

Editoriale

Nel mese di ottobre si è costituita l'associazione "Sos sanità, socialità e scuola" composta da una dozzina di associazioni professionali attive nei settori socio-sanitari, nella scuola, a tutela degli utenti e dai sindacati VPOD e SIT. Questa associazione appoggiata da un comitato di sostegno ha deciso di combattere per via referendaria il decreto legislativo che limita i sussidi cantonali per il 2006-2007.

L'Associazione Svizzera Infermiere/i Sezione Ticino ha aderito a questo gruppo in quanto fortemente preoccupata per le conseguenze di questo decreto sul settore sanitario e sociale.

Le conseguenze generali del taglio ai sussidi, che vengono prospettate, tanto nel messaggio Governativo quanto nel rapporto di maggioranza parlamentare della Commissione della gestione e delle finanze, sono:

- una riduzione delle prestazioni alla popolazione;
- una rinuncia a soddisfare nuovi bisogni della popolazione già previsti nella pianificazione;
- una riduzione della qualità delle prestazioni;
- un peggioramento delle condizioni di lavoro in un settore impegnativo e delicato, in cui il personale è già sottoposto a un notevole carico di lavoro e stress.

L'ASI - SBK Sezione Ticino teme che queste misure aggravino ulteriormente la già precaria situazione di un settore sottoposto da anni ad un forte razionamento finanziario e si oppone a questi tagli per i seguenti motivi:

- i bisogni reali in termini di cura aumentano a causa dell'invecchiamento della popolazione e ad un incremento del disagio sociale;

- rinunciando a completare il disegno pianificatorio si creeranno ulteriori spese dovute alla presa a carico inefficace o insufficiente dell'utente da parte delle strutture preposte. Questo sia a livello ospedaliero, di assistenza e cure a domicilio che di casa per anziani;
- ridurre la qualità delle prestazioni significa pure un aumento delle spese a carico dell'utente o degli assicuratori malattia per l'erogazione di cure inefficaci, inadeguate se non addirittura dannose per l'utente; tutto questo rischia di comportare un aumento della demenza, un perdurare del bisogno di assistenza e in taluni casi costi imprevisti per complicazioni;
- un peggioramento delle condizioni di lavoro rischia di estenuare il personale che già da anni è sottoposto a ritmi sostenuti e a un carico di lavoro importante. Infatti, in passato, i sacrifici e le rinunce a causa dei cambiamenti e del razionamento nel settore delle cure sono stati importanti per tutti i curanti e oggi più che mai ne percepiamo le conseguenze, sia in modo diretto (aumento del carico di lavoro e dello stress) sia in modo indiretto (burn-out, diminuzione della vita lavorativa, malattie croniche, difficoltà economiche, disagio sociale).

Per questo motivo l'associazione si è impegnata in prima persona nel comitato referendario, partecipando attivamente alla raccolta firme. Grazie all'impegno di tutte le associazioni e dei singoli membri, il numero minimo di firme (7000) è stato ampiamente superato: di conseguenza nel prossimo futuro la popolazione ticinese sarà chiamata ad esprimersi su questo tema importante e l'ASI - SBK Sezione Ticino invita sin d'ora a votare No alla legge che limita i sussidi.

Rita Dal Borgo

Sommario

2

Pag.	1	Editoriale
	2	Sommario

Cronaca Regionale

- | | |
|---|--|
| 3 | 10 Ottobre 2005: Giornata Mondiale della Salute Mentale
Migrazione e salute...riflessioni
Francesca Bernasconi |
| 5 | 22 novembre 2005: Giornata di studio
È possibile dare visibilità alle cure? Quali gli ostacoli? |
| 8 | Gerzensee ed open-space, un percorso tutto da scoprire
Cristina Treter |

Approfondimenti

- | | |
|----|--|
| 9 | La conoscenza nella pratica infermieristica
Mariano Cavolo |
| 11 | L'animazione come modo di pensare ed agire
Cristina Genovese |
| 13 | Influenza aviaria H5N1
Ufficio del Medico Cantonale |
| 15 | Comunicato stampa
I più giovani rianimatori del Ticino |
| 16 | Informazioni |

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
Cristina Genovese
Geraldine Comodo
Andreja Gashi-Rezzonico
Isabelle Avosti
Cristina Treter De Lubomierz
Maurizio Quadri

Stampa
Typo-offset Aurora SA

Migrazione e salute... riflessioni

a cura di Francesca Bernasconi infermiera psichiatrica,
capo équipe presso l'Organizzazione Sociopsichiatrica di Mendrisio

Prefazione per il gruppo organizzativo: Andreja Rezzonico

Il tema della Giornata Mondiale della salute mentale di quest'anno è la "salute fisica e psichica di momenti particolari della vita". Chinandoci sulla questione ci si è subito resi conto della vastità del tema, si è deciso pertanto di incentrare la riflessione sulla migrazione, in quanto momento, a volte, particolarmente destabilizzante del benessere psico-fisico della persona migrante. Ma, sempre più anche nel campo della psichiatria (e non) ci si trova confrontati con difficoltà di questo tipo, che forse non siamo così pronti ad affrontare. Si è dunque approfittato dell'occasione per trattare questo tema attraverso tre momenti privilegiati. Iniziando con un concorso di disegno per bambini delle tre fasce d'età (scuola d'infanzia, scuola elementare, scuola media) organizzando un vernissage per la mostra di tutti i disegni e con la relativa premiazione in buoni libro presso il Bar centro Sociale di Mendrisio.

Passando poi attraverso un momento d'incontro con la popolazione (sabato 8 Ottobre 2005) in piazza Indipendenza a Chiasso - luogo di frontiera e di passaggio - realizzata con attività d'animazione (danze egiziane, senegalesi, racconti con confabula e racconti multiculturali) e mercatino con associazioni ed enti vari con la distribuzione di materiale di prevenzione e sensibilizzazione in merito.

Concludendo infine con la conferenza "Salute mentale, differenza culturale e migrazione: Roberto Beneduce (docente di antropologia culturale e psicologica presso l'UNI di Torino, nonché etnopsichiatra responsabile del centro F. Fanon di Torino).

È stato infine elaborato un opuscolo che raccoglie alcune interviste, testimonianze e testi sull'etnopsichiatria al fine di favorire una riflessione sul tema.

Migrazione e salute

"A questi uomini che vengono strappati alla loro terra, alla loro famiglia, alla loro cultura, viene richiesta soltanto la forza lavoro. Il resto, non lo si vuol sapere, ma il resto è molto".
Tahar Ben Jelloun.

In un mondo in continua evoluzione e cambiamento ci troviamo, di fronte oggi in Europa, ad un'immigrazione di interi popoli che si spostano: donne, uomini, bambini. I motivi non sono prevalentemente economici, ma spesso come

conseguenza di drammatici sconvolgimenti sociali, guerre e persecuzioni per motivi politici e religiosi.

