



L'assistenza infermieristica alla persona con melanoma nella realtà italiana

Daniela Mecugni

*Coordinatore di tirocinio e docente del CL in Infermieristica, Università di Modena e Reggio Emilia, sede Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia
e-mail: daniela.mecugni@asmn.re.it*

Alessandra Archenti

*Infermiera, U.O. di Chirurgia, P.O. di Guastalla,
A.U.S.L. di Reggio Emilia*

Abstract

Gli scambi di esperienze formative e di ricerca, di docenti e di studenti attraverso il Progetto Socrates-Erasmus rappresentano un'interessante occasione per mettere a confronto gli approcci di differenti Paesi dell'Unione Europea nella prevenzione, diagnosi, cura e assistenza di specifiche problematiche sanitarie. In questo lavoro, sono studiati i modelli sanitari dedicati all'assistenza alla persona portatrice di melanoma adottati in due differenti realtà europee: l'Italia (e, in particolare, l'ambulatorio di Dermatologia dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia) e l'Irlanda del Nord (Belfast City Hospital). Oggetto di analisi e di confronto sono stati i modelli di prevenzione e screening del melanoma, uno dei tumori più invasivi della cute, e il ruolo assicurato dall'infermiere in tale ambito, anche attraverso l'approfondimento critico del livello di preparazione universitaria previsto e delle responsabilità effettivamente affidate all'assistenza infermieristica.

Parole chiave: *melanoma, prevenzione, diagnosi, assistenza, formazione*

INTRODUZIONE

Il melanoma è uno dei tumori più invasivi della cute, per la sua rapida crescita, per la frequenza e rapidità nella formazione di metastasi. Esso rappresenta il 5% dei tumori maligni. L'incidenza del melanoma nella popolazione bianca è recentemente aumentata con un indice superiore a qualsiasi altro tumore, ad eccezione del cancro del polmone nelle donne, con un incremento del 5-7% annuo nei Paesi occidentali industrializzati. I più elevati tassi d'incidenza sono stati riscontrati in Australia (40/100.000 abitanti, per l'associazione tra il fototipo cuta-

neo chiaro della popolazione celtica e una forte esposizione al sole), in Nuova Zelanda e nei Paesi del Nord Europa. In Italia, i tassi standardizzati d'incidenza sulla popolazione sono del 9,97/100.000 negli uomini e del 8,24/100.000 nelle donne (dati 1998-99)^{1,2}. Nei soggetti giovani l'incidenza è in aumento, mentre in passato il melanoma colpiva soprattutto la popolazione anziana³. Tale problematica rimane relativamente poco conosciuta ed è considerata poco rilevante sia tra la popolazione, sia tra il personale sanitario^{4,5}.

Nell'ambito delle attività didattiche previste

dal Piano di Studi del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Modena e Reggio Emilia, sono stati avviati contatti con Università di altri Paesi dell'U.E. per lo scambio di esperienze, docenti e studenti (Progetto Socrates-Erasmus). Tale contesto ha rappresentato la concreta occasione per studiare natura, scopi e caratteristiche dei servizi sanitari dedicati alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e all'assistenza della persona portatrice di melanoma in due differenti realtà europee: l'Italia e l'Irlanda del Nord, dove ha sede il Belfast City Hospital, con il quale sono stati stabiliti formali rapporti di scambio scientifico e culturale.

EPIDEMIOLOGIA

In base ai dati riguardanti il melanoma raccolti nel "Northern Ireland Cancer Registry", il Registro Nazionale Tumori del Nord Irlanda⁶, e presso il Registro Tumori di Reggio Emilia⁷, si

osservano valori assoluti e relativi di incidenza e mortalità relativamente simili (si vedano le figure 1, 2, 3 e 4).

