



Cronaca regionale:
Autonomia e collaborazione
nella valutazione delle tossicità
da chemioterapia

L'eterogeneità come opportunità

Approfondimenti:
L'interprofessionalità:
una scelta o un destino?

Visibilità:
Io l'ho incontrata!!!





Periodico d'informazione sulle
attività dell'associazione svizzera
infermiere/i

Allegato alla rivista
"Cure infermieristiche" 12/16

Segretariato ASI

Via Simen 8
CH-6830 Chiasso
Tel. 091 682.29.31
Fax 091 682.29.32
E-mail:
segretariato@asiticino.ch
Sito internet:
www.asiticino.ch

Redazione

Rosanna Amoruso
Mariano Cavolo
Véronique Dayan
Christian Musso
Laura Simoni
Michela Tomasoni

Supervisione

Pia Bagnaschi

Grafica e stampa

Arti grafiche Veladini, Lugano
www.veladini.ch

Foto copertina: Illustrazione di Véronique Dayan

Quest'anno il premio di Fr 300.- che il comitato ASI-SBK sezione Ticino offre a chi partecipa ad arricchire la copertina del numero natalizio della rivista viene devoluto alla Fondazione CHABA Adozioni- Locarno

Accogliamo con piacere, articoli, progetti da pubblicare, non esitate a contattarci all'indirizzo:
segretariato@asiticino.ch.

Le indicazioni in merito alla forma del testo sono pubblicate sul sito della sezione e possono essere scaricate direttamente:

www.asiticino.ch/index.php?id=96

SOMMARIO

Dicembre 2016 - n. 4

3 Editoriale

Cronaca regionale

4 Autonomia e collaborazione nella valutazione delle tossicità da chemioterapia (Elisa Corti)

7 Aspetti gestionali per un'efficace cooperazione in ospedale. L'eterogeneità come opportunità (Irena Hegglin)

Approfondimenti

10 L'interprofessionalità: una scelta o un destino? (Vincenzo D'Angelo)

Visibilità

12 Io l'ho incontrata!!! (Gloria Camillo)

Invito alla lettura

14 Michele Serra, Ognuno potrebbe

Informazioni

14 Iniziativa popolare sulla responsabilità infermieristica. Prossima raccolta firme

Cambio categoria membri ASI-SBK

15 Informazioni ASI-SBK Sezione Ticino

Agenda

16 Calendario corsi

La qualità della comunicazione in équipe



Nelle organizzazioni sanitarie moderne l'approccio multiprofessionale integrato viene sempre più frequentemente proposto come condizione essenziale per garantire efficacia e continuità delle cure. Contestualmente emerge la necessità di coordinare atti, azioni e comportamenti che coinvolgono una complessa rete di professionisti (siano essi infermieri, medici, operatori socio-sanitari, personale di supporto), con background, competenze, esperienze e punti di vista diversi, che spesso si susseguono o si affiancano nel processo di cura del paziente. L'interesse per le équipes multiprofessionali, così come emerge dalla vastissima letteratura prodotta in questi ultimi trenta anni, sembra essersi tuttavia concentrato prevalentemente sulla descrizione di criteri, dinamiche e barriere al loro efficace funzionamento, piuttosto che sulla ricerca di una chiara ed univoca definizione concettuale.

Questo numero monotematico di InfoASI si propone quindi di descrivere lo stato attuale delle conoscenze su questo tema, mediante la proposta di articoli descrittivi, ma anche narrativi e propositivi attorno al tema della collaborazione multidisciplinare.

Sotto il profilo professionale l'infermiere si è infatti finalmente visto riconoscere una propria sfera di autonomia, complementare ma ben distinta dall'attività di diagnosi e cura attribuita al medico.

Dal punto di vista funzionale, l'infermiere è da tempo entrato quindi di diritto nell'équipe multidisciplinare, in quanto portatore di uno specifico sapere e in quanto detentore di specifiche competenze riferite alla risoluzione dei bisogni di assistenza infermieristica. Tuttavia sembra possibile affermare che il problema della relazione all'interno dell'équipe sia oggi sentito dalla maggior parte degli operatori. Tanto da porre una particolare attenzione alla qualità delle caratteristiche dello scambio delle informazioni, che risulta essere un elemento essenziale per erogare assistenza che possa soddisfare appieno il paziente. Non è infatti possibile pensare che se i dati che i professionisti si scambiano sono nutriti da incomprensioni, dinamiche di potere e fraintendimenti, al paziente arrivino informazioni chiare ed esaustive.

Nello specifico della comunicazione fra infermieri e medici, per esempio, è opportuno mirare al concetto di qualità, inteso come scambio di dati efficace ed esplicativo, così da avere un punto di partenza per lo sviluppo e miglioramento continuo dell'assistenza. In virtù di una comunicazione di qualità si possono avere degli effetti anche sul clima lavorativo dell'équipe, rendendolo, per i professionisti, meno carico di tensioni e conflitti, che spesso si creano a causa di fraintendimenti ed incomprensioni.

Non di meno gli infermieri si trovano sempre di fronte a carichi di lavoro che risultano davvero molto impegnativi, e spesso si ritrovano con tantissime cose da fare, in un tempo relativamente stretto; alcune volte si ritiene sia possibile "risparmiarne" decurtando quello dedicato ad attività che non sono propriamente viste come produttive. Può capitare quindi che venga meno lo sforzo che dovrebbero compiere i professionisti ad investire sulla comunicazione, come elemento che, se utilizzato in modo opportuno e attento, non solo permette un migliore scambio di dati a favore dell'utente, ma anche di limitare il tempo perso in inutili ripetizioni e chiarimenti.

Con l'auspicio pertanto che questo numero di dicembre possa aprire una riflessione anche sulla qualità della nostra comunicazione multiprofessionale, vi auguriamo buona lettura.

Mariano Cavolo

Autonomia e collaborazione nella valutazione delle tossicità da chemioterapia

di Elisa Corti*

Nell'ambito della valutazione delle tossicità da chemioterapia è possibile creare un linguaggio comune tra l'équipe medica e quella infermieristica? Quali spazi o momenti condivisi esistono tra medici e infermieri in cui scambiarsi informazioni per definire il procedere del paziente in cura? Esistono strumenti oggettivi, o se ne possono implementare di nuovi, affinché l'infermiere possa valutare autonomamente il paziente e le tossicità durante le cure chemioterapiche? Queste sono alcune delle domande che mi hanno portato a realizzare il mio lavoro durante il periodo di formazione – Diploma of Advanced Studies in Oncologia – presso la SUPSI (Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana).

Il profilo professionale dell'infermiere in oncologia

Nella quarta edizione del "Cancer Nursing Curriculum 2013", pubblicato da EONS (Società Europea del Nursing Oncologico) sono spiegate, a partire da una visione dell'infermiere oncologico nel 2013, le peculiarità del profilo professionale infermieristico all'interno della formazione in oncologia post-diploma.

La cura sta diventando sempre più complessa a causa della continua evoluzione e della crescente complessità dei trattamenti oncologici. Si richiedono sempre più competenze avanzate e un pensiero critico da parte degli infermieri operanti in questo settore. Inoltre, l'aumento delle cure ambulatoriali fa sì che il paziente si trovi a casa a dover gestire da solo la propria malattia con le problematiche correlate e spesso la disponibilità di un'infermiere specializzato al domicilio è limitata.