Aldo Morrone, responsabile del servizio di Medicina preventiva della migrazione (IRCCS) di Roma, evidenzia tre fattori che influenzano il fenomeno migratorio:

fattori di espulsione dai Paesi di esodo; legato al peggioramento delle condizioni di vita, liberismo, guerre, dittature.

fattori di attrazione che esercita il paese di approdo; l'Occidente visto come terra di benessere, libertà, ricongiungimento familiare, lavoro. fattori di scelta dove l'immigrato valuta la scelta verso un paese d'immigrazione piuttosto che un altro.

L'immigrazione in CH

Si è passati da un'immigrazione di "manodopera" degli anni 50 o 60 prevalentemente di italiani, spagnoli, portoghesi, turchi e slavi; uomini attivi lavoratori stranieri, ad un'immigrazione attuale dove le etnie hanno subito un sostanziale cambiamento.

Gli stranieri provengono, oggi, dalla ex Jugoslavia, paesi dell'est europeo, Africa, America latina.

Una premessa è d'obbligo sugli aspetti positivi e negativi che intercorrono per la persona che emigra.

Aspetti positivi: per quanto precaria, per molti la situazione è migliore di quella lasciata al proprio paese.

Aspetti negativi: peggioramento dello stato sociale ed economico (difficoltà a trovare un lavoro, accettazione di lavori semplici spesso non conformi alla loro preparazione a livello scolastico), aumento del costo della vita, cambiamento di clima e alimentazione, aumento dello stress dovuto alla lingua ed agli stili di vita (specie per le donne che perdono tutti i contatti sociali), nuove tecnologie a loro sconosciute, incidenti sul lavoro, lavoro in "nero" (senza contratti e sottopagati).

Questi aspetti creano diversi profili epidemiologici ove le caratteristiche individuali e ambientali determinano l'insorgenza dei problemi da valutare e ne possono modificare l'evoluzione.

La diversità socioculturale, le abitudini di vita, i comportamenti, le modalità diverse di affrontare le malattie, le credenze, le rappresentazioni individuali, possono generare ostacoli nella relazione infermiere-paziente.

Cultura, salute e malattia

Le rappresentazioni che ciascun individuo ha dei concetti di salute e malattia ruotano attorno a tre elementi fondamentali della vita dell'uomo: la religione, la componente sociale e la cultura. La cultura, infatti, può essere vista come la lente attraverso cui l'uomo guarda al mondo, e anche come la lente con la quale l'uomo guarda alla malattia e alla salute.

La nostra cultura occidentale pertanto pone l'accento sull'immigrato come persona che lavora dovunque deve essere sano e la malattia diventa così l'incubo che aggredisce la sua dimensione di individuo.

Migrazione e salute mentale**I disturbi psichici dell'immaginario**

La maggior parte dei disturbi psichici è da collegare al loro vissuto nel paese d'origine, al loro viaggio, al loro arrivo. Molte persone hanno un vissuto drammatico (traumi, violenze, deportazioni, stupri) e non riescono a manifestare i loro sentimenti, né verbalmente, né attraverso il linguaggio non verbale. Prima di stabilire una diagnosi psichiatrica è molto importante tener presente la storia e la vita dell'immaginario.

Il malessere diffuso sperimentato nella fase dell'adattamento può con il tempo tradursi in disturbi più importanti. Il disagio psichico risulta essere una forma di manifestazione ad una situazione di crisi associata ad un disagio ambientale e personale.

Alcuni autori sostengono che l'esperienza migratoria possa dar luogo a fenomeni psicotici acuti. Certe reazioni paranoide acute a carattere persecutorio, sono spesso inserite in un quadro

di reali atteggiamenti discriminatori o ironici da parte degli autoctoni, in genere a comparsa improvvisa, spesso clamorosa, e di prognosi per lo più benigna (R. Rizz, A. Jossa Fasano, Ospitare e curare. Dialogo interculturale ed esperienze cliniche, Franco Angeli, Milano 2002 pp 134-35).

A causa della mancanza di comunicazione, fattore fondamentale per la comprensione dell'altro, la persona immigrata si trova spesso a dover vivere in uno stato di incomunicabilità con l'ambiente circostante, e a dover dipendere da altre persone per comunicare; nei casi più drammatici deve "fidarsi" di una persona a lui sconosciuta che dovrà fungere da interprete; di conseguenza gli aspetti più dolorosi e intimi che una persona normalmente racconta a chi le è più vicino, devono essere confidati a sconosciuti.

Tutto quello che ci è sconosciuto (luoghi, persone, ambienti, strutture, autorità) suscita paura e angoscia; a questo stato dobbiamo aggiungere la perdita intesa come distacco dal proprio paese e dei propri cari, come afferma Rudas: "La migrazione rappresenta una situazione di perdita, uno stato di stress, di sofferenza accentuata, di angoscia" (N.Rudas, L'emigration envisagée comme perte)

Per concludere il compito del curante nei confronti della persona immigrata, è anche quello di incontrarsi, di ascoltare, di uscire dagli schemi prettamente occidentali ed addentrarci in una differente lettura della realtà. Avere il coraggio di uscire dai nostri schemi mentali e riproporre una negoziazione tra le condivise rappresentazioni della vita della malattia e della sofferenza.

È possibile dare visibilità alle cure? Quali gli ostacoli?

Abstract

Possiamo rendere visibili le cure, quali sono gli ostacoli?

Elsbeth Wandeler Elsbeth Wandeler

Oggi ci chiediamo perché proprio nel finanziamento delle cure viene fatto il primo passo verso la desolidarizzazione nel sistema sanitario. La proposta del Consiglio federale sul finanziamento delle cure prevede che in futuro saranno pagate dalla cassa malati obbligatoria unicamente gli atti terapeutici. Per le cure di base è previsto solo un contributo. Questo è solo un esempio che illustra chiaramente le gravi ripercussioni sui pazienti, ma anche su noi curanti, di un concetto delle cure ormai superato, ma ancora ben saldo nella mente dei politici e delle autorità. Non si tratta quindi di chiederci se **siamo in grado di rendere visibili le cure**, bensì quali cure **dobbiamo** rendere visibili. Le cure di base e terapeutiche fanno parte del passato, ma oggi non basta più insegnare concetti infermieristici moderni nelle nostre scuole e applicarli nella pratica lavorativa, li dobbiamo introdurre anche a livello politico e batterci in questo senso. Dobbiamo rendere visibile il valore economico delle cure, mostrare gli effetti delle cure e che cosa accade quando non possono più essere erogate. Si tratta di mettere in luce la relazione tra le decisioni politiche, le ripercussioni sui pazienti, sulla professione infermieristica e le cure come prestazione nella nostra società. Tuttavia ciò non basta, dobbiamo chiederci anche quale compito spetta a noi curanti. La nostra responsabilità etica consiste nell'indicare le conseguenze che ogni smantellamento delle cure comporta per i pazienti e per la società. A giusta ragione definiamo il mandato delle cure come un mandato sociale. Onorare questo mandato significa confrontarsi con le condizioni sociali di base e con i relativi mutamenti, e inoltre prendere posizione, il che significa diventare attivi a livello politico. L'attività politica è compito dell'associazione professionale, ma non può svolgerla da sola; l'attività politica richiede impegno da parte di ognuno. I tagli finanziari non sono colpi del destino, che dobbiamo accettare per forza. Sono piuttosto un richiamo alla nostra responsabilità etica, richiedono tutta la nostra capacità di resistenza, la nostra forza, il nostro coraggio, il nostro impegno per le cure e la nostra professione, poiché essa rappresenta un valore unico per la società in cui viviamo, per il quale vale la pena battersi.

