellule. A diversi livelli di complessità compaiono, infatti, proprietà nuove e inaspettate, come: il pensiero, le emozioni, i piaceri, la salute. Tali proprietà non sono individuabili nei singoli elementi e possono essere studiate solo avvalendosi di metodi di analisi e di conoscenze rintracciabili in altri domini del sapere, quali ad esempio le scienze umanistiche: filosofia, antropologia, psicologia, etica, arte, ecc. Sul piano operativo, Slow Medicine, in analogia a quanto avviato negli USA con "Choosing Wisely", ha promosso il progetto "Fare di più non significa fare meglio", volto a migliorare l'appropriatezza clinica riducendo il sovra-utilizzo di esami e trattamenti: come primo passo, le Società Scientifiche che aderiscono (a oggi 30) sono invitate a indicare cinque esami diagnostici o trattamenti di comune riscontro nella pratica clinica in Italia che spesso non danno benefici ai pazienti, ma li espongono a inutili rischi. La Fnopi nel 2013 (federazione nazionale ordine delle professioni infermieristiche) ha aderito al progetto "Fare di più non significa fare meglio", promosso da Slow Medicine.

MATERIALI E METODI

Nel corso dell'anno 2019, la Fnopi ha offerto ai propri iscritti la possibilità di rispondere ad una survey on-line relativa alla conoscenza e implementazione in merito al progetto "Fare di più non significa fare meglio" di Choosign Wisely Italy.

Nel progetto originario nella produzione delle raccomandazioni, sono state coinvolte le società tecnico-scientifiche infermieristiche che avevano aderito all'invito di partecipazione: AIOSS AIUC, ANIMO, ANIPIO, ANIARTI, AICO, oltre a quelle dell'area pediatrica.

Il loro contributo è stato prezioso e ha permesso di formulare la redazione di trenta raccomandazioni nella pratica clinica quotidiana che sono state, tra l'altro, inserite nel database nazionale Linee Guida in ottemperanza alla L.24/2017.

"Fare di più non significa fare meglio"...."medicina sobria, rispettosa e giusta"....."i sette veleni di Slow medicine", non sono degli slogan, ma racchiudono l'essenza di un movimento che intende condividere la seguente idea: *"cure appropriate e di buona qualità e un'adeguata comunicazione fra le persone riducono i costi dell'organizzazione sanitaria, riducono gli sprechi, promuovono l'appropriatezza d'uso delle risorse disponibili, la sostenibilità e l'equità dei sistemi sanitari, migliorano la qualità della vita dei cittadini nei diversi momenti della loro vita."* Slow Medicine ha l'obiettivo di coinvolgere professionisti sanitari, associazioni di professionisti, cittadini, associazioni di pazienti e di familiari in un laboratorio in progress di progettazione di buone pratiche di aiuto e di cura.

Può essere definito una *rete di idee in movimento*, che si avvale della prospettiva sistemica, del counseling, della medicina narrativa, dei principi del design, dell'educazione degli adulti e degli strumenti per la qualità per attivare momenti di confronto, partecipazione e progettazione collaborativi fra operatori e cittadini interessati alla propria salute, e per realizzare in concreto una modalità di cura più sobria, più rispettosa e giusta.

A partire da 6 raccomandazioni prodotte dalle società scientifiche in adesione alla campagna Choosing Wisely e al relativo progetto "Fare di più non significa fare meglio" la *survey* ha indagato il livello di accordo dei professionisti alle raccomandazioni, il livello di applicazione nei contesti di lavoro e i fattori ostacolanti l'adesione.

La letteratura in merito è scarsa, l'ambito non è ancora molto indagato ed è apparso interessante individuare ambiti e motivazioni che conducono i professionisti nelle scelte assistenziali quotidiane.

La survey è stata costruita mediante l'individuazione di alcune raccomandazioni scelte come trasversali a diversi contesti assistenziali, costruite dalle associazioni di volontariato rappresentative di differenti tipologie di pazienti, riconosciute anche a livello scientifico, tra le 30 e pubblicata sul portale FNOPI da aprile a novembre 2019.

Il lavoro è stato condotto da un gruppo di lavoro costituito da 4 Presidenti Opi italiani (Cremona, Livorno, Novara-VCO e Treviso) coordinati dalla Past President OPI Torino Dott.ssa M. Schirru.

Dopo alcuni incontri che sono serviti a conoscere meglio le raccomandazioni e riflettere su quali potevano essere maggiormente rappresentative per i professionisti, ne sono state scelte 6, volte ad indagare alcune specificità meglio descritte in seguito.