Questi cambiamenti, insieme alle sempre più crescenti esigenze nel settore sanitario, richiedono un costante sviluppo nel processo di cura infermieristica.

All'interno del documento sono presenti diverse competenze che l'infermiere deve possedere per lavorare in campo oncologico, molte delle quali riguardano il tema della valutazione, come per esempio:

- intraprendere una valutazione infermieristica globale, tenendo conto delle peculiarità fisiche, sociali, culturali, spirituali e psicologiche del paziente;
- monitorare lo stato di salute del paziente attraverso la valutazione di segni e sintomi e adottare misure per documentare, intervenire o fare riferimento in modo appropriato;

- lavorare in collaborazione con il paziente per la gestione dei sintomi del tumore e delle conseguenze relative ai trattamenti antitumorali;
- conoscere le implicazioni dei trattamenti antitumorali per il paziente e la famiglia;
- conoscere gli effetti collaterali acuti e tardivi delle terapie antitumorali;
- intraprendere una valutazione accurata degli effetti collaterali delle terapie e applicare le conoscenze relative al trattamento di tali effetti.

Scopo del lavoro

Partendo da queste caratteristiche del profilo di un infermiere oncologico ho realizzato il mio lavoro, improntato sul tema della valutazione infermieristica autonoma del paziente, in particolare degli effetti collaterali da chemioterapia. Scopo del lavoro è quello di fornire all'équipe infermieristica uno strumento che permetta allo stesso tempo di valutare in autonomia il paziente e di sviluppare i processi collaborativi con il team medico, affinché si costruisca un linguaggio comune al fine di migliorare la presa a carico dei pazienti. Per fare questo è stato necessario compiere una riflessione sull'importanza del saper valutare gli effetti collaterali del paziente, in particolare quelli che si sviluppano dopo il trattamento, e di cui spesso gli infermieri non sono a conoscenza.

La valutazione infermieristica

La letteratura racconta che il processo di valutazione infermieristica è una competenza fondamentale dell'infermiere. Essa è considerata un "punto cruciale, significativo e particolarmente rilevante all'interno del processo di cura infermieristico: un buon accertamento permette la definizione di un progetto assistenziale realmente rispondente alle necessità della persona" (Carpenito-Moyet, 2006). Spesso, però, la valutazione viene trasformata in un atto burocratico che focalizza l'attenzione del professionista su moduli da riempire come se fossero il punto centrale del lavoro, "in realtà la valutazione è un processo continuo di raccolta dati, interpretati e integrati dall'infermiere, per poter progettare l'assistenza necessaria secondo le priorità di quella specifica situazione".

La concretizzazione di quanto espresso nel profilo professionale dell'infermiere e la natu-



La letteratura racconta che il processo di valutazione infermieristica è una competenza fondamentale dell'infermiere

rale evoluzione della professione comportano una costante individuazione dei bisogni di assistenza infermieristica anche attraverso una raccolta sistematica di dati. *“Le metodiche di raccolta dati possono essere tra le più varie e influenzate in modo determinante dall’esperienza e dalla competenza di ogni infermiere. La variabilità metodologica può tuttavia rendere difficile il confronto tra i diversi professionisti e quindi l’omogeneità e continuità assistenziale”*.

Questa discrepanza può essere colmata se la raccolta dati viene effettuata anche attraverso scale di valutazione: *“i diversi operatori in tal modo, utilizzando gli stessi strumenti, possono più facilmente confrontarsi e pianificare i processi di assistenza in maniera integrata”*. Le scale di valutazione, infatti, favoriscono:

- una lettura oggettiva e confrontabile dei fenomeni assistenziali;
- una omogenea valutazione quali-quantitativa dell’assistenza;
- maggiore accuratezza nel passaggio delle informazioni e nell’integrazione fra diverse professionalità;
- maggiore rapidità e precisione nell’individuare i problemi.

È quindi importante che gli infermieri pongano l’attenzione a quegli strumenti che permettono di valutare i problemi della persona, di dividerne la classificazione, di migliorarne la misura e di codificarne il linguaggio.

Quando la raccolta dei dati viene integrata da scale di valutazione, quindi, il linguaggio risulta standardizzato. *“Diversi professionisti, utilizzando lo stesso strumento, possono più facilmente giungere alle medesime conclusioni.”* L’utilizzo di un linguaggio standardizzato o uniforme permette di perseguire diversi scopi: fornisce agli infermieri un linguaggio specifico legato alla professione per poter comu-

nicare fra loro e con gli altri professionisti, facilita la valutazione e il miglioramento dell’assistenza infermieristica, permette lo sviluppo di sistemi di registrazione dei dati raccolti (Santullo, 2003).

Modello di autonomia e collaborazione

Perché si possa riflettere sul ruolo infermieristico all’interno dell’ambulatorio e sul grado di autonomia dell’infermiere, in particolare nella valutazione delle tossicità da chemioterapia, è interessante sapere che in letteratura esiste un modello che permette di raggiungere l’obiettivo desiderato.

Il modello di autonomia e collaborazione è stato realizzato da Annalisa Pennini, un’infermiera che ha affiancato alla sua attività quella di docente, formatrice e autrice di diverse pubblicazioni in ambito infermieristico e sanitario. All’interno della sua opera, afferma che esistono due principali ambiti di intervento della professione infermieristica: autonomo e collaborativo. *“Nel tempo, la letteratura e l’opinione dei professionisti hanno fatto spostare l’ago della bilancia a favore dell’area autonoma, come ambito privilegiato da sviluppare e perseguire per un vero riconoscimento della professione”*.

Il modello sviluppato, invece, vuole spiegare come entrambe le modalità hanno lo stesso valore e dignità e non possono esistere l’una senza l’altra, nonostante fin dal passato si siano presentate numerose difficoltà nel processo di *“strutturazione di un’area autonoma e il raggiungimento di un’integrazione e una collaborazione con la professione medica che diano spazio e parità a entrambe le parti”*.

Per comprendere al meglio il modello è necessario spiegare i concetti di autonomia e di collaborazione.

Autonomia è una parola che deriva dal greco e significa darsi delle regole, impegnarsi, autovincolarsi. Altre definizioni reperibili nei dizionari la definiscono come indipendenza, capacità di pensare e agire liberamente, senza subire influenze esterne, libertà di agire. La collaborazione, invece, può essere definita come *“un’azione o un effetto dell’aiutare o sostenere qualcuno nello svolgimento di una qualsiasi attività, contribuendo al raggiungimento di un obiettivo”*.

Alcuni autori, come Bonfaldini e Franzoni, si sono interrogati se la tipologia della relazione tra personale medico e infermieristico influenzi la qualità dell’assistenza sanitaria erogata. Nei loro studi emergono gli aspetti positivi e negativi del lavoro più o meno collaborativo, eccone alcuni esempi. Tra quelli positivi vi è il miglioramento della soddisfazione dei pazienti, la promozione della continuità assistenzia-

“Diversi professionisti, utilizzando lo stesso strumento, possono più facilmente giungere alle medesime conclusioni.”



Foto: Pixabay.com

le, l'aumento della motivazione del personale e l'identificazione precoce dei problemi, della diagnosi e della prevenzione di complicanze. Tra gli aspetti negativi della mancata collaborazione vi sono lo stress nell'équipe, il peggioramento nel trasferimento di informazioni, il peggioramento della comunicazione e la diminuzione della qualità dell'assistenza.