L'implicite et l'explicite de l'activité soignante quotidienne

Dr Michel Nadot

La professione d'infermiera si trova nell'incapacità di definire i suoi orientamenti e si lascia trascinare in ogni genere di moda effimera, senza nessun discernimento tra quello che gli appartiene e quello che gli è imposto culturalmente dalle culture dominanti provenienti dalla teologia, dall'arte militare, dalla medicina (a partire dal IX secolo), dalle scienze umane, sociali, economiche oppure politiche (dalla fine del XX secolo). Come rimarcato dalle ricercatrici nord - americane, «all'approcciarsi del XXI secolo la professione d'infermiera è in crisi e sembra non poter appoggiarsi sulla legislazione o sulle sue teorie per uscirne. La professionalizzazione delle cure avrebbe dovuto condurre all'autonomia però, ne l'accesso allo statuto di professione, ne l'accesso alla formazione universitaria sono riusciti a ridare ai curanti la loro indipendenza persa di secolo in secolo. Le infermiere trarrebbero profitto nel prendere coscienza delle radici storiche della loro professione e ispirarsene al fine di definire meglio quale tipo di servizio possono offrire alla società. È importante che le infermiere concepiscano un modello professionale nel settore della sanità che sia diverso dal modello biomedico » (Rousseau, 1997, 43-44).

Perché posizionarsi sempre come « professione ausiliaria », dipendere dalle culture dominanti o presentarsi come « para qualcosa » ? Perché il nostro gergo o i metodi costitutivi delle nostre scienze arrivino talvolta fino ad imitare i linguaggi dominanti, soprattutto quello della cultura medica? Perché le infermiere non trovano nulla da ridire allorché vengono qualificate di «personale paramedico» (Renault citato da Moreau, 1991, 21) ? Senza risposta a questi quesiti, ci ritroviamo oggi presi in ostaggio da una legge ed il suo decreto d'applicazione che situa l'infermiera e i suoi ausiliari come « fornitori dipendenti dalla prescrizione medica » per l'insieme delle loro prestazioni (art. 35 LAMal, 1994).

A partire dal XVIII secolo il servizio reso dalle infermiere, infermieri e i loro ausiliari, a delle variabili tridimensionali. Effettivamente bisogna :

- prendersi cura dell'essere umano a tutte le età.
- prendersi cura della vita del gruppo perché l'atto del curare si verifica all'interno della comunità.
- prendersi cura dello spazio di lavoro soprattutto dei suoi aspetti socio-economici, logistici, domestici e nella trasmissione del patrimonio (conseguenze accademiche e professionali).

Il personale curante non interagisce soltanto con i

pazienti, anzi è una attività ridotta in confronto all'attività complessa e generale svolta nell'antico ospedale laico. Ma bisognerebbe render conto di questa complessità e smetterla con le semplificazioni oltraggiose.

Permanentemente i professionisti delle cure e i loro ausiliari si situano nel «MEZZO» (l'ENTRE), aiutare a vivere consiste nell'aiutare nei grandi passaggi della vita, «aiutare a passare, sorpassare, trapassare» (Collière, 1996, 163).

Non c'è una sola sfaccettatura nell'attività di cura ed è questa la difficoltà alla quale siamo confrontati. Ne da uno, ne da l'altro, ma in «mezzo». Tra i discorsi istituzionali, quelli del corpo medico, quelli delle persone curate e del loro "entourage" per la mediologia della salute (Nadot, 1992), tra la Città commerciale, la Città industriale e la Città domestica di Boltanski e Thévenot (1991), tra il Mondo sociale, il Mondo tecnico e il Mondo soggettivo per Dubet (2002).

Nell'anno della visibilità delle cure menzionata dalla nostra associazione professionale (Wagner 2005) smettiamola di parlare solo di « cura ». Il termine cura è riduttivo della complessità delle prestazioni di servizio offerte e ci porta ad un punto morto. L'attività professionale comprende la cura, ma non l'inverso.

Perché citare solo un gruppo beneficiario delle nostre prestazioni quando ne esistono tre al minimo ?

Non dimentichiamo mai che la nostra attività professionale si svolge all'interno di relazioni asimmetriche che un insieme d'attori hanno strutturato sottoforma di giochi sociologici. Questi giochi fanno parte di una rete di scambi politici. L'inconoscenza di una disciplina, è la sua storia diceva Bourdieu. « Abbiamo qualche speranza di capire "les enjeux" dei giochi scientifici del passato a condizione di avere coscienza che il passato della scienza è la posta in palio delle lotte scientifiche presenti » (1984, 80 - 81).

Traduzione A. Rumeau / M. Realini

Uno strumento - il NURSING data

Lucien Portenier

Il progetto NURSING data ha per obiettivo d'elaborare, su scala nazionale, un sistema d'informazione sulle pratiche infermieristiche. Il progetto si promette di raccogliere dati infermieristici nei tre settori della salute - il domicilio, le case di riposo e l'ospedale - per tutte le specializzazioni (secondo il tipo d'attività medica che si pratica) e per tutte le quattro regioni linguistiche. Il sistema d'informazione dovrà essere compatibile con altri sistemi di raccolta dati, le statistiche, le classificazioni e dovrà permettere delle comparazioni internazionali, rispettando la legislazione sulla protezione dei dati.

Il progetto NURSING data

Il progetto NURSING data ha come obiettivo l'elaborazione di un sistema d'informazione infermieristica nazionale che permette di raccogliere i dati infermieristici nei tre settori della salute - a domicilio, nelle case per anziani e negli ospedali - per tutte le specialità (secondo la disciplina medica) e nelle tre regioni linguistiche. Questo sistema dovrà essere compatibile con gli altri sistemi svizzeri, statistiche e classificazioni, e dovrà permettere di paragonare i dati internazionali, tenendo conto della legislazione sulla protezione dei dati.