Nel questionario sono stati esplorati dati anagrafici dei compilatori, provenienza geografica, formazione post-base degli stessi, conoscenza del progetto e delle raccomandazioni, livello di accordo del professionista verso l'attuazione della raccomandazione enunciata e relative motivazioni all'eventuale difficoltà nell'applicarle.

RISULTATI

Dall'analisi dei dati raccolti, emerge che il questionario è stato compilato da 1244 infermieri la cui età media è 46,3 (Ds10,6) di cui maschi 348 (28%) e femmine 896 (72%); il progetto è conosciuto dal 55% del campione mentre il 33% conosce la campagna Choosing Wisely".

Il settore lavorativo è rappresentato da quello ospedaliero per 347 (27,9%) mentre il restante lavora sul territorio. La provenienza geografica dei partecipanti alla survey, è rappresentata nella tabella 1.

Nella tabella 2 vengono descritti i differenti ambiti formativi conseguiti dopo la formazione di base.

Regione	n.	%
<i>Abruzzo</i>	22	1,8
<i>Basilicata</i>	2	0,2
<i>Calabria</i>	9	0,7
<i>Campania</i>	21	1,7
<i>Emilia Romagna</i>	125	10,0
<i>Friuli Venezia Giulia</i>	77	6,2
<i>Lazio</i>	84	6,8
<i>Liguria</i>	29	2,3
<i>Lombardia</i>	250	20,1
<i>Marche</i>	39	3,1
<i>Molise</i>	1	0,1
<i>Piemonte</i>	146	11,7
<i>Provincia Autonoma di Trento e Bolzano</i>	30	2,4
<i>Puglia</i>	45	3,6
<i>Sardegna,</i>	27	2,2
<i>Sicilia</i>	86	6,9
<i>Toscana</i>	94	7,6
<i>Umbria</i>	10	0,8
<i>Valle D'Aosta</i>	5	0,4
<i>Veneto</i>	142	11,4
Totale	1244	100%

Tabella 1. – Provenienza geografica dei partecipanti.

Formazione post base***	n.	%
<i>Dottorato</i>	10	0,8
<i>Laurea Magistrale</i>	193	15,5
<i>Master I livello</i>	456	36,7
<i>Laurea Magistrale + Master I livello</i>	76	6,1
<i>Master I livello + Laurea Magistrale + Dottorato</i>	1	0,1
<i>Master I livello e II livello</i>	1	0,1
<i>Master I livello + II livello + L. Magistrale</i>	29	2,3
<i>Master I livello + II livello + L. Magistrale + dottorato</i>	2	0,2
<i>Master II livello</i>	14	1,1
<i>Master II livello + Laurea Magistrale</i>	12	1,0
<i>Nessuna</i>	448	36,0

Tabella 2. – Formazione post-base dei partecipanti.

Nella survey sono state indagate mediante scala Likert, rispettivamente: il livello di accordo tra i professionisti nei confronti delle raccomandazioni (Quanto sei d'accordo con questa raccomandazione? (1 fortemente in disaccordo; 2 disaccordo; 3 D'accordo; 4 fortemente d'accordo), il livello di applicazione delle stesse (Quanto viene applicata questa raccomandazione nella tua pratica clinica? (1 mai; 2 raramente; 3 frequentemente; 4 sempre) e le ragioni

che possono ostacolarne l'applicazione. Di seguito si elencano le raccomandazioni oggetto del questionario e le associazioni che le hanno curate:

1. Non fare ricorso alla ginnastica vescicale (chiusura ripetuta del catetere) prima della rimozione del catetere vescicale (AIURO – ANIMO).
2. Non seguire protocolli di mobilizzazione e di cura delle lesioni da pressione secondo protocolli standard nel paziente morente (ANIMO).
3. Non sostituire cateteri venosi periferici a intervalli regolari ma in base a valutazione clinica ANIARTI.
4. Non utilizzare la contenzione fisica come prima scelta durante le procedure dolore del bambino (SCHEDE FNOPI).
5. Non fare ricorso abituale alla contenzione come strumento di gestione del rischio cadute (ANIMO).
6. Non utilizzare i guanti in alternativa all'igiene delle mani con soluzione alcolica per l'esecuzione di manovre assistenziali prive di rischio biologico in particolare in presenza di un paziente portatore di batteri multi resistenti agli antibiotici (MDRO)- (ANIPIO).