La collaborazione è quindi qualcosa che rinforza l'autonomia: Annalisa Pennini e i suoi collaboratori arrivano alla conclusione che "è nell'area collaborativa che si evidenzia la capacità di intervento infermieristico maturo, consapevole, integrato. L'autonomia è un passaggio fondamentale nella crescita professionale, ma la collaborazione è il passaggio ulteriore, il valore aggiunto. Rappresenta, se agita in modo consapevole, la modalità con cui l'autonomia viene comunque vissuta" (Pennini, 2014).

La collaborazione interprofessionale

L'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM), all'interno della Carta redatta nel novembre 2014, rivolge un messaggio importante ai professionisti e alle istituzioni operanti in ambito sanitario, con lo scopo "di diffondere uno spirito di collaborazione che animi il personale sanitario e costituisca la base per il cambiamento culturale di cui si auspica la realizzazione nel settore".

La pratica collaborativa in ambito sanitario è quindi imprescindibile per un'assistenza di qualità in termini di efficacia, efficienza e appropriatezza.

Essa consiste nelle interazioni tra medico e infermiere che permettono alla conoscenza e all'abilità di entrambe le figure professionali di influenzare sinergicamente la cura del paziente.

È inoltre la strategia migliore per gestire i problemi di salute complessi, lavorando comunemente e condividendo responsabilità.

Progetto nel concreto: in cosa consiste?

L'analisi della letteratura e l'approfondimento delle tematiche più rilevanti hanno quindi portato alla costituzione di un team che si è dedicato alla realizzazione di uno strumento concreto, fondato sul modello di autonomia e collaborazione, da implementare all'interno dell'ambulatorio in cui lavoro.

Si tratta di una griglia che consente di valutare gli effetti collaterali da chemioterapia che il paziente sviluppa, collocandoli nel giusto grado di tossicità, nella fase acuta e sub-acuta, ovvero nell'arco di tempo che va dalle 24 ore

fino a una settimana dopo la somministrazione della chemioterapia. Nel concreto:

- gli infermieri contattano il paziente al domicilio nelle 24 e nelle 72 ore dopo la chemioterapia, valutando eventuali tossicità sviluppate dal paziente;
- gli infermieri valutano il paziente insieme al medico durante la visita congiunta dopo una settimana dalla somministrazione della chemioterapia.

Si sottolinea che, a oggi, la griglia fa riferimento solo alle tossicità gastrointestinali e solo in alcuni schemi di chemioterapia predefiniti.

Tale griglia di valutazione è stata costruita sulla base della scala NCI (National Cancer Institute) Common Toxicity Criteria, ovvero lo strumento universale di riferimento che facilita la valutazione dei profili di tossicità delle varie terapie oncologiche.

Riflessioni e conclusioni

Negli ultimi anni si è assistito a uno spostamento delle cure dalla degenza verso le cure ambulatoriali e domiciliari. Anche in oncologia sono diventate molte le chemioterapie somministrate in regime ambulatoriale. Il gruppo di lavoro intende, con questo strumento, intervenire con una valutazione sul paziente, rilevando precocemente le tossicità e prevenendo possibili complicanze.

Inoltre, la realizzazione di uno strumento comune all'interno di un'équipe multi professionale garantisce maggiore accuratezza nel passaggio di informazioni, favorendo l'integrazione tra professionalità diverse.

È presto per dare giudizi in quanto lo strumento è stato da poco implementato nell'ambulatorio e, come in tutti i progetti, ci vorrà del tempo per valutarne la praticità.

Il percorso di realizzazione del progetto è stato per me molto arricchente e stimolante dal punto di vista professionale e personale e non è di certo un punto di arrivo, bensì un punto di partenza che porterà l'intera équipe a una continua crescita insieme, con l'auspicio di continuare a sviluppare il progetto su diversi fronti, come l'estensione della griglia di valutazione ad altri effetti collaterali. ■

* **Elisa Corti** lavora come infermiera specialista clinica in Oncologia nell'ambulatorio IOSI di Lugano. L'articolo è tratto da un lavoro realizzato durante il percorso di formazione DASS in Oncologia presso la SUPSI

Il gruppo di lavoro intende intervenire con una valutazione sul paziente, rilevando precocemente le tossicità

Bibliografia

Carpenito-Moyet, L.J. 2006. "Piani di assistenza infermieristica e documentazione. Diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi". Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

Pennini, Annalisa. 2014. "Autonomia e collaborazione. Gli ambiti di intervento infermieristico". Milano: Mc Graw Hill Education.

Santullo, Antonella, Paolo Chiari. 2003. "Le scale di valutazione. Il valore delle scale". Rivista L'infermiere - I quaderni. IPASVI. 6/03

Aspetti gestionali per un'efficace cooperazione in ospedale

L'eterogeneità come opportunità

Irena Hegglin *



Foto: Pexels foto

Un'efficace cooperazione interprofessionale (CIP) riduce i costi della salute, consolida il processo decisionale tra le professioni, aumenta la soddisfazione delle parti in causa e influisce positivamente sui risultati nei pazienti. Per questo è necessario creare un'adeguata cultura a livello di gestione e cooperazione.

L'ospedale può essere considerato come un'organizzazione di esperti. Una delle sue caratteristiche è il modo di affrontare il sapere degli esperti al suo interno

Secondo Mintzberg (1989), l'ospedale può essere considerato come un'organizzazione di esperti. Una delle sue caratteristiche è il modo di affrontare il sapere degli esperti al suo interno. In un ospedale diversi gruppi di esperti (medici, curanti, tecnici) contribuiscono al successo (Anderson & McDaniel, 2000). In un ospedale gli esperti si identificano meno con l'organizzazione che con la professione cui appartengono, "si considerano rappresentanti di una specifica materia, piuttosto che colleghi di un dato ospedale" (Benz, 2007, p. 25). Questo è dovuto alla loro specifica formazione e in particolare alla specifica socializzazione. "Questa scarsa identificazione con l'organizzazione e i suoi obiettivi porta ineluttabilmente a un limitato coinvolgimento negli interessi generali dell'organizzazione" (Grossmann, Pellert & Gotwald, 1997, p. 26) e la gestione "viene vissuta come un'intromissione dell'organizzazione nel proprio lavoro" (Grossmann, Pellert & Gotwald, 1997, p. 28). Da alcuni studi si evince che spesso in organizzazioni di esperti la gestione è deficitaria. Di seguito verranno descritti importanti aspetti della gestione e valori della cultura della cooperazione, che consolidano la gestione della CIP in ospedale e permettono un'efficace CIP.

Principi gestionali

I principi gestionali devono fornire a tutti i collaboratori all'interno di un'organizzazione l'orientamento necessario per la gestione e la collaborazione. Inoltre devono contribuire a migliorare l'interazione in un'impresa. Soprattutto in un ospedale, un'organizzazione di esperti in cui le interazioni avvengono fra diversi settori di prestazioni, livelli di gerarchia e interfaccia dei singoli gruppi, è particolarmente importante definire i principi gestionali per la gestione della cooperazione interprofessionale (CIP) di tutti gli attori. Ciò permette di accrescere l'identificazione con la gestione CIP in ospedale. Affinchè questa consapevolezza sia condivisa da tutti i responsabili della gestione, l'organo superiore deve assumere un ruolo guida, stimolando e invitando i responsabili di tutte le professioni a uno scambio e alla riflessione sull'applicazione dei principi gestionali.