In questo momento non esiste una classificazione uniforme e riconosciuta in grado di descrivere l'attività infermieristica, né sul piano internazionale, né a livello svizzero. La conseguenza diretta è, che i dati delle cure infermieristiche non sono integrati nel sistema d'informazione sanitaria, nonostante i curanti costituiscano la maggioranza dei fornitori di cura. Le restrizioni economiche e legali, l'evoluzione sociale e la necessità di una gestione appropriata ed efficiente del sistema della salute fanno di questa lacuna un ostacolo importante per la pianificazione, la gestione, la valutazione e il finanziamento a livello istituzionale, cantonale o nazionale.

La pertinenza della soluzione svizzera è stata discussa in modo approfondito ed accettato come una « soluzione intermedia ». Attendere avrebbe impedito lo sviluppo del NURSING data e probabilmente avrebbe reso impossibile il raggiungimento degli obiettivi posti. Questa soluzione si deve in ogni caso integrare negli sviluppi internazionali e deve essere compatibile con i relativi risultati. All'estero, l'elaborazione delle classificazioni svizzere è considerata una buona proposta. Hanno finanziato e tracciato il progetto, l'Ufficio federale di statistica, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, l'Ufficio federale della salute pubblica, la Conferenza dei direttori sanitari, H+ Ospedali svizzeri, l'Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri, l'Associazione svizzera dei direttori dei reparti infermieristici e la Conferenza svizzera delle formazioni in cure infermieristiche di livello terziario.

Il concetto generale del progetto NURSING data è stato sviluppato in una prima fase tra gli anni 1998 e 20002. La seconda fase del progetto iniziata nell'autunno del 2001, durerà 60 mesi. I risultati saranno disponibili a metà 2006.

Due sottoprogetti sono al centro di tutta l'operazione: uno è impegnato nella definizione della base minima di dati che saranno raccolti per la statistica sanitaria federale, denominata Nursing Minimum Data Set svizzero (CH-NMDS), l'altro nell'elaborazione per la Svizzera di due classificazioni di riferimento che permetteranno di descrivere, a fini d'analisi e di statistica, le attività infermieristiche (interventi infermieristici) e il loro obiettivo (fenomeni delle cure infermieristiche).

Si paga solo ciò che è visibile?

GianPaolo de Neri

Per *santésuisse*, le infermiere e gli infermieri, sono dei partner contrattuali, come gli altri fornitori di prestazioni e, con tutti, *santésuisse* desidera mantenere buoni rapporti di collaborazione. Considerando in modo particolare che abbiamo un comune denominatore: quello di cercare di risolvere insieme il complesso problema della salute.

Al secondo quesito sollevato: quali sono i criteri che determinano la scelta delle cure da finanziare, per semplicità e chiarezza risponderò in modo generale, non limitandomi al solo capitolo infermieristico.

I presupposti per un'assunzione dei costi da parte degli assicuratori malattia sono previsti dall'art. 32 della LAMal che indica semplicemente che le prestazioni devono essere efficaci, appropriate ed economiche.

D'altra parte la LAMal prevede nell'art. 56 che il fornitore di prestazioni limiti le prestazioni a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura e che la remunerazione potrà essere rifiutata per le prestazioni eccedenti questo limite.

Ora definire l'interesse dell'assicurato in una cura compete unicamente al fornitore di prestazioni, il quale a volte, invece di far capo alle sue conoscenze professionali, si lascia convincere dall'assicurato ad un eccesso di prestazioni inutili, eccesso che ha quale unico effetto un aumento dei costi.

Nell'ambito del normale mercato la verifica della qualità è fatta direttamente dal consumatore. Nel nostro campo purtroppo l'assicurato non è in grado di verificare la qualità ed il costo del-

le cure (prestazioni), inoltre, non dovendo assumere direttamente i relativi costi, viene a cadere l'interesse diretto del consumatore di verificare i prezzi.

Viene così a cadere la principale regola del libero mercato nel quale il consumatore è in grado, prima di un acquisto, di liberamente scegliere fra diverse offerte.

Stesso discorso vale per quanto attiene alla verifica della qualità delle cure. Abbiamo il tipico esempio dell'assicurato che si reca all'ospedale: quando viene dimesso le principali osservazioni sono legate al vitto, all'alloggio, al servizio ed ai tempi di attesa, mentre, ben difficilmente, può esprimersi con conoscenza di causa, sulle terapie e sulla loro efficacia.

In pratica l'assicurato esprime un parere su cosa e quanto ha ricevuto, ma non è quasi mai in grado di esprimersi sulla qualità delle prestazioni.

Non a caso l'art. 77 dell'OAMal incarica i fornitori di prestazioni o le loro organizzazioni ad elaborare concetti e programmi in materia di esigenze inerenti la qualità delle prestazioni e la promozione della qualità.

Qualità delle prestazioni che devono essere commisurate alle indicazioni del singolo caso, alla loro adeguatezza, alla necessità ed all'importanza della prestazione fornita.

Per tale motivo è molto difficile elencare i criteri che determinano la scelta delle cure da finanziare, questi criteri devono perciò essere definiti e vagliati dal fornitore di prestazioni in ogni singolo caso.

Il desiderio degli assicuratori malattia è quello di riuscire a motivare ogni fornitore di prestazioni a prestare buone cure e terapie al paziente, in modo adeguato alle necessità del singolo.

Gerzensee ed open-space un percorso tutto da scoprire!

Esperienza di Cristina Treter, Infermiera indipendente

8

Cronaca Regionale

Gerzensee è una bellissima località situata nell'altopiano Bernese nei pressi di Spiez. Dopo un viaggio piacevole attraverso le pittoresche località, viaggio un po' incerto visto i disastri che l'alluvione di fine agosto ha causato in quelle regioni, siamo giunte in un'oasi di pace nel mezzo della campagna nelle vicinanze del famoso lago di Gerzensee.

Nei suoi pressi è situato l'importante Centro Studi che ci ospiterà durante le giornate di conferenza organizzate dall'ASI.

La struttura del centro è molto accogliente e prestigiosa per favorire un proficuo lavoro di gruppo, specialmente del tipo Open Space come è stato proposto quest'anno dall'Associazione Svizzera Infermieri.

Il metodo è stato studiato per lasciare ampio spazio alla creatività individuale.

Il lavoro viene gestito dai partecipanti, responsabili anche dell'esito finale e della consegna dei protocolli.

Il tema della conferenza di quest'anno è:
RINNOVARE L'ASI E SVILUPPARE NUOVE IDEE, al fine di potersi preparare in modo adeguato nel far fronte alle costanti sfide dei nostri tempi.

Per la prima volta, anche i membri sono stati invitati a partecipare a questa esperienza.

Un'occasione importante per poter elaborare con i colleghi Svizzero Tedeschi e Romandi nuove idee, sistemi d'azione, strategie utili a rendere l'Associazione sempre più dinamica, preparata ad affrontare i continui cambiamenti nell'ambito socio-sanitario, in grado di offrire un sostegno mirato ed adatto alle svariate richieste dei suoi affiliati.