Andamenti relativamente simili in aree geografiche così distanti tra loro possono trovare spiegazione nella combinazione dei principali fattori di rischio per l'insorgenza del melanoma: gli effetti dell'irraggiamento solare in un determinato luogo e il fototipo della popolazione ivi residente. In Irlanda del Nord l'irraggiamento solare è piuttosto limitato, per effetto sia della latitudine, sia del clima piovoso di questa regione; il fototipo della popolazione irlandese è tuttavia povero di melanina, con carnagione e occhi tendenzialmente chiari, spesso associati a capelli di colore rosso; tali persone sono quindi maggiormente esposte agli effetti solari sulla cute. In Italia, l'irraggiamento solare è abbastanza elevato, specialmente nella parte meridionale della penisola, per la diversa latitudine. Questo è

Figura 1. Incidenza del melanoma nel periodo 1996-2003 nella popolazione maschile: confronto Reggio Emilia e Ulster

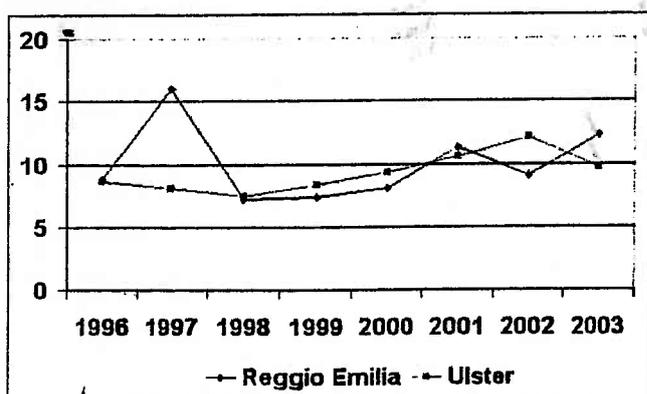


Figura 2. Incidenza del melanoma nel periodo 1996-2003 nella popolazione femminile: confronto Reggio Emilia e Ulster

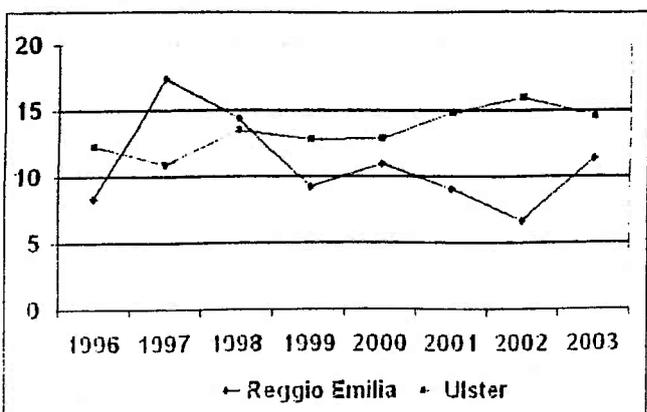


Figura 3. Mortalità per melanoma nel periodo 1996-2003 nella popolazione maschile: confronto Reggio Emilia e Ulster

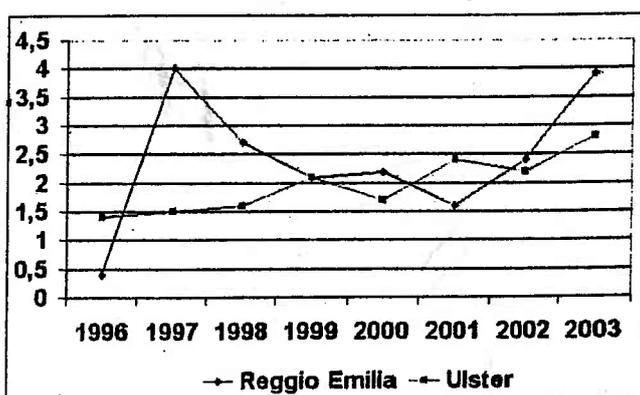
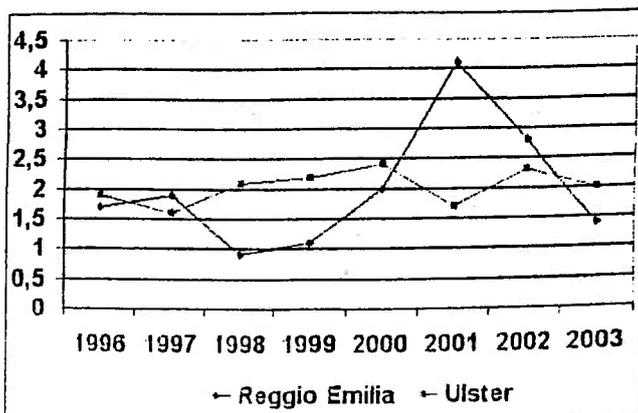