Cultura della cooperazione

La collaborazione delle professioni coinvolte è fortemente influenzata dai valori della propria professione (Schroeder, 2009 con riferimento a Streuli, 2003) e da idee diverse di collaborazione di medici e infermiere (Hoefert, 2007). Il corpo medico e il personale infermieristico la-

vorano in stretta collaborazione nell'ambito dell'assistenza e la cura dei pazienti. Differenze concettuali di base dividono questi due sottosistemi. I medici si profilano all'interno delle loro specifiche discipline, controllano le decisioni terapeutiche e si orientano spesso all'esterno della gerarchia ospedaliera. Il personale infermieristico si dedica essenzialmente ai processi di assistenza, coordina ciò che ruota attorno al paziente e si orienta all'interno dell'ospedale (Berchtold et al. 2007).

Affinché la CIP si possa realizzare è necessario sviluppare visioni, idee e obiettivi condivisi da tutti gli attori coinvolti. La necessaria cultura della cooperazione deve essere favorita dai responsabili della gestione e inserita nelle linee guida. Per la sua messa in pratica è indispensabile che la direzione sia d'esempio e si appropri di questi valori, favorendone l'applicazione nel team interprofessionale. Il ruolo delle professioni interessate dalla CIP deve essere definito a livello di gestione e inserito nella descrizione delle rispettive funzioni. Per la realizzazione occorre prevedere il tempo necessario per questo tipo di collaborazione. Tutti devono potersi orientare sulla base di un sistema di valori condivisi. Quali sono i valori e gli approcci che permettono di instaurare la cultura della cooperazione interprofessionale? Partendo dalla teoria per un'efficace gestione della CIP si possono enumerare i seguenti valori:

Considerazione: per un'assistenza basata sul paziente è essenziale che entrambe le professioni "considerino il rispettivo contributo un elemento necessario per l'assistenza al paziente e lo rispettano" (Dahlgard & Stratmejer, 2005, p. 44).

I responsabili sono modelli e la loro stima reciproca si riflette positivamente sul lavoro interprofessionale del team. I leader devono stimolare i vari gruppi all'interno del team interprofessionale verso la reciproca considerazione e riconoscere l'importanza del loro contributo nell'assistenza al paziente, oltre che stimolare l'interesse verso gli altri settori.

Apertura e fiducia: la direzione ha il compito di instaurare un clima basato sull'apertura e la fiducia. Ciò significa essere interessati alle proposte di altri gruppi professionali e promuovere un'informazione e una comunicazione aperta fra le professioni, a beneficio di tutti gli interessati. Tutti i collaboratori di entrambe le professioni devono poter partecipare alla presa di decisioni ed esprimere la loro opinione in merito. Come affermava Bierhoff (1992, p. 123) "I superiori che sottolineano l'importanza delle relazioni interprofessionali e coinvolgono i loro collaboratori nella presa di decisioni hanno più successo rispetto a quelli che ne limitano la libertà d'azione attraverso prescrizioni e controlli". Occorre sviluppare e applicare attivamente a livello interprofessionale le necessarie strutture di comunicazione (visite IP, riunioni IP, Hudde-Boards IP, ecc.).

Disponibilità: essere disponibili significa ad esempio svolgere funzioni non proprie in caso di necessità, ad es. quando una situazione è particolarmente difficile un medico può subentrare svolgendo le funzioni dell'altro gruppo professionale e viceversa. Il fatto che in ospedale si verifichino errori è normale (Fondazione per la sicurezza dei pazienti). In un'organizzazione basata sull'apprendimento, un adeguato sistema per la gestione degli errori permette di imparare dai propri errori. Il fatto di poter contare sulla solidarietà degli altri gruppi professionali permette a chi commette un errore di godere del sostegno reciproco.

Eterogeneità come opportunità: le opportunità di un team eterogeneo, come ad esempio un team interprofessionale, sono: le diverse prospettive, la creatività e il potenziale innovativo che derivano dalla varietà di know-how e di esperienze (Müller & Sander, 2011). Per poter usufruire di queste opportunità è necessario rendersi conto delle differenze culturali e dei rispettivi modelli mentali di entrambe le professioni, medica e infermieristica (Müller & Sander, 2011), e favorire la diversità facendo sperimentare l'eterogeneità attraverso esperienze positive (Stuber, 2004).

Conflitto come opportunità: l'interdipendenza delle professioni coinvolte nel processo e nella collaborazione per la cura del paziente comporta potenziali conflittualità a livello di CIP. I superiori devono appoggiare una cultura del conflitto, che promuove la soluzione di conflitti come forma di cooperazione (quasi) normale e riconosce il conflitto come opportunità.

Gestione in ospedale

La cultura della gestione in ospedale basata sui reparti è in contrasto con la cultura delle professioni (Heggin, 2015). La diversa concezione delle due professioni per quanto concerne la

In
un'organizzazione
basata
sull'apprendimento,
un adeguato
sistema per la
gestione degli errori
permette di
imparare dai propri
errori



Foto: commons.wikimedia.org

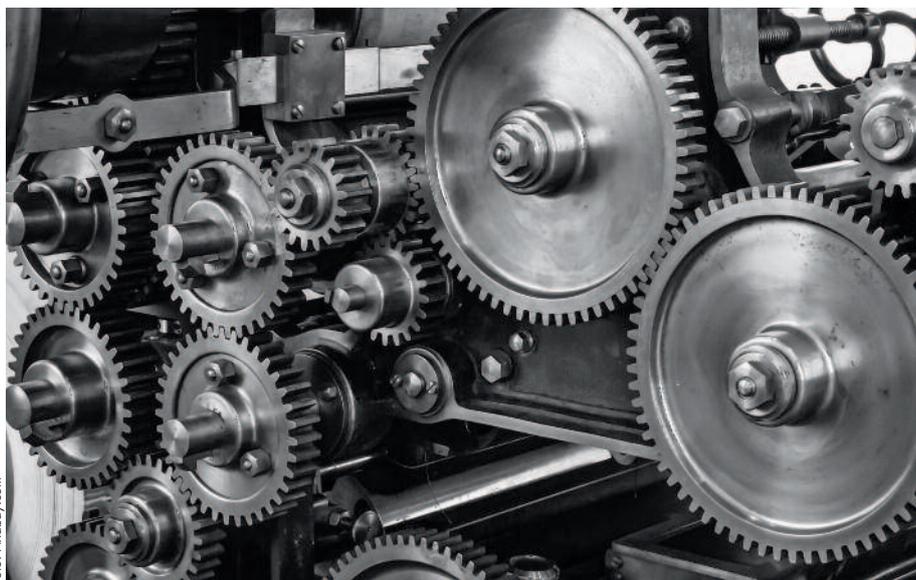


Foto: Pixabay.com

La leadership è una forma di gestione che promuove la creazione di team più flessibili, coerenti e quindi efficienti

Indicazioni bibliografiche:

sono disponibili sull'APP reader.sbk-asi.ch oppure presso l'autrice: hi@irenaheggin.ch

gestione è una grande sfida per la CIP. La forma di gestione e il relativo atteggiamento nella propria struttura interna (ad es. primario verso capo clinica o medici assistenti) si ripercuote sulla modalità di collaborazione con il personale infermieristico (Dahlgard & Stratmeyer, 2005). Per facilitare la cooperazione è opportuno definire la propria forma di gestione in collaborazione con le altre professioni.