L'accoglienza dei colleghi, a me sconosciuti, la loro disponibilità, il desiderio di condivisione come pure lo scambio di esperienze fatte nei vari Cantoni, tenendo conto delle diversità socio-culturali, casistiche pressoché uguali, tuttavia risolte in modo diverso perché adeguato allo stile di vita ed alla mentalità del luogo.

Ammirevole l'impegno con cui ognuno si è tuffato nel lavoro per dare il meglio di sé, attraverso le esperienze vissute, le nozioni acquisite da formazioni nei vari settori della professione infermieristica. Un miscuglio proficuo, da saper cogliere!

La motivazione era alta, contagiosa. Coscienti dell'importanza di avere un'Associazione Infermieri che ci distingue, con la quale possiamo lavorare e crescere insieme, in poco tempo sono stati trovati diversi temi da discutere, domande e risposte da sottoporre alla presidenza ed al Comitato Centrale, i quali si sono presi a cuore l'elaborazione del lavoro svolto e ne fanno uso per la pianificazione dell'anno 2006!

Al termine delle due giornate, il lavoro dei partecipanti è stato minuziosamente raccolto in un raccoglitore che ognuno di noi ha ricevuto. Questo ci offre la possibilità di rileggere e riflettere ulteriormente su quanto è stato proposto, cercando di utilizzare al meglio queste esperienze arricchenti. La presenza di membri dei vari Cantoni è utile, c'è sempre da imparare reciprocamente.

Penso che, mettersi in discussione accresca la stima degli altri nei nostri confronti e ci aiuti a migliorare.

Grazie Gerzensee!



La conoscenza nella pratica infermieristica

a cura di Mariano Cavolo, Capo settore sopraceneri dell'Organizzazione Sociopsichiatria Cantonale di Mendrisio

Esplicitare l'implicito

La pratica infermieristica è sempre stata studiata prevalentemente dal punto di vista sociologico: grazie a questi studi abbiamo, come professionisti della salute, appreso molte cose circa le relazioni di ruolo, la socializzazione e l'acculturazione in tale pratica. Nel corso degli anni, invece, abbiamo attenuato un apprendimento minore riguardo alla conoscenza racchiusa nella reale attività degli infermieri, ossia la conoscenza che aumenta con il passare del tempo attraverso la pratica di una disciplina applicata. Tale conoscenza non è stata mai né registrata né studiata perché forse non si sono comprese le differenze che esistono tra il sapere pratico e quello teorico. Ciò che manca sono, infatti, osservazioni sistemiche di quello che gli infermieri fanno, apprendono, mettono in pratica, nell'ambito della loro attività quotidiana.

Gli infermieri non sono stati accurati nel tenere una registrazione del loro apprendimento clinico. Questa carenza nella registrazione delle nostre attività e osservazioni cliniche ha privato la teoria infermieristica dell'unicità e della ricchezza della conoscenza che è racchiusa in una pratica clinica esperta, mentre attività ed osservazioni ben documentate sono essenziali per lo sviluppo della teoria.

E' inoltre solo da qualche tempo che gli infermieri cominciano a perseguire una carriera a lungo termine nell'attività clinica e sono interessati al modo di procurarsi possibilità di sviluppo e di avanzamento basate sulla competenza e sulla formazione proprio in ambito clinico. Fino a qualche tempo fa, infatti, gli infermieri "esperti" venivano fatti oggetto di abbandono dell'assistenza diretta ai pazienti per passare all'insegnamento o alla gestione/direzione dei reparti o dei servizi infermieristici.

La competenza dell'infermiere esperto nella gestione di casi clinici complessi, rende possibile l'interazione delle svariate situazioni cliniche e la conoscenza implicata in tale competenza è essenziale per l'avanzamento della pratica infermieristica. Non tutta la conoscenza "racchiusa" implicitamente nella competenza suddetta può essere però catturata e veicolata in proporzioni teoriche. Comunque, le intenzioni, le aspettative, i significati e i risultati degli infermieri si possono descrivere e ci si può impadronire di aspetti del know how clinico, per mezzo di descrizioni interpretative della pratica quotidiana.

La competenza percettiva

Gli infermieri acquisiscono con il tempo e l'esperienza una consapevolezza percettiva che definiscono con frasi quali "sentire visceralmente", "senso di disagio" o "sentire che le cose non vanno tanto bene". Un simile modo di parlare mette oltremodo in difficoltà i formatori che devono concettualizzare e modellare teoricamente quelle che restano delle percezioni. Gli infermieri esperti sanno che in tutti i casi la valutazione oggettiva sullo stato di salute psicofisica del paziente richiede qualcosa di più che vaghe intuizioni, ma proprio dalla loro esperienza hanno appreso a far sì che siano le loro percezioni a portare alle prove che le confermeranno.

Può capitare che, protesi nel tentativo di operare su basi di evidenza scientifica, infermieri e medici finiscano con il trascurare l'importanza delle abilità percettive. Se gli infermieri fossero dei computer o dei robot, dovrebbero aspettare di ricevere segnali chiari ed espliciti prima di identificare una singola caratteristica di un problema. Ma fortunatamente non è così, gli infermieri sono prima di tutto degli esseri umani che, esperti nel campo della salute, sono chiamati a prendere decisioni, hanno una visione globale (olistica) di una situazione e danno seguito ad essa basandosi anche su sottili cambiamenti delle condizioni di salute dei pazienti, aiutati nella ricerca di conferme dall'intera équipe curante. L'infermiere esperto percepisce quindi una situazione nel suo insieme, utilizza le concrete situazioni del passato come paradigmi e si muove verso la parte precisa del problema, senza perdere tempo a considerare un gran numero di opzioni irrilevanti.

La collaborazione con il medico

Medici ed infermieri non amano gli esempi che mettono in cattiva luce le relazioni lavorative medico-infermiere, mentre si preferisce riportare esempi di comportamenti collaborativi ideali e relazioni pure ideali. Un aspetto di realtà è che in ogni caso gli scambi medico-infermiere difficoltosi sono sottorappresentati.

Nel mondo reale sia gli infermieri, che i medici hanno giornalmente buone e meno buone;? inoltre, alcuni di loro sono francamente incompetenti. Quando non c'è un medico immediatamente disponibile in una situazione critica, l'infermiere riempie quel vuoto molto più spesso di quanto gli sia formalmente riconosciuto. Si può pertanto affermare che queste non sono competenze dell'infermiere, ma in tal caso si rischia di ignorare ciò che gli infermieri fanno davvero.

Conclusione

Nell'ambito delle attività del quotidiano e del sapere degli infermieri è racchiusa una grande quantità di conoscenza inutilizzata, ma questa non si potrà ampliare e sviluppare appieno se gli infermieri non registreranno in modo sistematico ciò che fanno e ciò che apprendono dalla loro esperienza. Aggiungo che un'adeguata descrizione delle conoscenze pratiche è essenziale per lo sviluppo e l'ampliamento delle teorie infermieristiche.