Figura 4. Mortalità per melanoma nel periodo 1996-2003 nella popolazione femminile: confronto Reggio Emilia e Ulster



un fattore di rischio molto importante, poiché l'irraggiamento solare eccessivo è una delle possibili cause del melanoma. Il fototipo della popolazione italiana però rimane più pigmentato rispetto a quello irlandese, con maggior protezione alle ustioni solari. Nei dati di Reggio Emilia relativi al 1997⁷, si registra un picco di incidenza maggiore del melanoma, sia per i maschi sia per le femmine. Tutto ciò trova spiegazione nel fatto che proprio nel periodo 1996-1997 si sono realizzate consistenti campagne di prevenzione e diagnosi precoce del melanoma, prima non presenti sul territorio emiliano. Infatti, il 'Progetto Melanoma' e lo 'Skin Cancer Day'⁸ hanno sensibilizzato maggiormente la popolazione e hanno permesso ai professionisti in campo sanitario di valutare un numero maggiore di soggetti. L'incremento dell'incidenza nel 1997 può dunque essere imputato all'aumento dei soggetti visitati e che hanno avuto diagnosi di melanoma. La percentuale di mortalità dovuta a melanoma si è mantenuta stabile negli anni sia in Italia, sia in Irlanda del Nord, con dati in aumento per i maschi di entrambe le località. Questo fenomeno può essere attribuito all'elevata malignità del melanoma poiché, pur essendo incrementato il numero di persone sottoposte a screening, l'eventuale diagnosi precoce di tale lesione cancerosa spesso non garantisce un miglioramento della prognosi.

FORMAZIONE INFERMIERISTICA IN ITALIA E IN IRLANDA DEL NORD

Nel nostro Paese, la formazione dell'infermiere si realizza in ambito universitario dal 1996 e nel 2001 è stato istituito il Corso di Laurea in Infermieristica. Obiettivo del Corso è formare professionisti capaci di fornire prestazioni di tipo preventivo, curativo, riabilitativo e palliativo nei confronti delle persone sane e malate, delle famiglie e delle comunità. L'infermiere è un operatore sanitario che partecipa direttamente all'identificazione dei bisogni di salute della persona, formula i relativi obiettivi, pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico, agendo sia individualmente sia in collaborazione con altri operatori sanitari e sociali. Le attività formative del Corso di Laurea in Infermieristica prevedono un percorso triennale strutturato in quattro diversi ambiti: la teoria (con didattica formale svolta attraverso lezioni

frontali); l'attività di laboratorio (svolta sotto la supervisione di tutor e personale esperto negli ambiti specifici, allo scopo di far acquisire in modo sistematico e graduale abilità pratiche in un apposito spazio corredato da strumenti diagnostici); l'attività di tirocinio (svolta in collaborazione con vari tipi di strutture, quali ospedali, RSA, strutture territoriali ecc., durante la quale lo studente, affiancato a un infermiere esperto, può applicare le conoscenze teoriche e pratiche apprese); l'autoapprendimento, che comprende il tempo lasciato allo studente per lo studio e l'approfondimento autonomo di argomenti, per motivare la ricerca personale). Il Corso di Laurea in Infermieristica comprende un elevato numero di materie curriculari, suddivise nelle aree delle discipline propedeutiche (come la chimica o la fisica), delle discipline sociali e umanistiche (sociologia, pedagogia, scienze demotnoantropologiche ecc.), delle discipline mediche generali e specialistiche (chirurgia, medicina ecc.) e delle diverse branche delle discipline infermieristiche (infermieristica generale, organizzazione infermieristica, metodologia dell'assistenza, infermieristica clinica applicata ecc.). Questa impostazione, sensibilmente diversa da quella che caratterizza altri Paesi europei, permette la formazione di professionisti molto preparati sul piano teorico. Infatti, tali conoscenze permettono allo studente di effettuare valutazioni, di prendere decisioni e di compiere quelle azioni della propria pratica professionale, essendo "consapevole di ciò che sta facendo e dei motivi per cui lo sta facendo"⁹. Questo tipo di ordinamento didattico tuttavia lascia poco tempo all'apprendimento pratico, cioè al tirocinio, e questo rappresenta ancora un punto di criticità del modello formativo italiano.

La formazione infermieristica, dopo il conseguimento della laurea triennale, può proseguire con il Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, che riconosce, tra gli altri, l'obiettivo di fornire allo studente una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata qualificazione in ambiti specifici organizzativi, formativi, di ricerca e clinici. Inoltre, le Università possono attivare corsi di perfezionamento scientifico alla conclusione dei quali sono rilasciati i Master universitari di primo e di secondo livello.