Leadership

La leadership è una forma di gestione che promuove la creazione di team più flessibili, coerenti e quindi efficienti (Martin et al., 2010). Il compito di un team efficiente è creare una visione e un quadro chiaro del futuro e delle sue potenziali possibilità conferendo così un significato alle proprie azioni (Shaw, 2007, Hinterhuber & Krauthammer, 2005). Dirigenti con capacità di leadership sono consapevoli dei propri valori; sono un modello, assumono i loro valori e favoriscono una visione comune da parte dei loro collaboratori. È quindi compito dei dirigenti sviluppare, assieme ai collaboratori di tutte le professioni coinvolte, una visione e un concetto chiaro e condiviso per la CIP. I dirigenti con capacità di leadership consentono a tutti gli attori coinvolti di agire. Sono sempre aperti verso opportunità e metodi innovativi, favorendo cambiamenti e miglioramenti: "L'apprendimento e il cambiamento devono diventare un'ovvietà" – per un'organizzazione orientata in tal senso (Neuberger, 2002, p. 202). Questi dirigenti promuovono la collaborazione sostenendo obiettivi basati sulla cooperazione e istaurando rapporti di fiducia. Infondono sicurezza nei collaboratori coinvolgendoli nei processi decisionali, riconoscendo il valore delle loro prestazioni individuali, celebrando i successi e creando uno spirito di appartenenza (Kouzes & Posner, 2003).

Le strategie di leadership orientano la struttura del team in base agli obiettivi dell'organizza-

zione, aspetto particolarmente importante in ambito ospedaliero, con i suoi diversi gruppi di esperti (Martin, 2008). Vari studi dimostrano che questa forma di gestione contribuisce alla soddisfazione e l'impegno dei team IP e ha effetti positivi sulla soddisfazione e la sicurezza dei pazienti (Houser, 2003).

Leading Diversity

Per affrontare la cooperazione in modo efficace in seno al team IP, i responsabili della gestione si devono chiedere: "Quanta diversità è ammissibile e quanto deve essere condivisibile?" (Krejci & Clement, 2008, p.234). Partendo dalle diverse culture professionali (medicina e cure), per la gestione di un team IP dirigere un team eterogeneo significa cercare di stabilire un'effettiva collaborazione fra professionisti con diverse norme comportamentali, valori e modelli interpretativi, per raggiungere obiettivi comuni. Attraverso l'interazione dei membri del team IP "non esiste una singola cultura fine a se stessa, ma si crea qualcosa di nuovo, uno spazio tra culture, un terzo spazio" (Greutter, 2009, p. 231). I responsabili della gestione hanno quindi il compito di predisporre attivamente questo terzo spazio per la collaborazione interculturale, coordinando le varie prospettive e le rispettive divergenze (Fischer, 2007), stabilire norme e valori e definire regole per sfruttare le sinergie. Per fare dell'eterogeneità un'opportunità è necessario rendere evidenti le differenze culturali e i relativi modelli mentali di entrambe le professioni (medica e infermieristica) (Müller & Sander, 2011), e favorire la varietà e l'eterogeneità attraverso esperienze positive (Stuber, 2004).

Le opportunità dei team eterogenei e interprofessionali, che derivano dalla varietà di know-how e bagaglio di esperienze (Müller & Sander, 2011) sono: varietà di prospettive, creatività e potenziale di innovazione.

I team eterogenei possono quindi soddisfare meglio i bisogni specifici della clientela, presupposto importante per la CIP in ospedale.

Prospettive

In futuro le sfide nell'ambito del sistema sanitario sono destinate ad aumentare. Per questo la CIP assumerà sempre più importanza. I responsabili della gestione si dovranno quindi confrontare con la CIP. Nell'ambito di uno studio, l'autrice ha sviluppato uno strumento che permette di misurare importanti aspetti di una gestione CIP efficace, sulla base di processi improntati al cambiamento e allo sviluppo. ■

Irena Heggin, HI Coaching per lo sviluppo di organizzazioni, www.irenaheggin.ch

L'interprofessionalità: una scelta o un destino?

Anche quest'anno l'ASI e la SUPSI nello specifico il DEASS (Dipartimento Economia Aziendale Sanità e Sociale) organizzano in collaborazione un convegno, che per la comunità infermieristica e sanitaria del Cantone nel suo insieme è diventato un momento di incontro e riflessione, su tematiche d'attualità e talvolta scottanti, per la professione e la cura. Quest'anno il tema scelto è la collaborazione interprofessionale. Si potrebbe dire un tema non particolarmente nuovo, ma come sostiene l'Accademia Svizzera di Scienze Mediche "Alors qu'en théorie, la nécessité et l'utilité de l'interprofessionnalité semblent évidentes, son application au quotidien est loin de l'être". Potrebbe bastare questo per giustificare la scelta, ma forse è anche opportuno scendere più in profondità e cogliere prospettive non immediatamente riflesse dal proprio immaginario.

Una giornata di studio sul tema dell'interprofessionalità, in particolar modo nell'ambito sanitario, tende a richiamare immediatamente la nozione di cultura, nello specifico di cultura organizzativa, ovviamente non solo, ma certamente essenziale nel determinare i comportamenti dei professionisti e dell'organizzazione nel suo insieme, come emerge dalla definizione qui di seguito:

"La cultura è importante perché è un insieme di forze potenti, nascoste e spesso inconse, che determinano il nostro comportamento individuale e collettivo, i modi della percezione, lo schema del pensiero e i valori. La cultura organizzativa in particolare è importante perché gli elementi culturali determinano strategie, obiettivi e modi di agire. I valori e lo schema di pensiero di leader e dirigenti sono in parte determinati dal loro bagaglio culturale e dalle loro esperienze comuni." (Schein E., 2000)

In effetti quando si parla d'interprofessionalità in genere il pensiero viaggia rapidamente verso un orizzonte in cui si stagliano belle idee ma che poi trovano grande difficoltà nella loro applicazione. Questa constatazione per quanto apparentemente ovvia, nasconde un mirabile paradosso, ovvero: nonostante nell'ambiente sanitario la maggior parte delle persone sembra sia concorde nel ritenere che l'approccio interprofessionale sia senza dubbio una formula da coltivare e valorizzare, contemporaneamente, appunto però, ha poca fiducia nella sua effettiva applicabilità. Viene da chiedersi il perché di una tale contraddizione tra auspicio e realtà; ma non è questa la sede per approfondire il tema. Vale la pena porsi qualche interrogativo in merito, che scaturisce proprio dalla cornice teorica che ci

di Vincenzo D'Angelo*



La cultura organizzativa in particolare è importante perché gli elementi culturali determinano strategie, obiettivi e modi di agire



Foto: Pexels.com



Dal Film " L'olio di Lorenzo" I coniugi Odone riescono a mettere a confronto scienziati di tutto il mondo e delle più diverse discipline, i quali discutendo e collaborando getteranno le basi per un presidio terapeutico fino ad allora nemmeno immaginato

Il tema della natura dell'interprofessionalità è una questione cruciale, sulla quale non possiamo essere generici e presupporre d'intenderci in modo implicito

offre il concetto di cultura organizzativa. Per esempio, se si pensa che sia una buona pratica perché non si riesce ad applicarla? O semplicemente, che cosa s'intende per approccio interprofessionale? Qual'è la sua natura, è una visione? un valore? un'attitudine? una competenza? E che dire del suo rapporto con la formazione, ci si può formare ad un approccio interprofessionale? E se sì quando? Durante il percorso di formazione di base, o dopo, in formazione continua? E poi, concretamente è proprio vero che è così difficilmente applicabile? Ed infine: ma l'interprofessionalità è una scelta?

