

Editoriale

Messaggio sul finanziamento delle cure Una proposta inaccettabile

ASI-Svizzera: In febbraio il Consiglio federale ha approvato il progetto per la nuova regolamentazione del finanziamento delle cure all'intenzione del Parlamento. Nel suo messaggio non rispetta il principio di solidarietà che sta alla base della legge sull'assicurazione malattia (LAMal), il cui obiettivo principale era il finanziamento equo del trattamento, della terapia e delle cure – tre pilastri di uguale importanza nel sistema sanitario.

Con la riforma del Consiglio federale, verrebbe ormai garantito solo un contributo per le cure di base prestate ai pazienti a livello ambulatoriale, a domicilio o presso un istituto medicalizzato. La distinzione tra cure di base e cure terapeutiche non è concepibile con la pratica infermieristica. Inoltre è inaccettabile, poiché discrimina le persone che soffrono di una malattia cronica, e richiedono delle cure.

L'ASI non capisce come si possa sottoporre al parlamento una proposta che già in fase di consultazione aveva incontrato una forte opposizione. Ciò è ancora più incomprensibile se si considera che gli erogatori di prestazioni (ASI, Associazione Spitex, Forum svizzero d'azione gerontologia in istituto) avevano sottoposto all'UFSP un modello di finanziamento alternativo.

Secondo l'ASI la nuova regolamentazione sociale del finanziamento delle cure deve basarsi sui seguenti principi:

- finanziamento chiaramente regolato sulla base dei costi complessivi
- definizioni delle cure compatibili alla pratica
- medesimo modello di finanziamento per le cure a domicilio, ambulatoriali e presso istituti medicalizzati

- coordinamento con i termini d'attesa di altre rilevanti assicurazioni sociali (AVS, AI)
- onere finanziario uguale per tutti

Ciò che conta è che il nuovo sistema di finanziamento delle cure ponga l'accento sul fatto che esse avvengano dove si possono soddisfare i bisogni dei pazienti, permettendo un ottimale sfruttamento delle risorse. Se il Consiglio federale riesce a imporre la sua idea al Parlamento, l'ASI non esiterà a ricorrere al referendum.

Elsbeth Wandeler

Sommario

2

- Pag. 1 Editoriale
2 Sommario

Cronaca Regionale

- 3 **Assemblea Generale ordinaria 2005**
Evoluzioni e conferenze
- 5 **Finanziamento delle cure e visibilità**
Elsbeth Wandeler

Approfondimenti

- 6 **Rendiamo visibili le cure**
D.F. Manara
- 9 **Obesità infantile e diabete**
Isabelle Avosti
- 11 **Valutazione reciproca tra un servizio autoambulanze e reparto di pronto soccorso**
- 15 **SUPSI**
Medical humanities

VACANZE ESTIVE
L'ufficio è chiuso dal 04.07.2005 al 18.07.2005
Apertura Martedì 19.07.2005

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

Assemblea generale ordinaria 2005

Evoluzioni e conferenze

Durante il 2004 tutti gli organi della Sezione Ticino, hanno lavorato a pieno regime per tradurre in pratica, nel modo più efficace possibile, gli scopi statutari.

Durante l'Assemblea Ordinaria vengono passate in rassegna le attività ed i risultati più significativi di iniziative, manifestazioni e giornate d'interesse svolte, e vengono ripercorse le tappe più salienti dei gruppi di lavoro e dei gruppi di interesse.

Sostanzialmente l'anno scorso è stato caratterizzato da:

- Un importante lavoro interno a favore dei membri, della qualità delle cure e la realizzazione della certificazione del centro di formazione dell'ASI.
- Un intenso lavoro di collaborazione con enti ed istituzioni nell'intento di promuovere una migliore politica professionale e sociale.