La formazione degli infermieri in Gran

Bretagna viene da molti anni affidata a corsi universitari appositamente istituiti. Il percorso formativo degli studi infermieristici e ostetrici si divide in corsi pre-registration e post-registration^{10, 11, 12}. L'ammissione ai primi richiede il possesso di un diploma di scuola media superiore. Questi corsi durano tre anni e forniscono sia una preparazione di base, sia una specializzazione nell'ambito di uno specifico indirizzo scelto dallo studente: assistenza agli adulti, assistenza a pazienti affetti da malattie mentali, assistenza ai portatori di handicap, assistenza in ambito pediatrico.

I corsi post-registration (o post-qualification) rappresentano percorsi di formazione che si possono seguire una volta che si è superato con successo il corso pre-registration. Con questi ultimi, si possono ottenere due qualifiche: una è di tipo accademico (Diploma Dip HE o Degree BSc o BN) e una di tipo professionale che consente di aderire al Nursing and Midwifery Council e ottenere ulteriori qualifiche. In Gran Bretagna la formazione degli infermieri è fortemente centrata su materie di pertinenza infermieristica e, durante il percorso di studi, vengono sperimentati numerosi modelli di assistenza, solitamente diversificati in relazione alla tipologia di reparto. Uno dei punti deboli di questo tipo di formazione è il fatto che la formazione teorica su molte materie (ad esempio, fisiologia o farmacologia) viene lasciata alla libera gestione dello studente, non essendoci né una docenza formale né un sistema di valutazione riguardanti queste materie. Ad esempio, lo studente è tenuto a conoscere, attraverso l'autoformazione, i particolari della terapia del paziente che ha preso in carico, e che gli verranno richiesti dai Lecturer (ovvero i tutor) dell'Università, ma non è tenuto a conoscere i principi di farmacocinetica e farmacodinamica. In questo modo lo studente, e quindi il futuro infermiere, viene spinto ad apprendere il minimo necessario su argomenti importanti che non ha mai trattato e sui quali non è mai stato valutato. Un punto di forza del sistema britannico consiste invece nella formazione post-laurea. L'infermiere appena assunto viene affiancato a un collega esperto per un periodo variabile, può essere di alcune settimane, ma più spesso dura alcuni mesi, in relazione all'esperienza del neo-assunto e alla complessità del nuovo reparto. Alla fine di questo periodo di

affiancamento e prima di iniziare a lavorare in piena autonomia, l'infermiere svolge un corso di formazione post-laurea relativo alla sede clinica in cui lavora, che può durare alcuni mesi e che il professionista frequenterà durante la settimana lavorativa attraverso permessi retribuiti per la formazione^{10, 11, 12}. Questi corsi hanno lo scopo di fornire al professionista abilità e competenze specifiche alla tipologia e alle caratteristiche dei pazienti che devono essere assistiti, in un'ottica di presa in carico di tipo olistico della persona.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN DERMATOLOGIA IN ITALIA E IN IRLANDA DEL NORD

In Italia nell'ultimo decennio, la professione infermieristica ha visto evolvere notevolmente i percorsi accademici e professionali, in direzione di una maggiore richiesta di competenza professionale. La preparazione universitaria, non più affidata alle scuole professionali, ha dato finalmente una formazione di livello più elevato, valorizzando e responsabilizzando il professionista infermiere. In Europa, quasi tutti i Paesi forniscono da anni una formazione universitaria agli infermieri e l'Italia è stato uno degli ultimi Stati membri dell'Unione Europea ad adeguarsi. Per quanto riguarda i provvedimenti legislativi relativi all'esercizio professionale, la svolta reale si ha nel 1999 con l'approvazione della legge n. 42 ("Disposizioni in materia di professioni sanitarie"), attraverso la quale si è provveduto a conferire all'infermiere un campo proprio di attività e di responsabilità (fondato sul profilo professionale, sull'ordinamento didattico e sul codice deontologico), abolendo il mansionario, uno strumento che vincolava la crescita professionale della figura infermieristica. La legge 10 agosto 2000, n. 251 ("Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica") ha inoltre contribuito a determinare un cambiamento fondamentale, affermando che l'infermiere agisce con autonomia professionale e utilizzando "metodologie di lavoro per obiettivi dell'assistenza".