Ognuno dei quesiti posti, seppur in alcuni casi possano sembrare ovvi (più nella domanda che nella risposta), nasconde innumerevoli implicazioni ed apre scenari che hanno necessità di essere esplorati, allo scopo di meglio comprendere e conseguentemente operare. Se attraversiamo le domande poste prima, possiamo intravedere un percorso. Per esempio il tema della natura dell'interprofessionalità è una questione cruciale, sulla quale non possiamo essere generici e presupporre d'intenderci in modo implicito, spesso utilizziamo termini come interprofessionalità, interdisciplinarietà, pluri o multidisciplinarietà, come sinonimi, ma siamo certi che sia proprio così? Qui non si tratta di farne le proverbiali questioni di lana caprina, ma piuttosto di essere rigorosi non tanto nel linguaggio in sé, quanto nelle intenzioni che questo esprime, perché ad esse seguono (o dovrebbero) seguire le azioni. Una volta chiarito e

condiviso il concetto ed il suo significato, si tratterà quindi di capire quali sono le variabili, le formule che risultano essere determinanti ai fini della sua realizzazione. Da questo punto di vista diventa ineludibile andare a ricostruire come nel tempo si è sviluppato il sistema delle professioni sanitarie, e soprattutto quali geometrie ha assunto oggi nello scenario delle pratiche professionali in termini di relazioni reciproche e rapporti di forza. Dopo aver delineato i profili teorico-scientifici del tema, si rende necessaria un'incursione nella realtà nazionale e contestualmente nelle iniziative che caratterizzano il quotidiano operare in organizzazioni/enti di cura cantonali e non, per saggiare il polso al territorio ed attingere informazioni frutto di esperienze vive. Uno sguardo nella pratica che non può fare a meno di integrarsi con la ricerca ed il confronto internazionale. Una giornata dunque ricca, al termine della quale potremo richiederci se l'interprofessionalità è una scelta, e allora quali criteri e dimensioni dovrebbero guidarci nell'operarla? Ma se invece fosse piuttosto un destino, diventerebbe necessario attrezzarsi per governarlo. ■

***Vincenzo D'Angelo**, Infermiere e Sociologo della salute, docente-ricercatore presso il dipartimento economia aziendale, sanità e sociale, (DEASS) della SUPSI.

Io l'ho incontrata!!!

di Gloria Camillo*

Di chi sto parlando? Il suo nome è INTERDISCIPLINARIETA'. Facendo una battuta un po' ironica posso dirvi di non averla trovata in qualche famoso red carpet quale "VIP Very Important Person", posso però altresì affermare che nei miei attuali 19 anni di professione infermieristica, solo quest'anno l'ho veramente incontrata con tanto di "stretta di mano e presentazione", a differenza di fugaci incontri o vari inseguimenti avvenuti negli anni precedenti.

Di lei ne ho sentito tanto parlare durante gli anni di formazione scolastica, nei corsi di aggiornamento, nelle riunioni di rete ma l'emozione e la consapevolezza di averla veramente incontrata e sperimentata l'ho avuta solo il 16.12.2015, in occasione della riunione congiunta, tenutasi all'ORL, per la discussione dei casi neurologici complessi organizzata in accordo con i medici del centro Myosuisse. Da quella data ho potuto poi incontrarla regolarmente con il piacere di sperimentarne tutti i benefici.

Myosuisse Ticino

Il Centro Myosuisse Ticino è stato fondato nel 2007 per agevolare la diagnosi, la terapia e la presa in carico dei pazienti affetti da malattie neuromuscolari e malattie rare. Il Centro è parte integrante della rete svizzera Myosuisse, permettendo così il costante aggiornamento degli operatori e l'accesso alle principali novità terapeutiche per i pazienti. Il centro Myosuisse è co-finanziato dall'associazione Malattie Genetiche Rare che fa capo anche ai fondi Telethon, alla Muskelgesellschaft e all'EOC che mette a disposizione l'ufficio e i supporti necessari per l'organizzazione e la conduzione del centro.

Presso gli ambulatori del Centro vengono trattate le malattie muscolari (miopatie infiammatorie, distrofie muscolari, miopatie congenite), le malattie del sistema nervoso periferico (neuropatie genetiche o acquisite, ed in particolare la sindrome di Guillain-Barre e la CIDP), le malattie del motoneurone (SLA e varianti), le malattie della placca neuromuscolare (Miastenia Gravis) e più in generale molte malattie neuro-immunologiche e malattie rare.

Come ho conosciuto Myosuisse Ticino?

Attualmente lavoro presso SCUDO all'interno del Team Valutatori Cure di Supporto. Il Servizio per cui lavoro mi ha sempre sostenuta, stimolata, fornendo i mezzi affinché a livello di rete si collabori in un contesto di interdisciplinarietà. A partire dal mese di novembre 2015, sono diventata referente per gli utenti affetti da SLA. Ho fatto una ricerca delle associazioni presenti sul territorio ed ho preso contatto con ASLASI (Associazione Sclerosi Laterale Amiotrofica Svizzera Italiana) che a sua volta mi ha indirizzata al centro Myosuisse nella persona di Anna Maria Sury.

Anna Maria Sury¹, infermiera con il ruolo di Case Manager, coordina gli aspetti organizzativi, assistenziali e di presa in carico di queste persone. Infatti la cura dei pazienti affetti da malattie neuromuscolari necessita di particolari attenzioni non soltanto dal profilo diagnostico, poiché spesso si tratta di malattie rare, ma anche sotto l'aspetto assistenziale, poiché i pazienti hanno bisogno di visite multidisciplinari (cardiologiche, pneumologiche, logopediche...) e spesso di un programma individualizzato per gli aspetti riabilitativi, scolastici o lavorativi.

Dopo essermi confrontata con Anna in merito agli utenti da me seguiti ed avere ricevuto nell'immediato preziosi consigli e informazioni, sono stata invitata a partecipare alla riunione di Myosuisse del 16.12.2015, riunione che mi ha lasciata letteralmente a bocca aperta.

Cosa mi porta ad affermare di avere sperimentato l'interdisciplinarietà?

Alla riunione partecipano neurologi, pneumologi, cardiologi, medici di famiglia, logopedisti, dietisti, fisioterapisti, ergoterapisti, infermieri del territorio, assistenti sociali, servizi di cure palliative, consulenti per la domotica, consulenti per la nutrizione artificiale, il tutto in un contesto di massimo rispetto del segreto professionale. Fino ad ora non avevo mai sperimentato la bellezza e l'utilità dell'unire così tanti professionisti in un'unica sede per discutere e condividere le migliori strategie di cura per i pazienti seguiti da tutti noi. Dall'integrazione e interazione delle



La cura dei pazienti affetti da malattie neuromuscolari necessita di particolari attenzioni non soltanto dal profilo diagnostico ma anche sotto l'aspetto assistenziale

1 (AnnaMaria.Sury@eoc.ch)

menti, delle esperienze, delle competenze, delle emozioni di tutti i partecipanti alla riunione nasce la complementarietà che permette di avere una visione a 360° delle problematiche presentate dai vari pazienti e di proporre delle soluzioni mirate alle stesse. Perché sono rimasta a bocca aperta? Perché nell'arco di una quindicina di minuti (il tempo della discussione della situazione) tanti tasselli e problematiche presentate dalla persona della quale mi occupavo sul territorio quasi per magia trovavano una soluzione. Ho utilizzato appositamente il termine "magia" perché la realtà territoriale non consente un accesso diretto e immediato a tutti gli specialisti che possono interagire su di un caso e tanto meno nel medesimo istante.