RACCOMANDAZIONE	Quanto sei d'accordo con questa raccomandazione? (1 fortemente in disaccordo; 2 disaccordo; 3 d'accordo; 4 fortemente d'accordo)	Quanto viene applicata questa raccomandazione nella tua pratica clinica? (1 mai; 2 raramente; 3 frequentemente; 4 sempre)
Non fare ricorso alla ginnastica vescicale, prima della rimozione del catetere vescicale (AIURO – ANIMO), media (ds)	3,29 (0,82)	2,67 (1,11)
Non seguire protocolli di mobilizzazione e di cura delle lesioni da pressione (LDP) secondo protocolli "standard" nel paziente morente (ANIMO), media (ds)	2,79 (1,02)	2,45 (0,92) *
Non sostituire i cateteri venosi periferici ad intervalli regolari ma in base a valutazione clinica (ANIARTI), media (ds)	3,25 (0,83)	2,87 (0,87) *
Non utilizzare la contenzione fisica come prima scelta durante le procedure dolorose nel bambino (SCHEDE FNOPI), media (ds)	3,48 (0,73) **	2,59 (1,08) ***
Non fare ricorso abituale alla contenzione come strumento di gestione del rischio cadute (ANIMO), media (ds)	3,21 (0,85)**	2,6 (0,89) ****
Non utilizzare i guanti in alternativa all'igiene delle mani con soluzione alcolica per l'esecuzione di manovre assistenziali prive di rischio biologico ed in particolare in presenza di un paziente portatore di batteri multiresistenti agli antibiotici (MDRO). (ANIPIO), media (ds)	2,84 (1,12)	2,37 (0,97)

Tabella 3. – Raccomandazioni esplorate e livello di accordo espresso dai professionisti (*dato mancante, **, *, **** dati mancanti).**

Dalla lettura della tabella n. 3 si evidenzia che il livello di accordo e l'introduzione nella pratica clinica delle raccomandazioni è abbastanza sovrapponibile in tutte quelle esplorate con valori poco discostanti tra esse. In seguito sono stati sistematizzati in tabelle che esplorano singolarmente accordo ed applicazione

In tutte le tabelle riportate, dalla n. 5 alla n. 9, appare evidente che il livello di accordo dei professionisti circa l'applicazione delle raccomandazioni è elevato, rimane da considerare il dato che la pratica clinica ne riproduce la conoscenza, e in alcuni casi è molto frequente la mancanza dell'applicazione.

Nella tabella 10 è rappresentato il livello complessivo di accordo tra i professionisti.

Non fare ricorso alla ginnastica vescicale, prima della rimozione del catetere vescicale (AIURO – ANIMO)	
11.1 Quanto sei d'accordo con questa raccomandazione?	11.2 Quanto viene applicata questa raccomandazione nella tua pratica clinica?
Fortemente d'accordo	sempre
602	381
D'accordo	frequentemente
452	309
In disaccordo	Raramente
140	312
Fortemente in disaccordo	Mai
50	242
Totale	Totale
1244	1244

Tabella 4. – Raccomandazione n 1.

Non seguire protocolli di mobilizzazione e di cura delle lesioni da pressione (LDP) secondo protocolli "standard" nel paziente morente (ANIMO)	
12.1 Quanto sei d'accordo con questa raccomandazione?	12.2 Quanto viene applicata questa raccomandazione nella tua pratica clinica?
Fortemente d'accordo	sempre
356	155
D'accordo	frequentemente
449	465
In disaccordo	Raramente
258	403
Fortemente in disaccordo	Mai
181	220
Totale	Totale
1244	1243

Tabella 5. – Raccomandazione n 2.

Non sostituire i cateteri venosi periferici ad intervalli regolari ma in base a valutazione clinica (ANIARTI)	
13.1 Quanto sei d'accordo con questa raccomandazione?	13.2 Quanto viene applicata questa raccomandazione nella tua pratica clinica?
Fortemente d'accordo	sempre
564	294
D'accordo	frequentemente
487	594
In disaccordo	Raramente
132	250
Fortemente in disaccordo	Mai
61	105
Totale	Totale
1244	1243

Tabella 6. – Raccomandazione n 3.