In ambito dermatologico, l'obiettivo principale del personale infermieristico, occupandosi di pazienti affetti da melanoma, è seguire nelle varie fasi i pazienti che vengono sottoposti a interventi chirurgici per la rimozione delle neoformazioni^{13, 14, 15}. L'infermiere si occupa di

assistere il paziente durante l'intero iter pre, intra e post-operatorio, assicurandosi che esso riceva l'assistenza adeguata¹⁶ e attivandosi in modo che il paziente si presenti nelle migliori condizioni psico-fisiche all'intervento^{17, 18, 19}.

Comparando l'approccio adottato presso l'Ambulatorio di Dermatologia dell'Arcispedale Santa Maria Nuova a Reggio Emilia e quello del Belfast City Hospital è possibile formulare alcune considerazioni riguardo a queste due diverse realtà sul ruolo esercitato dall'infermiere. In Italia, non esiste ancora una formazione post-base specifica in ambito dermatologico e per la gestione dei pazienti affetti da melanoma, in particolare per quanto riguarda la prevenzione e l'educazione alla salute. In Gran Bretagna l'infermiere ricopre un ruolo essenziale nell'assistenza ai pazienti dermatologici e gli viene riconosciuta una professionalità e un'autonomia forse maggiori che in Italia. Qui l'infermiere svolge un ruolo attivo nella presa di decisioni riguardante il paziente, partecipa sistematicamente alla gestione delle informazioni cliniche attraverso l'adozione di un'unica cartella clinica multidisciplinare, spesso computerizzata, utilizzata da tutti i professionisti, medici e infermieri compresi. In essa, parte rilevante è rappresentata dal piano d'assistenza infermieristica che l'infermiere progetta e che viene aggiornato regolarmente, almeno una volta al giorno e ogni volta che il paziente viene visitato in ambulatorio, se si tratta di paziente esterno. Gli infermieri specializzati, riconoscibili anche per una divisa ospedaliera diversa dai colleghi, possono ricoprire vari ruoli all'interno di una struttura ospedaliera o esterna:

- possono coadiuvare il medico nell'assistenza ai pazienti in reparto o in ambulatorio;
- possono gestire in autonomia un ambulatorio infermieristico in cui fare educazione, prevenzione e diagnosi di diverse patologie;
- possono svolgere consulenze nei reparti, convocati da medici o colleghi;
- possono svolgere il ruolo di educatore verso i colleghi riguardo il proprio ambito di competenze.

Presso il Belfast City Hospital, l'infermiere specializzato in dermatologia, che ha seguito corsi post-registrazione, compreso quello per la prescrizione infermieristica di farmaci, può gestire in autonomia un settore infermieristico dermato-

logico autonomo improntato sulla diagnosi precoce del melanoma e sul trattamento delle lesioni sospette all'interno del Day Hospital di Dermatologia dell'ospedale. Questo infermiere può fare diagnosi, fare piccoli interventi chirurgici e svolgere attività educativa²⁰ verso i pazienti in completa autonomia, rivolgendosi ai medici dermatologi presenti nel Day Hospital in caso di dubbio o necessità particolari. Questa funzione risulta importante anche per rendere consapevoli le persone che accedono al settore infermieristico dermatologico del rischio del melanoma e sensibilizzarle sull'importanza di eseguire controlli anche in zone del corpo poco visibili, in particolar modo per quanto riguarda i bambini e gli anziani non in grado di controllarsi da soli. Per poter raggiungere un elevato numero di persone e promuovere la massima adesione a un programma di controlli su lesioni sospette, è stata creata la struttura delle "walk-in clinic"²¹ o cliniche a libero accesso. In queste strutture, gli infermieri specializzati in dermatologia e che normalmente lavorano presso i dipartimenti di dermatologia, ricoprono un ruolo fondamentale. Essi infatti svolgono in autonomia le procedure di screening su parte degli utenti che accedono alla struttura, mentre medici dermatologi effettuano altri tipi di visita. Questo modello consente di poter offrire un numero maggiore di prestazioni in un solo giorno. Dagli studi effettuati risulta inoltre che, mentre alcune categorie di utenti - quali gli anziani - preferiscono essere visitati da medici, gli utenti più giovani preferiscono fare riferimento a un infermiere. L'infermiere viene preferito sia perché l'utente si sente meno a disagio a parlare con una figura che ritiene "più vicina a sé", sia perché utilizza un linguaggio più semplice, meno tecnico di quello utilizzato spesso dai medici dermatologi. L'istituzione di questa nuova struttura per la diagnosi precoce di melanoma nell'Irlanda del Nord è giustificata dall'incremento costante del numero di casi di questa patologia in Ulster. La prima "walk-in clinic" sorse nel 1999 presso la clinica dermatologica per pazienti esterni all'ospedale durante la "Melanoma Awareness Week", la settimana di conoscenza del melanoma, un programma di screening organizzata dalla "British Association of Dermatologists" per aumentare la conoscenza e promuovere la diagnosi precoce dei tumori della pelle.