Non riconoscere l'essenzialità di ciò che oggi sono gli infermieri, può costituire un grave impedimento nel diventare quello che essi desiderano essere in futuro.



L'animazione come modo di pensare ed agire

a cura di Cristina Genovese, capo settore dell'area materno pediatrica dell'Ospedale La Carità di Locarno

Intorno al 1923 Klein, studioso delle teorie dello sviluppo psichico, lavorando direttamente con i bambini, si rese conto che la fantasia non solo accompagna ogni nostra attività quotidiana, ma viene progressivamente a costruire un vero e proprio mondo interno in cui, a partire dalle prime esperienze infantili, ciascuno di noi introietta gli oggetti e le modalità di relazione più significative. Questo mondo interno fantasmatico diventa allora una sorta di parametro su cui misurare tutto ciò che ci accade, ma contemporaneamente è una fonte di aspettative e pregiudizi nella misura in cui le situazioni nelle quali siamo coinvolti, per qualche motivo ci ricordano quelle passate.

Quanto il mondo interno e l'attività fantasmatica influenzano le relazioni di lavoro? Visto che le fantasie sono strettamente intrecciate alle emozioni, le emozioni influenzano le relazioni? Ovviamente sì.

In realtà in ogni momento della nostra vita, così come in quella lavorativa, le fantasie si associano agli elementi di realtà, sia quando ci si trova di fronte a cambiamenti (inserimenti, trasferimenti, deleghe), sia nelle attività di routine.

Se nel passato tale fenomeno veniva ignorato ed i modelli professionali comportamentali proposti si stereotipavano su approcci che tendevano a scindere la parte emotiva, oggi, nei confronti di questi aspetti, l'atteggiamento delle organizzazioni va modificandosi.

La razionalità e la scientificità vanno rapportandosi sempre di più con la capacità di elaborare i vissuti, che ci consentano di disporre di maggiori strumenti per capire come si sente "l'altro" in una determinata situazione e quindi ad aiutarlo ad affrontare meglio eventuali difficoltà, a risolvere i problemi, a essere adeguato rispetto al compito assegnato.

Essere ricettivi e recepire l'altro, significa impiegare la propria mente come strumento sensibile alle vibrazioni ed agli echi inviati dalle proiezioni di qualcun altro. Tale ricettività non va confusa con la passività. Prima di poter registrare come si presenti l'altro, dobbiamo nutrire l'intento di scoprire: essere attenti, ed anche aperti a ricevere comunicazioni. Si tratta di un atteggiamento che, per l'ampiezza dell'apertura che lo caratterizzano, rassomiglia di più ad uno schermo radar che a un faro. (Salzberger-Wittenberg, 1970, p.132).

La fantasia quindi, come detto sopra, influenza il modo di percepire la realtà esterna, e quindi di comportarsi così come l'ambiente, ostile o amichevole, suscita fantasie corrispondenti che

tendono a "colorire" le situazioni favorendo spesso l'esagerazione sia in senso positivo che negativo.

La consapevolezza di questi fenomeni emotivi non deve indurre gli operatori sanitari ad atteggiamenti da pseudo-psicologo, ma aiutarci ad affrontare con maggiore obiettività le situazioni e a tollerare maggiormente emozioni altrui che, in realtà, non necessariamente sono rivolte a noi. La consapevolezza potrà poi essere utilizzata per essere più empatici, per ascoltare in modo più mirato, per mediare e facilitare la comunicazione con gli altri.

Sull'onda di questi concetti, le istituzioni oggi tentano di modificare il proprio assetto ricercando esperti che possano influenzare e stimolare la parte emotiva e del comportamento dei propri operatori.

Un'esperienza di questo tipo è stata vissuta presso l'Ospedale La Carità di Locarno grazie alla collaborazione di un esperto, il quale, da più di trentenni si occupa del tema dell'umore sul posto di lavoro nelle aziende, in cliniche e istituti sociali.

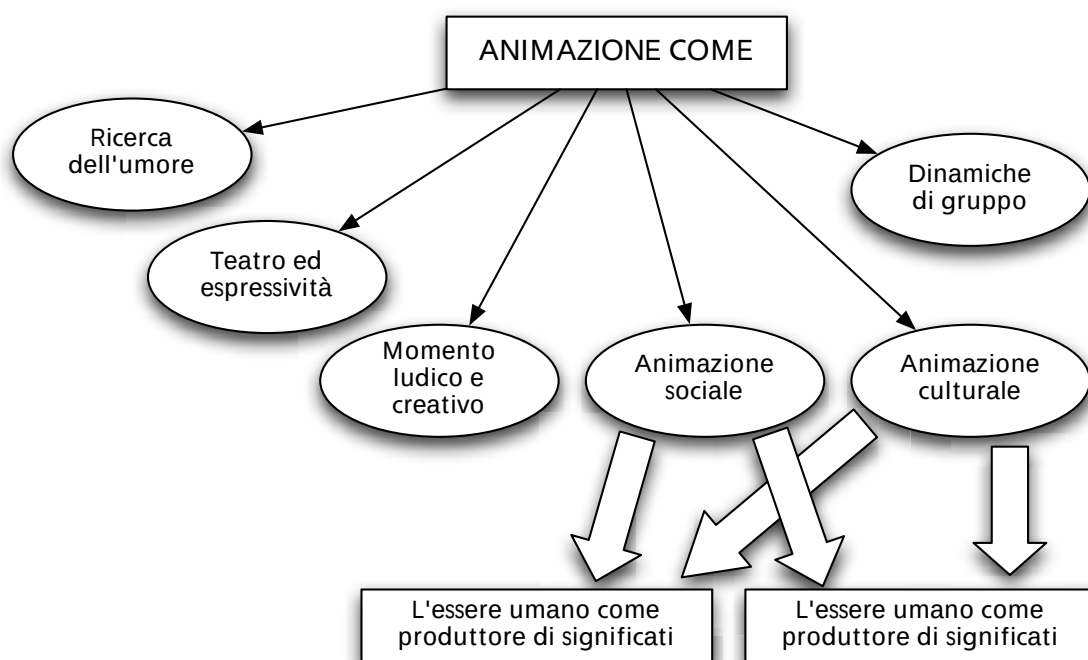
Si fa chiamare semplicemente Pello; sfrutta il potenziale del suo ramo professionale per il quotidiano lavorativo pratico di queste istituzioni, istruendo il personale e prendendo sul serio l'umore come risorsa individuale e strutturale, mostrando come il rapporto scherzoso può essere rielaborato con la realtà ed usufruito a favore dei collaboratori come pure della cultura aziendale.

Presentazione scientifica teorica e contenuti concreti e pratici, si uniscono con giochi intermitteni di intrattenimento ed umorismo. Attraverso un repertorio di clown e artista di maschere, Pello racconta, spiega, gioca, motiva, da dei consigli e guida, fa sperimentare il suo messaggio come pure offrire dello spazio per giocare, vivere, collaborare.