Non utilizzare la contenzione fisica come prima scelta durante le procedure dolorose nel bambino (SCHEDA FNOPI)	
14.1 Quanto sei d'accordo con questa raccomandazione?	14.2 Quanto viene applicata questa raccomandazione nella tua pratica clinica?
Fortemente d'accordo	sempre
737	311
D'accordo	frequentemente
403	369
In disaccordo	Raramente
63	298
Fortemente in disaccordo	Mai
39	263
Totale	Totale
1242	1241

Tabella 7. – Raccomandazione n 4.

Non fare ricorso abituale alla contenzione come strumento di gestione del rischio cadute (ANIMO)	
15.1 Quanto sei d'accordo con questa raccomandazione?	15.2 Quanto viene applicata questa raccomandazione nella tua pratica clinica?
Fortemente d'accordo	sempre
538	209
D'accordo	frequentemente
487	451
In disaccordo	Raramente
151	451
Fortemente in disaccordo	Mai
66	129
Totale	Totale
1242	1240

Tabella 8. – Raccomandazione n 5.

Non utilizzare i guanti in alternativa all'igiene delle mani con soluzione alcolica per l'esecuzione di manovre assistenziali prive di rischio biologico ed in particolare in presenza di un paziente portatore di batteri multiresistenti agli antibiotici (MDRO). (ANIPIO),	
16.1 Quanto sei d'accordo con questa raccomandazione?	16.2 Quanto viene applicata questa raccomandazione nella tua pratica clinica?
Fortemente d'accordo	sempre
463	183
D'accordo	frequentemente
353	362
In disaccordo	Raramente
196	437
Fortemente in disaccordo	Mai
232	262
Totale	Totale
1244	1244

Tabella 9. – Raccomandazione n 6.

LIVELLO DI ACCORDO CON LE RACCOMANDAZIONI	11.1 Quanto sei d'accordo con questa raccomandazione?		12.1 Quanto sei d'accordo con questa raccomandazione?		13.1 Quanto sei d'accordo con questa raccomandazione?		14.1 Quanto sei d'accordo con questa raccomandazione?		15.1 Quanto sei d'accordo con questa raccomandazione?		16.1 Quanto sei d'accordo con questa raccomandazione?	
		%		%		%		%		%		%
Fortemente d'accordo	602	48,39	356	28,62	564	45,34	737	59,34	538	43,32	463	37,22
D'accordo	452	36,33	449	36,09	487	39,15	403	32,45	487	39,21	353	28,38
In disaccordo	140	11,25	258	20,74	132	10,61	63	5,07	151	12,16	196	15,76
Fortemente in disaccordo	50	4,02	181	14,55	61	4,90	39	3,14	66	5,31	232	18,65
TOTALE	1244	100	1244	100	1244	100	1242	100	1242	100	1244	100

Tabella 10. – Rappresentazione complessiva del livello di accordo dei professionisti.

LIVELLO DI APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI	11.2 Quanto viene applicata questa raccomandazione nella tua pratica clinica?		12.2 Quanto viene applicata questa raccomandazione nella tua pratica clinica?		13.2 Quanto viene applicata questa raccomandazione nella tua pratica clinica?		14.2 Quanto viene applicata questa raccomandazione nella tua pratica clinica?		15.2 Quanto viene applicata questa raccomandazione nella tua pratica clinica?		16.2 Quanto viene applicata questa raccomandazione nella tua pratica clinica?	
		%		%		%		%		%		%
sempre	381	30,63	155	12,47	294	23,82	311	25,1	209	16,85	183	14,7
frequentemente	309	24,84	465	37,41	594	48,14	369	29,7	451	36,37	362	29,1
Raramente	312	25,08	403	32,42	250	20,26	298	24	451	36,37	437	35,1
Mai	242	19,45	220	17,7	105	8,509	263	21,2	129	10,4	262	21,1
	1244	100	1243	100	1234	100,7	1241	100	1240	100	1244	100

Tabella 11. – Livello di applicazione delle raccomandazioni.

Come si evince dalla tabella n.11, l'applicazione delle raccomandazioni viene condotta in percentuali diverse, a seconda della tipologia della stessa. Quella maggiormente utilizzata è relativa alla gestione del catetere vescicale mentre la meno applicata riguarda la mobilitazione standard del paziente morente seguita da quella relativa al non utilizzo dei guanti in alternativa all'igiene delle mani con soluzione alcolica per l'esecuzione di manovre assistenziali prive di rischio biologico ed in particolare in presenza di un paziente portatore di batteri multi-resistenti agli antibiotici.