In particolare:

- un sostegno al gruppo GICA per il progetto di sviluppo del documento «Competenze del responsabile del settore cure in casa anziani».
- La realizzazione della giornata di studio del 12 Ottobre «L'evoluzione del ruolo infermieri-

stico tra sfide e cambiamenti: nuovi modelli, nuove figure professionali», organizzata in collaborazione con la Scuola Superiore di Cure infermieristiche.

- Una collaborazione intensa con l'Ente Ospedaliero Cantonale nell'ambito del costituito Forum EOC.

Per La politica sociale:

- La partecipazione ed il finanziamento della campagna «Sì al congedo maternità» ed alla campagna «16 Maggio 6 volte no» nell'ambito dei referendum cantonali e federali del 16 Maggio 2004.
- La partecipazione alle giornate di protesta e mobilitazione «No allo smaltimento del servizio pubblico».

Sul piano sindacale:

- La collaborazione con le organizzazioni sindacali per il rinnovo del contratto collettivo di lavoro delle Cliniche private, e la sottoscrizione di un accordo di collaborazione tra ASI/SBK Ticino, OCST e VPOD Ticino con l'intento di difendere e promuovere gli interessi dei propri membri.

ASSOCIAZIONE SVIZZERA INFERMIERE/I (ASI/SBK Ticino) - Chiasso
ORGANIZZAZIONE CRISTIANO SOCIALE TICINESE (OCST) - Lugano
SINDACATO DEI SERVIZI PUBBLICI (VPOD Ticino) - Lugano

Chiasso/Lugano, 23 Marzo 2005

ACCORDO DI COLLABORAZIONE

ASI/SBK Ticino, OCST e VPOD Ticino, con l'intento di difendere e promuovere gli interessi dei propri membri, sottoscrivono il seguente accordo di collaborazione:

1. si impegnano a discutere e concordare preventivamente una linea comune nei rinnovi dei contratti collettivi sottoscritti dalle organizzazioni sindacali e a discutere dei problemi di applicazione: in particolare si impegnano a concordare le modalità di partecipazione attiva per l'associazione professionale;
2. si impegnano a concordare preventivamente una linea comune sui problemi professionali del personale infermieristico e sulle misure di risparmio nel settore socio-sanitario;
3. si impegnano a sostenere la formazione professionale del personale infermieristico.

Lo specifico di tali argomentazioni è rintracciabile sul sito ufficiale: www.asiticino.ch

Viene ridefinita la composizione degli organi della sezione:

Nomine Comitato	Dal Borgo Rita Nizzola Claudio Avosti Isabelle Ferrari Paola Genovese Cristina Mariani Luzia Simoni-Giacobbe Laura Tomasoni Michela Treter De Lubomierz Cristina Uhr Guido	Presidente Vice Presidente
Delegati	Batistella Sr. Flavia Corti Isabel Gashi-Rezzonico Andreja Hohl Maria Luisa Sommacal-Boggini Cristina Thierauf Marion	
Supplenti Delegati	Cinesi Ivan Colla Zueger Manuela Mazzucato Luca Quadri Maurizio Scoletta Gian Luigi	

Alla fine dell'Assemblea Ordinaria sono seguiti: l'intervento della sig.ra Elsbeth Wandeler, Responsabile del settore politica professionale dell'ASI Svizzera, e la conferenza del docente di filosofia Prof. Duilio F. Manara.

Finanziamento delle cure e visibilità:

Intervento della Signora Elsbeth Wandeler all'Assemblea generale della Sezione Ticino