INIZIATIVE PER LA PREVENZIONE IN ITALIA E IN IRLANDA DEL NORD

La ricerca scientifica molto ha fatto in ambito di diagnosi precoce e terapia del melanoma, tuttavia la prevenzione risulta, a tutt'oggi, un approccio irrinunciabile per la riduzione degli indici di mortalità riferiti a questa patologia. Mirato all'obiettivo di diffondere la cultura della prevenzione del melanoma, ogni anno si svolge in Italia lo "Skin Cancer Day", promosso dalla SIDeMasT (Società Italiana di Dermatologia medica, Chirurgica, Estetica e delle Malattie Sessualmente Trasmesse) e dalla ADOI (Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani). In questa giornata, i medici dermatologi operano su tutto il territorio nazionale per informare ed educare la popolazione sul rischio legato ai tumori cutanei, per fornire indicazioni utili sui comportamenti da adottare per prevenire tali patologie, effettuando visite gratuite con l'obiettivo di identificare l'eventuale presenza di neoformazioni cutanee il più precocemente possibile. L'iniziativa non vuole esaurirsi nel limitato spazio di una giornata, ma diventare un valido sostegno per una prevenzione duratura. Un soggetto educato, secondo gli organizzatori, equivale infatti a un soggetto salvato, poiché intervenendo in tempo sarà possibile sfruttare i vantaggi offerti dalle nuove terapie. Purtroppo, questa iniziativa⁷ rimane non nota alla maggioranza della popolazione. L'Azienda USL di Reggio Emilia ha istituito il "Progetto Melanoma", che prevede l'attività di vari ambulatori situati su tutto il territorio della provincia di Reggio Emilia. Questi ambulatori effettuano visite dermatologiche gratuite a tutte le persone oltre i 25 anni, con lo scopo di fare diagnosi precoce di melanoma e di individuare lesioni cutanee che necessitano di essere asportate. Per l'accesso all'ambulatorio è necessario ottenere una richiesta da parte del proprio medico curante. Il programma di prevenzione e diagnosi precoce del melanoma in Irlanda del Nord prevede diversi approcci. A tale scopo, per sensibilizzare la popolazione, vengono utilizzati dei manifesti distribuiti in tutti gli ambulatori di dermatologia e dei medici di famiglia (General Practitioner), in modo da essere visibili al maggior numero di persone. Questi manifesti, con linguaggio piuttosto semplice, ricordano le piccole attenzioni da tenere per prevenire tumori alla cute. Un

altro mezzo estremamente utile per la prevenzione consiste nell'utilizzo dei media, attraverso articoli e pubblicità sui giornali; questo tipo di informazioni viene divulgato sia con articoli abbastanza tecnici riportanti dati, statistiche e notizie specifiche, sia attraverso pubblicità a fumetti, con un linguaggio più semplice e quindi fruibile a tutti. Inoltre, per riuscire a raggiungere il maggior numero di persone con il programma di prevenzione e diagnosi precoce sono previste varie giornate durante l'anno dedicate a visite gratuite alla popolazione²¹. Le giornate dedicate al melanoma vengono rese note attraverso l'affissione di manifesti in tutti gli ospedali della zona, negli ambulatori dei medici di famiglia e in luoghi di pubblica affissione. Durante questo periodo è prevista anche la presenza di infermieri specializzati in dermatologia, che possono occuparsi di queste visite in autonomia oppure in collaborazione con medici dermatologi poiché essi hanno svolto uno o più corsi di specializzazione in dermatologia (quali dermatologia generale e chirurgia in dermatologia). Lo screening di base effettuato da tali infermieri può essere supportato da una successiva visita del medico dermatologo, che può confermare la diagnosi o chiarire situazioni di dubbio.