Quali sono i vantaggi dell'interdisciplinarietà?

Potrebbe sembrare una domanda ovvia ma finché un concetto o un'idea rimangono solo dei vocaboli letti e studiati su un testo scolastico e non hanno un riscontro tangibile con la realtà, si può solo immaginare quali possano essere i vantaggi dello sperimentare l'interdisciplinarietà. Ora posso affermare con certezza che i vantaggi sono tanti e notevoli. Vi parlo di: coordinamento, collaborazione, integrazione in senso stretto, reciproca consultazione, processo decisionale condiviso (shared decision making). Nella riunione di Myosuisse ogni professionista ha modo di mettere più a fuoco il proprio piano di assistenza, si chiariscono gli obiettivi importanti in termini di raggiungibilità e di competenze, si analizzano i desideri, i timori e le preoccupazioni dei pazienti e dei loro familiari. Inoltre avere la possibilità di conoscere direttamente di persona i vari attori delle cure intra ed extra ospedaliere, agevola i contatti, permette di conoscersi, è importante dare un volto a indirizzi mail o alle voci nei contatti telefonici. Incontrarsi permette di stabilire una

relazione di reciproca fiducia tra i vari professionisti. Passando ad un livello più profondo l'interdisciplinarietà arricchisce professionalmente e umanamente chi ne vive l'esperienza, amplia la visione della situazione di cui si discute fornendo informazioni importanti di cui un solo operatore non è mai completamente in possesso, consente a me operatore di comprendere meglio le intenzioni e l'operato degli altri professionisti che interagiscono con il paziente, è uno scambio comune di intenti e risoluzione dei problemi.

Il paziente stesso ne beneficia in prima persona perché si riducono le tempistiche nella definizione degli obiettivi comuni: ad esempio un problema di disfagia relativo ad un paziente da me segnalato può essere in sede di incontro interdisciplinare subito affrontato dalla logopedista, dalla dietista, dal neurologo, dalla ergoterapista... è questo l'aspetto che mi ha lasciata a bocca aperta: l'immediatezza e la presenza simultanea di tutti gli attori della rete.

Quale è il valore aggiunto?

Davanti alla segnalazione di una problematica presentata da un paziente in un contesto di interdisciplinarietà si ha non solo la possibilità di una risposta multitasking ma anche la possibilità di pianificare nell'immediato interventi al domicilio su più livelli da parte dei vari attori della rete o la possibilità di pianificare una nuova rivalutazione globale del malato a livello ospedaliero. L'interdisciplinarietà mi ha permesso di avvicinarmi ed interagire concretamente con i vari professionisti della rete socio-sanitaria a me sconosciuti. Infatti usualmente è solamente il malato ad avere contatti diretti con loro. Un altro fattore che nomino alla fine delle mie considerazioni ma non ultimo per importanza, è che in un contesto di interdisciplinarietà si vive anche un momento importante di debriefing grazie alla condivisione dell'aspetto emotivo che è sempre strettamente connesso ad ogni situazione di cura, a maggior ragione quando si trattano casi neurologici complessi.

Conclusioni

Sono felice di avere l'opportunità di sperimentare e beneficiare nella mia vita professionale "questa V.I.P", che non è poi così irraggiungibile ma diventa reale ed effettiva solo grazie all'unione degli intenti, delle risorse, delle competenze.

Termino la mia riflessione con una citazione anonima che rispecchia quello che credo:

"Un gruppo di persone che condivide un obiettivo comune può raggiungere l'impossibile."

***Gloria Camillo**, infermiera del Team Cure di Supporto di Scudo.

In un contesto di interdisciplinarietà si vive anche un momento importante di debriefing grazie alla condivisione dell'aspetto emotivo



Foto: Pixabay.com

Ognuno potrebbe

Perché la parola "io" è diventata un'ossessione? Perché fare spettacolo di ogni istante del proprio vivacchiare? Giulio non lo sopporta, e soprattutto non lo capisce. Si sente fuori posto e fuori tempo, in un'impresicata pianura che fu industriale e non è quasi più niente, Giulio si aggira in attesa che qualcosa accada. Scritto quasi solo al presente, come se passato e futuro

fossero temporaneamente sospesi, "Ognuno potrebbe" è il rimuginare sconsolato e comico di un vero e proprio eroe dell'insofferenza. Un viaggio senza partenza e senza arrivo che tocca molte delle stazioni di una società in piena crisi. Nella quale la morte del lavoro e della sua potenza materiale ha lasciato una voragine che il narcisismo digitale non basta a riempire ■

Michele Serra, *Ognuno potrebbe*, Feltrinelli editore



Informazioni

Iniziativa popolare sulla responsabilità infermieristica

Prossima raccolta firme

Chiediamo a tutto il corpo infermieristico di aderire e contribuire attivamente nel portare avanti un'iniziativa che valorizza la professione.

La legge federale sull'assicurazione malattie LAMal determina quali sono le cure rimborsate dall'assicurazione obbligatoria (AOS) e a quali condizioni. Una delle condizioni tassative per il rimborso di ogni prestazione infermieristica è la presenza di una prescrizione medica, questo sia quando le cure vengono dispensate nel dominio medico-delegato, che quando l'infermiera/e si trova ad agire nel dominio autonomo delle cure.

Tutto questo sfocia in doppioni amministrativi, ma soprattutto nuoce all'immagine della professione infermieristica, che

non viene riconosciuta e valorizzata come responsabile del proprio specifico campo d'attività, cioè della presa a carico autonoma delle conseguenze che la malattia e il suo trattamento hanno sulle persone.

Nel 2010 è stata lanciata una mozione parlamentare per promuovere l'autonomia e la responsabilità infermieristica prevedendo che le prestazioni prettamente infermieristiche potessero essere fatturate direttamente dagli infermieri, senza dover ricorrere alla prescrizione medica.

Dopo un iter parlamentare positivo, in primavera l'iniziativa è stata definitivamente bloccata al Consiglio Nazionale.

A partire da questo risultato, l'assemblea dei delegati ASI si è espressa in modo favorevole per la promozione di un'iniziativa popolare. Nei prossimi mesi si inizierà quindi una campagna per la raccolta delle firme necessarie per indire una votazione federale.

MEMBRI ASI-SBK

CATEGORIA	PERCENTUALE LAVORATIVA
Categoria 11	51% - 100%
Categoria 12	11% - 50%
Categoria 13	Allievi
Categoria 14	0% - 10%
Categoria 19	Infermieri indipendenti

Eventuali cambiamenti di categoria devono essere segnalati al Segretariato ASI-SBK Sezione Ticino entro la fine del mese di dicembre.