Infermiera diplomata e specialista clinico in salute pubblica

Responsabile del settore politica professionale dell'ASI Svizzera

Il 2004 è stato contrassegnato da innumerevoli cambiamenti sia a livello della formazione, che delle attività politiche relative alla revisione della LAMal. Proprio lo scorso anno vi avevo aggiornato a proposito della discussione sul finanziamento delle cure. Malgrado il grande impegno profuso dall'ASI oggi ci ritroviamo allo stesso punto rispetto ad un anno fa. Proprio allora il parlamento stava cercando delle possibilità di limitare il finanziamento delle cure come prestazione dell'assicurazione di base. Con il messaggio approvato nel febbraio di quest'anno per il nuovo regolamento del finanziamento delle cure, questo scenario, per noi inaccettabile, è diventato realtà. Questo messaggio è un chiaro rifiuto dei principi solidari della LAMal, il cui obiettivo principale era il finanziamento equo di trattamento, terapia e cure quali pilastri dell'assistenza sanitaria. La distinzione di finanziamento proposta tra cure di base e cure terapeutiche non è realizzabile a livello pratico e porta ad una chiara discriminazione dei malati cronici e bisognosi di cure. Questa situazione mette in discussione la solidarietà tra persone sane e malate, come pure tra pazienti acuti e cronici. Si tratta di un cambiamento che non riguarda solo i pazienti, ma è strettamente legato al concetto di cura come servizio nel settore sanitario, e di curante come erogatore di prestazione.

I prossimi mesi saranno caratterizzati dalla discussione sull'analisi della mancata idoneità della proposta federale, e sull'impossibilità di distinguere, a livello pratico, tra cure di base e cure terapeutiche. Proprio a partire da queste riflessioni l'ASI ha lanciato l'anno della visibilità delle cure. Siamo noi, infermiere diplomate, che dobbiamo mostrare che cosa sono le cure, qual è il loro effetto e qual è il loro valore economico. Sfruttate questa opportunità per parlarne con le autorità, i politici e i media. Spiegate loro non solo **ciò che fate**, ma soprattutto **perché** lo fate e che cosa succederebbe se non lo poteste più fare. Non perdetevi nella teoria, ma raccontate aneddoti e descrivete situazioni che illustrano come nella pratica una simile distinzione tra cure di base e cure terapeutiche sia priva di senso e come non corrisponda al mandato delle cure.

In altre parole: "Solo chi è in grado di parlare delle cure e sa che cosa esse rappresentino e offrono è in grado di esercitare un'influenza e di realizzare ciò che viene richiesto. Se le cure non si fanno notare, non saranno notate neppure nella ripartizione delle risorse.

L'ASI ha invitato i suoi membri a usare l'anno

della visibilità per svolgere delle attività e abbiamo organizzato una borsa delle idee sulla nostra homepage.

Eccovi alcuni esempi delle proposte che abbiamo ricevuto:

Giornata delle infermiere (12 maggio): quest'anno la "Giornata delle infermiere" deve diventare una giornata visibile delle cure. I professionisti sono invitati a farsi accompagnare mentre svolgono il loro lavoro da amici, vicini, politici, colleghi o familiari. Mostrano ciò che fanno e spiegano perché lo fanno e che cosa succederebbe se non lo facessero.

Un esempio

Su iniziativa della sezione S.Gallo/Turgovia/Appenzello il consigliere agli Stati Eugen David, presidente della cassa malati Helsana, si è detto pronto a mettersi a disposizione delle cure per un giorno nel mese di maggio. La mattina lavorerà nell'ambito delle cure, e il pomeriggio parteciperà ad un colloquio di riflessione.

Un'altra proposta

in occasione della sua assemblea generale l'associazione per la promozione della ricerca infermieristica vorrebbe esporre delle foto sul tema «Rendere visibili le cure» e a tale scopo lancia un concorso fotografico.

Una proposta della Sezione di Berna

12 giugno Corsa svizzera delle donne a Berna. L'ASI approfitta di questa grande manifestazione per rendere visibile ciò che le cure mettono in moto e che cosa offrono. Sono previste diverse azioni, ad esempio una partenza in gruppo con la stessa T-shirt e una bancarella nel villaggio in cui si svolge la corsa. Le iscrizioni possono essere inoltrate entro fine marzo presso il segretariato centrale dell'ASI.