CONCLUSIONI

Le strategie adottate dai sistemi sanitari dell'Italia e del Regno Unito (di cui è parte l'Irlanda del Nord) per la prevenzione e lo screening efficace del melanoma differiscono in alcuni aspetti e, in particolare, per il ruolo ricoperto dall'infermiere.

In Italia lo screening è affidato agli ambulatori di dermatologia, gestiti da medici dermatologi coadiuvati da infermieri. La visita dei pazienti, il compito di fare diagnosi e la decisione del percorso che il paziente con melanoma sospetto o conclamato dovrà seguire, sono riservati esclusivamente ai medici. L'infermiere presta assistenza nel caso sia necessario un intervento chirurgico per rimuovere la lesione e svolge il ruolo di educatore.

In Irlanda del Nord l'infermiere di dermatologia può ricoprire vari ruoli a seconda della formazione e della specializzazione acquisita. L'infermiere può svolgere un ruolo di coadiutore del medico dermatologo oppure svolgere compiti e visite in autonomia fino, nei casi di

infermieri altamente specializzati, a gestire autonomamente un ambulatorio, dove si occupa di tutto il percorso del paziente (visita dermatologica, esami pre-operatori, intervento chirurgico, follow-up). In caso di lesioni dubbie o casi particolari, il paziente viene inviato presso un medico dermatologo e viene preso in carico da una struttura dedicata. Questo modello permette, rispetto a quello italiano, di valorizzare l'infermiere nelle sue potenzialità e capacità, permettendo ad esso di lavorare in autonomia. Tuttavia il modello britannico mostra delle lacune nel momento in cui il paziente si deve rivolgere a un altro professionista o a un'altra struttura per cure più specializzate; questo passaggio, oltre a costituire un disagio per il paziente, può comportare la perdita di tempo prezioso e la presa in carico del paziente da una struttura sanitaria all'altra può creare discontinuità e frammentarietà nell'assistenza.

Le differenze di ruolo dell'infermiere tra Italia e Irlanda del Nord nascono sia da una cultura professionale differente, sia da un differente modello di formazione. In Italia, la formazione degli infermieri nasce a livello universitario solo da alcuni anni, in passato era affidata alle scuole professionali gestite dalle strutture sanitarie. Questo passato non ha consentito all'infermiere di ottenere il riconoscimento di un ambito di autonomia, responsabilità e competenza professionale. L'ingresso della formazione infermieristica in ambito universitario ha delineato la figura dei laureati infermieri che devono possedere una formazione professionale avanzata per intervenire con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali, formativi e di ricerca in risposta ai problemi prioritari di salute della popolazione. L'evoluzione dei percorsi accademici è stata affiancata dall'emanazione di provvedimenti legislativi relativi all'esercizio professionale quali l'istituzione del profilo professionale, il nuovo codice deontologico, l'abrogazione del mansionario e l'approvazione della legge n. 251/2000. Tali provvedimenti hanno conferito all'infermiere il ruolo di professionista come figura più autonoma e responsabile del risultato del proprio esercizio, capace di lavorare per obiettivi mettendo al centro del proprio lavoro il continuo miglioramento dell'assistenza infermieristica all'utente. In Italia, tuttavia, non esiste ancora una formazione post-base specifica in

ambito dermatologico relativo alla gestione dei pazienti affetti da melanoma e in particolare per quanto riguarda la prevenzione e l'educazione alla salute.

Nell'Ulster, e più in generale in Gran Bretagna, la formazione degli infermieri in ambiti specialistici, quali la dermatologia, ha permesso di creare professionisti in grado di gestire in autonomia un ambulatorio infermieristico in cui è possibile fare educazione, prevenzione e screening di base del melanoma. Per esportare il modello britannico in Italia sarebbe necessario fornire agli infermieri un'adeguata formazione in ambito dermatologico. Spesso un sospetta lesione cutanea viene identificata non tanto dal paziente ma da parenti o persone che notano un "nevo di brutto aspetto". Anche gli infermieri che operano nei diversi reparti di degenza, in numerose occasioni durante la giornata, hanno modo di valutare la cute del paziente (durante l'igiene personale, mentre effettuano medicazioni, durante la somministrazione della terapia ecc.). Se questi infermieri fossero istruiti in merito al riconoscimento dei melanomi e delle lesioni sospette, si potrebbe svolgere un'importante funzione di screening rivolta a pazienti che altrimenti non verrebbero controllati, che non conoscono il melanoma o che non sanno come riconoscerlo.