Salva
le date



L'ASI-SBK sezione Ticino in collaborazione con ASICASI organizza il 2° congresso primaverile

Giovedì 23 marzo



L'ASI-SBK sezione Ticino in collaborazione con FORMAS e CRS Ticino organizza un pomeriggio di studio

Martedì 11 aprile

Informazioni: segretariato ASI Ticino Chiasso. Tel. + 41 91 6822931



Assemblea generale ordinaria

23 MARZO 2017

Centroeventi Cadempino

via Industria 2 - 6814 Cadempino - Sala Riunioni 2

ASI-SBK Sezione Ticino. Partecipate attivamente!

Impegnarsi nell'Associazione permette di aggiornarsi e di contribuire attivamente all'evoluzione della professione, implicandosi nella politica socio – sanitaria a livello cantonale e nazionale.

Quindi chi fosse interessato a seguire più da vicino l'attività dell'ASI-SBK Sezione Ticino, quale membro di comitato, delegato, supplente delegato o membro di un gruppo di lavoro non esiti ad annunciarsi al segretariato.

Le proposte di candidatura dei membri devono essere inoltrate al segretariato all'attenzione del comitato almeno 8 settimane prima dell'assemblea generale che avrà luogo il 23 Marzo 2017

VACANZE NATALE

L'ufficio è chiuso dal **22.12.2016** al **08.01.2017**
Apertura **09.01.2017**

CALENDARIO ATTIVITÀ ASI-SBK SEZIONE TICINO

CORSI – CONFERENZE – ATELIER – ASSEMBLEE **FEBBRAIO – MAGGIO 2017**

DATA	CORSO	TERMINE ISCRIZIONE	ANIMATORE	PARTECIPANTI	LUOGO
6 – 7 FEBBRAIO 2017	PROSSEMICA E LINGUAGGIO PARAVERBALE NELLA CURA	09.01.2017	BARBARA SANGIOVANNI	operatori ramo sanitario	Novazzano
8 FEBBRAIO 2017	NUOVA LEGGE SULLA CURATELA E LA PROTEZIONE DELL'ADULTO	09.01.2017	MICHELA TOMASONI ORTELLI	operatori ramo sanitario	Chiasso
13 FEBBRAIO 2017	CURE PALLIATIVE GENERALI E SPECIALISTICHE: CRITERI PER L'IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI PAZIENTI	11.01.2017	TANJA FUSI SCHMIDHAUSER MARA DEL TORSO	infermieri assistenti geriatrici operatori sociosanitari	Lugano
15 FEBBRAIO 2017	PRESA A CARICO MALATO CRONICO	11.01.2017	MAURO REALINI	infermieri operatori sociosanitari	Lugano
16 – 17 FEBBRAIO 2017	GESTIRE LA RABBIA: CAPIRE E TRATTARE UN'EMOZIONE VIOLENTA E TRAVOLGENTE	16.01.2017	VINCENZO SANTORO	operatori ramo socio-sanitario	Mendrisio
20 – 21 FEBBRAIO 2017	RIFLESSOLOGIA DEL PIEDE: CRITERI E METODOLOGIE PER IMPOSTARE E SVILUPPARE IL TRATTAMENTO AL PIEDE	16.01.2017	ANTONIO MAGLIO	operatori ramo sanitario con formazione base in riflessologia	Bellinzona
22 FEBBRAIO 2017	CORSO BASE DI ELETTROCARDIOGRAFIA	18.01.2017	SERGIO CALZARI infermiere	infermieri operatori sociosanitari	Lugano
6 MARZO 2017	IL RUOLO DI FORMATORE NELLA PRASSI INFERMIERISTICA – SECONDO LIVELLO	06.02.2017	DANIELA TOSI IMPERATORI	infermieri che hanno seguito il primo livello	Lugano
8 MARZO 2017	GESTIONE FARMACEUTICA DEI CASI COMPLESSI	06.02.2017	MARCO BISSIG	infermieri	Lugano
10 MARZO 2017	UNO SGUARDO SUL FENOMENO CHIAMATO RESILIENZA, OVVERO LA FORZA D'ANIMO CHE CI PUÒ PERMETTERE DI AFFRONTARE LE AVVERSITÀ DELLA VITA	06.02.2017	ALFREDO BODEO	operatori ramo socio-sanitario	Giubiasco
13 – 14 MARZO 2017	SAPERSI ESPRIMERE IN GRUPPO	13.02.2017	MARIANO CAVOLO	aperto a tutti	Giubiasco
16 MARZO 2017	UNO SGUARDO IN CPA: LA REALTÀ DELLA CASA PER ANZIANI NEL 2017	13.02.2017	BRUNO CARIBONI CHRISTIAN MUSSO	infermieri	Giubiasco
20 – 21 MARZO 2017	LE EMOZIONI NEL LAVORO DI CURA	20.02.2017	BARBARA SANGIOVANNI	operatori ramo sanitario	Novazzano
27 MARZO 2017	APPROCCIO AL PAZIENTE AFFETTO DA ALZHEIMER	22.02.2017	LAURA CANDUCI	infermieri	Lugano
30 – 31 MARZO 2017	INTELLIGENZA EMOTIVA: LA RAZIONALITÀ AL COSPETTO DELL'EMOZIONE. SCONTRO O SFIDA FRA RAGIONAMENTO LOGICO E GESTIONE DELLE PULSIONI EMOTIVE	27.02.2017	VINCENZO SANTORO	operatori ramo socio-sanitario	Mendrisio
3 – 4 APRILE 2017	RIFLESSOLOGIA DEL PIEDE ED ELEMENTI DI BENESSERE CON L'ACQUA	01.03.2017	ANTONIO MAGLIO	operatori ramo sanitario con formazione base in riflessologia	Bellinzona
5 APRILE 2017	QUANDO L'ALIMENTAZIONE DIVENTA DECISIVA	01.03.2017	BARBARA RICHLI	operatori ramo sanitario	Chiasso
7 APRILE 2017	COME GESTIRE ED ELABORARE LE PERDITE CHE LA VITA SPESSO CI IMPONE: SEPARAZIONI, INCIDENTI, MALATTIE...	06.03.2017	ALFREDO BODEO	operatori ramo socio-sanitario	Chiasso
10 APRILE 2017	LA SEDAZIONE IN CURE PALLIATIVE: ASPETTI ETICI E PRATICI	08.03.2017	CLAUDIA GAMONDI SILVIA WALTHER VERI	infermieri	Lugano
12 APRILE 2017	LA FARMACOTERAPIA NEL PAZIENTE ANZIANO	08.03.2017	MARCO BISSIG	infermieri	Lugano
24 APRILE 2017	ARTE TERAPIA: QUALE RUOLO NEL PROCESSO DI CURA?	23.03.2017	ROBERTA PEDRINIS	operatori ramo socio-sanitario	Bellinzona
26 APRILE 2017	BLS-DAE® SRC DEFIBRILLAZIONE AUTOMATICA ESTERNA	22.03.2017	formatori BLS DAE	infermieri	Lugano
27 – 28 APRILE 2017	CONFLITTI INTERPERSONALI E NEGOZIAZIONE	27.03.2017	VINCENZO SANTORO	operatori ramo socio-sanitario	Mendrisio
2 – 3 MAGGIO 2017	LA COMUNICAZIONE NON VERBALE DEL PRENDERSI CURA	29.03.2017	BARBARA SANGIOVANNI	aperto a tutti	Novazzano