Ebbene sì, umore, vivacità e fervore non sono semplici "modi" per intrattenere, ma concetti educativi che valgono per ogni contesto. Sono innanzitutto uno stile, un modo di pensare e di agire. La capacità di "tradurre" una materia o una scienza in un linguaggio differente: è un modo per "animare".

Ecco quindi l'importanza di vivere oggi la professione infermieristica ampliando i propri modi di essere, rintracciando in sé anche un ruolo di animatore capace di incoraggiare, ispirare e promuovere.

Animazione si può quindi intendere come:



- relazionalità;
- apertura alla discussione;
- creatività organizzativa;
- capacità di ricercare linguaggi differenziati;
- capacità di gestione delle situazioni complesse;
- flessibilità;
- sensibilità alle variazioni del campo.

Ciò risulta applicabile se si mantiene la convinzione che è necessario credere che il raggiungimento di obiettivi d'équipe è frutto d'interazioni. Oggi le conoscenze, e lo sviluppo di nuovi saperi, impegnano ciascuno di noi a guardare avanti provando a personalizzare l'assistenza attraverso nuove strategie che consentono agli infermieri di tenere fede al proprio mandato anche in piena standardizzazione. Avere conoscenze significa immaginare il futuro e ipotizzare. Non averne, significa procedere per tentativi ed errori e rinchiudersi nelle certezze di ogni giorno.

Concludendo: ci sono due modi di stare nelle cose: guardando indietro, alla strada fatta e guardando avanti, a quella da fare. Guardare indietro consolida e rassicura, guardare avanti vuol dire lanciare sfide che non sempre dipendono dai singoli.

Attiva capacità di pensiero e di previsione più sofisticate. E' lo sguardo che sa reggere l'incertezza e l'imprevisto ed è tanto più acuto, quanto più sa mettere a frutto le esperienze passate.



Influenza aviaria: H5N1

Repubblica e Cantone Ticino
Ufficio del Medico cantonale

Situazione attuale

L'Influenza A (H5N1) - chiamata anche influenza aviaria o influenza dei polli - è un sottotipo del virus Influenza che è stato identificato negli uccelli (in particolare nei polli e negli uccelli acquatici). A metà dicembre 2003, una forma altamente patogena di influenza aviaria (Highly Pathogenic Avian Influenza [HPAI]) del sottotipo H5N1 è apparsa negli allevamenti di pollame della Corea del Sud. Da allora, diversi paesi asiatici sono stati colpiti da epidemie di influenza aviaria. In seguito, l'influenza aviaria si è diffusa verso ovest e ha raggiunto l'Europa in ottobre 2005.

In alcuni rari casi, il virus è stato trasmesso direttamente dal pollame all'uomo.

Finora la trasmissione del virus all'uomo è avvenuta in Cambogia, in Indonesia, in Thailandia e in Vietnam, principalmente in seguito a contatto con pollame infetto e con i suoi escrementi. In tre casi isolati, il virus Influenza A (H5N1) aviario è stato trasmesso a persone dopo contatto stretto con persone molto malate (a Hong Kong nel 1997, in Vietnam e in Thailandia nel 2004). In nessuno di questi casi, vi è stata una trasmissione ad altre persone.

L'influenza è un'infezione acuta dell'uomo conosciuta da secoli, che porta praticamente ogni inverno in Svizzera a delle epidemie d'intensità variabile. I virus Influenza fanno parte della famiglia degli Orthomyxovirus. Le infezioni causate dai virus Influenza colpiscono sia l'uomo, sia gli animali (maiali, uccelli, ecc.).

L'Influenza A (H5N1) - chiamata anche influenza aviaria o influenza dei polli - è un sottotipo del virus Influenza A che è stato identificato negli uccelli (in particolare i polli e gli uccelli acquatici). I ceppi del virus del sottotipo H5N1 possono causare due forme di malattia nel pollame:

- Low Pathogenic Avian Influenza: la malattia nel pollame infettato è caratterizzata da sintomi benigni: spesso solo delle piume arruffate o una diminuzione della produzione di uova.
- Highly Pathogenic Avian Influenza: praticamente il 100% del pollame malato muore entro breve tempo dall'infezione.

I ceppi di virus del sottotipo H5N1 che circolano attualmente in Asia appartengono alla forma altamente patogena di influenza aviaria (HPAI). In alcuni rari casi, il virus è stato trasmesso direttamente dal pollame all'uomo.

L'isolamento nell'uomo

Nel 1997, il virus Influenza A (H5N1) è stato isolato per la prima volta in un essere umano. In quell'occasione a Hong Kong (Cina), 18 persone in totale (adulti e bambini) si sono ammalate. L'infezione aveva causato la morte di 6 persone. In febbraio 2003, il virus Influenza A (H5N1) è stato isolato in un ragazzo e in suo padre nella provincia di Guangdong (Cina). Il padre è poi deceduto in seguito a una polmonite.

Dall'inizio dell'attuale epidemia di influenza aviaria nel Sud Est asiatico, l'infezione da Influenza A (H5N1) è stata provata in 122 persone in Cambogia, Indonesia, Thailandia e Vietnam. Finora 62 delle persone ammalatesi sono decedute.

Una tabella costantemente aggiornata dei casi confermati è pubblicata dall'OMS sul sito: www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/en/

La maggior parte delle persone sono state molto probabilmente infettate in seguito a contatto diretto con il pollame malato e con le loro secrezioni respiratorie e i loro escrementi.

Sono stati osservati casi isolati e limitati di trasmissione del virus da persona a persona, dopo contatto stretto con un malato.

Probabilità di pandemia

Allorché un nuovo virus Influenza appare, una pandemia diviene possibile, se da un lato questo virus è capace di suscitare una malattia nell'uomo (patogenicità importante) e se, d'altro lato, questo virus è facilmente trasmissibile (infettiosità elevata). Finora, il virus Influenza A (H5N1) non ha provocato importanti epidemie nell'uomo. Ciononostante, il rischio potenziale esiste dovuto al fatto che il virus può modificarsi nel corso del tempo, adattarsi all'uomo e acquisire un'infettiosità accresciuta. Alcuni studi di biologia molecolare hanno mostrato che il virus si è modificato geneticamente negli ultimi mesi. Allo stato attuale, non esiste alcun indizio incontestabile che mostri una mutazione del virus dell'influenza aviaria in una direzione che gli permetterebbe di essere trasmesso più facilmente dal pollame all'uomo o da persona a persona.

Attualmente non esiste sul mercato alcun vaccino contro il virus Influenza A (H5N1), ma un nuovo vaccino è in corso di sviluppo. La produzione eventuale di un simile vaccino richiederebbe diversi mesi.