NOTE

1. Wiggins C. "The current epidemiology of cutaneous malignant melanoma". *Front Bioscience* 2006; 11: pp. 35-47.
2. Dryden H., Whyte F., "Comparison of cutaneous malignant melanoma in two different european countries". *Journal of Cancer Nursing* 1997; 4: pp. 42-43.
3. Rusciani L., "Studio di nuovi fattori prognostici utilizzabili nella stadiazione e progressione del melanoma", 2006; Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.
4. Freak J., "Nurse's role in public education on the risks of skin cancer". *Nursing Times* 1999; 25: pp. 30-33.
5. Maguire-Eisen M., Frost C., "Knowledge of malignant melanoma and how it relates to clinical practice among nurse practitioners and dermatology and oncology nurses". *Cancer Nursing* 1994; 17: pp.457-463.
6. Northern Ireland Cancer Registry. Malignant Melanoma 1996-2004, Queen's University of Belfast.
7. Mangone L., Rondini E., Paterlini L., Serra L., Bedeschi M., Gambarelli G., Zoboli A., Cantela S., "Tumori in Provincia di Reggio Emilia nel periodo 1996-2003". *Collana Progetto Salute n. 9 - Registro Tumori*: pp. 52-53.
8. SIDeMaST - Società Italiana di Dermatologia Medica e Malattie Sessualmente Trasmesse, ADOI -

- Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani: Progetto "Skin Cancer Day", consultabile in: <http://www.skincancerday.it>.
9. Motta P., "Protocolli infermieristici: un inquadramento concettuale e metodologico". *Nursing Oggi* 1998; 4: pp.1-5.
 10. Queen's University of Belfast. Health Assessment for Non-Medical Prescribing. Book of Models for post-graduated students 2005-2006, consultabile in: <http://www.qub.ac.uk>.
 11. Queen's University of Belfast. Skin Disorders and Delivery of Care in Dermatology. Book of Models for post-graduated students 2005-2006, consultabile in: <http://www.qub.ac.uk>.
 12. Queen's University of Belfast. Surgical Issues in Dermatology and Tissue Viability. Book of Models for post-graduated students 2005-2006, consultabile in: <http://www.qub.ac.uk>.
 13. Noel S., Strohl R., "The management of high-risk melanoma: staging, treatment, and nursing issues", *Dermatol Nursing* 2002; 14: pp. 363-372.
 14. Pisani M., "Tumori epiteliali maligni della cute: trattamento chirurgico e strumentario". *ARDAO* 2002; 2: pp. 1-5.
 15. AA. VV., "Profili distintivi del Day Hospital Medico Unificato. Ruolo dell'infermiere". a cura del Day Hospital Unificato Ambulatorio di Dermatologia 2005, Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia.
 16. Cascinelli N. et Al., Progetto Oncologia. Basi scientifiche per le linee guida del melanoma cutaneo, 2000: pp: 64-69. consultabile in: <http://www.progettooncologia.cnr.it>.
 17. Sorrentino M., "L'infermiere di Day Surgery: l'insostituibile ruolo professionale e gestionale". Istituto Nazionale per lo Studio e la cura dei tumori di Milano. Atti del XII Corso Nazionale per Infermieri dell'area chirurgica, Milano, 20-22 marzo 2003.
 18. Stationery Office Northern Ireland. A strategy for the prevention, diagnosis and treatment of malignant melanoma and other skin cancers in Northern Ireland. DHSS 2002.
 19. Varini D., Petrillo M., "Procedura per il paziente dermatologico che deve essere sottoposto ad intervento dermochirurgico". Day Hospital Unificato Ambulatorio di Dermatologia, Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia.
 20. Wang S.Q., Kopf A.W., Koenig K., Polsky D., Nudel K., Bart R.S., "Detection of melanomas in patients followed up with total cutaneous examinations, total cutaneous photography, and dermoscopy. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2004; 50: pp.15-20.
 21. McCormack I. et Al., "Evaluating a walk-in clinic for detecting skin cancers". *Nursing Standard* 2002; 41: pp. 33-36.
 22. Phelan D.L., Oliveira S.A., Christos P.J., Dusza S.W., Halpern A.C., "Skin Self-Examination in patients at high risk for melanoma: a pilot study". *Oncology Nursing Forum* 2003; 30: pp.1029-1036.