OSSERVAZIONI-RISPOSTE TOTALI E %	11.3 Quali sono le ragioni che possono ostacolare l'applicazione di tale raccomandazione?(indica le due più importanti)		12.3 Quali sono le ragioni che possono ostacolare l'applicazione di tale raccomandazione?(indica le due più importanti)		13.3 Quali sono le ragioni che possono ostacolare l'applicazione di tale raccomandazione?(indica le due più importanti)		14.3 Quali sono le ragioni che possono ostacolare l'applicazione di tale raccomandazione?(indica le due più importanti)		15.3 Quali sono le ragioni che possono ostacolare l'applicazione di tale raccomandazione?(indica le due più importanti)		16.3 Quali sono le ragioni che possono ostacolare l'applicazione di tale raccomandazione?(indica le due più importanti)		totale osservazioni	
		%		%		%		%		%		%		%
Difficoltà di modificare una pratica consolidata	574	27,73	417	19,51	548	26,93	366	18,08	411	15,86	715	35,50	3031	23,55
Presenza di prescrizione medica	477	23,04	138	6,46	127	6,24	148	7,31	263	10,15	16	0,79	1169	9,08
Mancata condivisione nell'equipe del piano di cura e/o progetto assistenziale	388	18,74	514	24,05	456	22,41	320	15,81	374	14,43	289	14,35	2341	18,19
Mancata accettazione della raccomandazione da parte di paziente e/o familiare	90	4,35	366	17,13	128	6,29	201	9,93	252	9,72	47	2,33	1084	8,42
Scarsa competenza	265	12,80	217	10,15	360	17,69	336	16,60	209	8,06	579	28,75	1966	15,27
Timore di sequele legali	63	3,04	232	10,86	149	7,32	109	5,39	412	15,90	24	1,19	989	7,68
Scarsità di tempo per dialogare e coinvolgere il	103	4,98	83	3,88	79	3,88	346	17,09	237	9,14	45	2,23	893	6,94
Eccessivo carico di lavoro	110	5,31	170	7,96	188	9,24	198	9,78	434	16,74	297	14,75	1397	10,85
Paura del contagio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	1	0,01
Paura di contaminazione	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,05	1	0,01
totale osservazioni	2070	100	2137	100	2035	100	2024	100	2592	100	2014	100	12872	100

Tabella 12. – Motivazioni che ostacolano l'applicazione della raccomandazione.

Nel complesso dai risultati emerge l'accordo dei professionisti alle raccomandazioni prese in esame a cui però non corrisponde un alto livello di applicazione nella pratica clinica. In questo caso infatti i dati offrono un quadro meno netto con un equilibrio tra chi descrive che la raccomandazione è applicata "sempre" o "frequentemente" e tra chi testimonia che l'applicazione avviene "raramente" o "mai" nella maggior parte delle raccomandazioni.

CONCLUSIONI

La letteratura scientifica esplorata non ha fornito elementi di confronto con i dati raccolti in questa survey. La consuetudine nelle attività sicuramente è molto rappresentata, il fattore tempo è ancora una dei fattori che determina le scelte che professionisti conducono nell'esercizio dell'attività professionale. Una suggestione particolare e che lascia spazio ad ampie riflessioni, si individua al secondo posto, e riguarda l'esistenza della prescrizione medica. L'autonomia professionale infermieristica, risente ancora di prescrizioni redatte da altre figure professionali? Il professionista ha una formazione che forse, non ha colmato alcuni ambiti e quelli esplorati forniscono numerosi spunti di riflessione che potrebbero essere colmati con diverse modalità, forse in primo luogo la diffusione capillare

della campagna e delle raccomandazioni nei professionisti impegnati nei contesti assistenziali e proporre la loro condivisione in occasioni formative universitarie, al fine di formare professionisti che, a partire dai corsi di laurea triennale, siano già attenti e sensibilizzati su questo versante e possano coinvolgere quelli già attivi nei diversi settori anche per lavorare in sicurezza nel rispetto della L. 24/2017.

Nonostante le premesse sopra-enunciate, emergono alcune riflessioni. Nel complesso l'incipit in forma negativa delle raccomandazioni potrebbe aver creato una distorsione nella risposta del professionista che potrebbe aver avuto difficoltà di risposta alla domanda sulla frequenza di applicazione di un "non comportamento". La "mancanza di condivisione del piano di cura all'interno dell'equipe di cura", specie quando accompagnato dall'ostacolo della "presenza di prescrizione medica" (come ad esempio il non utilizzo della "ginnastica vescicale" e il non utilizzare abitualmente la contenzione fisica per la prevenzione delle cadute accidentali) sembra descrivere contesti di lavoro in cui prevale un'organizzazione di tipo funzionale, non in grado di agevolare il lavoro di equipe e in cui l'autonomia professionale stenta a trovare applicazione.