Sulla base dell'Ordinanza sulla pandemia d'influenza del 1° giugno 2005, l'UFSP ha fatto una

richiesta pubblica per acquistare, appena sarà disponibile, un quantitativo di vaccino contro il virus Influenza A (H5N1) attualmente in circolazione nel Sud Est asiatico. L'acquisto di una quantità sufficiente a vaccinare 100'000 persone è stato deciso in funzione di diversi possibili scenari. Questa quantità è sufficiente per proteggere, in caso di introduzione dell'influenza aviaria in Svizzera, i gruppi professionali particolarmente esposti (personale mobilitato nella lotta contro le epidemie animali, veterinari, proprietari di pollame, come pure il personale medico e curante).

L'efficacia del vaccino contro l'influenza attualmente disponibile?

Il vaccino contro l'influenza della stagione 2005/2006 contiene le componenti seguenti: antigeni analoghi a Influenza A/Nuova Caledonia/20/99 (H1N1), antigeni analoghi a Influenza A/California/7/2004 (H3N2) e antigeni analoghi

a Influenza B/Shangai/361/2002. La vaccinazione contro l'influenza è il modo migliore per proteggersi contro i virus Influenza in circolazione durante la stagione influenzale. Il vaccino attuale non protegge però contro un'eventuale infezione dovuta a Influenza A (H5N1).

L'UFSP raccomanda la vaccinazione contro l'influenza, a tutte le persone con età superiore a 65 anni, così come alle persone - adulti e bambini - che soffrono di alcune malattie croniche o che hanno bisogno di controlli medici regolari. La vaccinazione è pure consigliata per gli ospiti di istituti di cura, case per anziani, cliniche e ospedali. Per evitare il rischio di contagio, si consiglia la vaccinazione anche al personale medico e curante, e a tutte le persone in stretto contatto con persone a rischio.

La versione completa del documento è scaricabile dal sito: www.ti.ch/med

COMUNICATO STAMPA

Concluso un corso di rianimazione cardio-polmonare per ragazzi di scuola media.

I più giovani rianimatori del Ticino

Questo il risultato di un corso di formazione pilota di rianimazione cardio-polmonare (RCP) e defibrillazione precoce a cui hanno partecipato con pieno successo, dal 12 al 22 settembre, 100 allievi della quarta media di Canobbio.

Il corso aveva come obiettivo la verifica della capacità dei ragazzi in età scolastica di acquisire le competenze necessarie secondo le direttive dello Swiss Resuscitation Council (SRC), ed è il risultato concreto della collaborazione tra la direzione della scuola media, il medico scolastico Dr. Andreas Wechsler, il Servizio Formazione della Croce Verde Lugano, l'Ospedale Regionale di Lugano, la Federazione Cantonale Ticinese dei Servizi Autoambulanze e la neo costituita Fondazione Ticino Cuore.

I 100 allievi hanno partecipato con entusiasmo alle dieci ore di formazione teorico-pratica, che si sono concluse con il test pratico e la certificazione ufficiale. Le competenze acquisite consistono nel saper ricercare e riconoscere i segni dell'arresto cardio-circolatorio, nella capacità di eseguire una rianimazione cardio-polmonare di base, e di somministrare una defibrillazione precoce con defibrillatori automatici in caso di fibrillazione ventricolare.

Il progetto pilota si inserisce bene nel contesto delle finalità della neo costituita Fondazione Ticino Cuore che mira a raddoppiare, entro i prossimi cinque anni, le possibilità di sopravvivenza delle persone colpite da arresto cardio-circolatorio in Ticino, promuovendo e intensificando la formazione nella popolazione.

La Federazione Cantonale Ticinese dei Servizi autoambulanze (FCTSA), in collaborazione con i servizi autoambulanza attivi sul territorio, da anni si prodiga per diffondere alla popolazione la formazione di base per la rianimazione cardio-pol-

monare. Il Canton Ticino annovera infatti il più alto numero di "laici" formati alla rianimazione cardio-polmonare, e anche le statistiche di sopravvivenza a seguito di un arresto cardio-respiratorio sono estremamente positive.

Forti di questi risultati sono stati intrapresi altri progetti innovativi quali appunto la costituzione di una Fondazione (Ticino Cuore) che si propone di reperire i fondi per incrementare la diffusione degli apparecchi defibrillatori, la partecipazione ad uno studio di importanza europea sulla fibrinolisi (studio Troica) e, non da ultimo, il progetto di formazione alla rianimazione per gli studenti.

Primo risultato da far emergere con fierezza è la certificazione delle competenze acquisite da parte degli allievi di Canobbio nel campo della rianimazione cardio-polmonare (RCP) e della defibrillazione precoce. Un successo che si auspica di ripetere estendendo la proposta del corso in questione ad altre scuole del Cantone Ticino. Un risultato che apre ai giovani la possibilità concreta e precoce di un impegno a favore della collettività: dare buona salute e per vivere più a lungo.



15

Approfondimenti

Perché divulgare la rianimazione cardio-polmonare (RCP)

Annualmente in Ticino si verificano ca. 250 casi di arresto cardio-circolatorio extraospedaliero. La fibrillazione ventricolare è la causa principale di morte improvvisa (80-85%). Purtroppo solo nel 20% dei casi si è saputo fare qualcosa prima dell'arrivo di un'autoambulanza. La rianimazione cardio-polmonare e la defibrillazione precoce aumentano in modo considerevole le probabilità di sopravvivenza. Il tasso di sopravvivenza, a seguito di un arresto cardio-circolatorio, si riduce del 7-10% ogni minuto che passa.

Nuova categoria di affiliazione per infermiere e infermieri indipendenti

In occasione dell'assemblea dei delegati del 16 giugno 2005 è stata approvata a grande maggioranza la mozione del comitato centrale di creare una nuova categoria di affiliazione per le infermiere e gli infermieri indipendenti con un numero RCC identificabile nella categoria 15 (vedi tabella).
 Per tale categoria la nuova quota d'adesione ammonta a Fr. 280.--, indipendentemente dal grado di occupazione. Con questa nuova quota si tiene conto delle prestazioni da parte dell'ASI nell'ambito del contratto collettivo per l'attività indipendente ed in particolare sono compresi: il programma di qualità, la rivista, la protezione giuridica, la consulenza per gli indipendenti, il sostegno finanziario della fondazione di previdenza. Persone che non sono affiliate all'ASI-SBK dovranno versare a Santésuisse una quota annua pari a fr. 200.– + fr. 100.– per il programma qualità (per un ammontare di fr. 300.–).

MEMBRI ASI-SBK	
CATEGORIA	PERCENTUALE LAVORATIVA
Categoria 11	51% - 100%
Categoria 12	11% - 50%
Categoria 13	Allievi
Categoria 14	0% - 10%
Categoria 15	Infermieri indipendenti

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

VACANZE NATALE

L'ufficio è chiuso
 dal 23.12.2005 al 08.01.2006