Questo potrebbe trovare ragione anche nella "scarsa competenza" e nella "difficoltà di modificare una pratica consolidata", trasversalmente riconosciute come ostacolo all'applicazione delle raccomandazioni e che sembrano raccontare contesti che faticano ad adottare una vera e propria azione di gruppo nell'affrontare l'evolversi della pratica assistenziale verso modelli che vedono l'infermiere come regista e autore del piano di assistenza personalizzato.

Uno stimolo di riflessione è offerto dal fatto che a fronte di raccomandazioni in cui si chiede al professionista di "non agire dei comportamenti", i professionisti abbiano identificato "l'eccessivo carico di lavoro" come uno dei più frequenti ostacoli (il 4° in ordine decrescenti su 10 fattori proposti). Questo potrebbe essere espressione della difficoltà del professionista di rispondere tenendo presente che la raccomandazione è un "non comportamento", dall'altro potrebbe a sua volta confermare quando ipotizzato nelle precedenti righe. Merita una riflessione anche l'ostacolo del "timore di sequele legali". Nel complesso non rappresenta un fattore ostacolante frequentemente identificato, ma l'analisi stratificata sulla singola raccomandazione mette in evidenza come questo rappresenti il secondo fattore ostacolante (dopo il carico di lavoro) nel caso del "non fare ricorso abituale alla contenzione [...] per gestire il rischio di cadute" e il quarto nel caso del "non seguire i protocolli di mobilitazione e cura delle ldp "standard" nelle persone morenti".

In queste situazioni è possibile ipotizzare che il professionista si senta più esposto perché ad esempio nel primo caso, l'eventuale evento sentinella / esito negativo (la caduta) è per il familiare evidente e direttamente correlabile alla pratica assistenziale in misura maggiore di altri outcome quali le infezioni ospedaliere. Nel secondo caso invece la maggior vulnerabilità potrebbe essere legata alla richiesta di non aderire a "protocolli", strumenti di loro natura prescrittiva, e dal timore che la loro violazione potrebbe erroneamente essere vista dai congiunti della persona come un'omissione che può aver modificato la sopravvivenza del proprio caro.

Infine le riflessioni e le ipotesi che nascono dai risultati di questa *survey* nazionale meriterebbero una rivisitazione alla luce di analisi contestualizzate, rappresentando a tutti gli effetti un punto di partenza per progetti di miglioramento dell'organizzazione e della qualità dell'assistenza ad opera delle direzioni delle professioni sanitarie e dei coordinatori infermieristici ai differenti livelli. Non possiamo infatti escludere che la conduzione di un'indagine all'interno delle differenti Aziende/Servizi potrebbe offrire un quadro più eterogeneo, aprendo alla possibilità di rapportare i risultati dell'indagine con le politiche gestionali messe in atto e/o di condurre un'analisi qualitativa sulle motivazioni e le opinioni dei singoli professionisti rispetto ad esempio al proprio accordo con la raccomandazione e/o ai fattori indicati come ostacolanti l'applicazione e all'analisi dell'entità dello scostamento della pratica assistenziale dalle raccomandazioni. Sarebbe, ad esempio, interessante capire se quando il professionista testimonia la scarsa competenza fa riferimento a sé stesso o al gruppo di lavoro oppure quali sono le motivazioni della scarsa condivisione dei piani di assistenza e se ritiene che come professionista abbia l'autorità e la volontà di farsi promotore del cambiamento. Si potrebbe inoltre rapportare questi dati con la gestione dei bisogni formativi e la definizione dei profili di competenza degli infermieri all'interno delle singole realtà.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

RINGRAZIAMENTI

Un particolare ringraziamento oltre alla FNOPI che ha voluto dedicare un progetto alla Slow medicine, deve essere rivolto alle associazioni di tecnico-scientifiche che, con dedizione, svolgono attività verso i pazienti affetti da diverse condizioni patologiche.

SITOGRAFIA

Bonaldi A., Venero S., *Slow Medicine: un nuovo paradigma in medicina*, www.slowmedicine.it.

<https://snlg.iss.it/?p=123>.

<https://www.dimensioneinfermiere.it/possibile-parlare-oggi-slow-nursing-iniziamo-dai-sette-buoni-propositi/>.