Inchiesta a Ginevra: un gruppo ginevrino di infermiere post dipl. I vorrebbe scoprire ciò che sa la gente del lavoro quotidiano dei curanti e sta preparando un'inchiesta. In base ai dati raccolti si potrebbe sviluppare un'informazione mirata all'indirizzo dei pazienti.

Ovviamente saremo lieti di accogliere anche le vostre idee o la vostra partecipazione ad uno di questi progetti.

Conferenza:

Rendiamo visibili le cure

D.F. Manara (*)

6

Approfondimenti

Cari colleghi, anzitutto grazie per questa occasione di incontro e di scambio, in un contesto così importante quale quello della vostra Assemblea generale annuale.

Celebrate il 2005 come *anno della visibilità delle cure*. Leggo nel vostro sito:

«Ogni anno in Svizzera, migliaia di infermiere e infermieri salvano delle vite. Troppo spesso la complessità delle cure e la loro utilità sono ancora largamente misconosciute. Una rivalorizzazione dell'immagine dell'infermiere è necessaria ed urgente».

L'urgenza di questo argomento si riscontra nella incalzante domanda della gente comune: «Ma, alla fine, che cosa fanno le infermiere?» In effetti, rispondere alla domanda non spetta ad altri che a noi; se non lo facciamo ne va della nostra stessa sopravvivenza e della salute del nostro paziente.

Com'è noto, la prima a porsi questa fatidica domanda fu la madrina della moderna professione infermieristica, Florence Nightingale. Perché di *professione* si trattò sin d'allora, e non più di mestiere o di praticantato, come avveniva da millenni, sotto la spinta motivazionale della solidarietà culturale o religiosa.

Proveremo ad indicare alcune strategie e progetti per rendere finalmente visibili le cure infermieristiche.

L'invisibilità delle cose importanti

Come per tutte le grandi cose dell'uomo – quelle che toccano in profondità la sua natura – anche l'assistenza sperimenta una sorta di invisibilità, di indicibilità, di inestimabilità.

E la cura è una di quelle cose che, paradossalmente, è più facile a farsi che a dirsi...

Noi abbiamo scelto di fare gli infermieri perché siamo gratificati dall'assistenza infermieristica e abbiamo intuito che essa è profondamente diversa dalla medicina. Mentre la salute per il medico è la guarigione della malattia del malato,

la guarigione cui mira l'infermiere è la guarigione del malato, di tutto il malato, in termini di *salute ancora possibile*, di *senso* attribuito alla vita e alla *qualità di vita* che gli rimane da vivere. Ebbene, *questa* guarigione passa prima dalla *relazione* che dalla *tecnica*, prima dalla *prossimità* che dalla *scienza*.

Com'è difficile far vedere, dietro a questa relazione così tipicamente e sinceramente *umana*, gli sforzi personali del singolo infermiere in termini di acquisizione di complesse conoscenze scientifiche, di sviluppo di specifiche e difficili abilità tecnico-manuali e di coltivazione continua delle sue sensibilità etico-relazionali! Ecco la questione: possiamo far crescere la visibilità delle cure senza degradarne la natura?

Rendiamo visibili le cure

Non ho dubbi: nessuno sforzo avrà buon esito se non si inizia dalla singola relazione tra la singola infermiera e il suo paziente. Come affermava Virginia Henderson al termine del suo famoso testo del 1966: «Infine, e fondamentalmente, la qualità dell'assistenza infermieristica dipende da colui che la eroga»¹⁾.

Occorre quindi iniziare dal livello clinico-esperienziale poiché, il vero nemico di una professione di servizio come la nostra non è il medico, l'amministratore o il politico, ma il cattivo professionista²⁾. E certo non dobbiamo lavorare solo a livello operativo: accanto a questo occorre presidiare con politiche e strategie integrate e proattive tutti i fronti problematici.

Rendiamo visibili le cure a livello clinico-esperienziale: l'assistenza dipende da chi la eroga...

Credo che nessuno di noi voglia alcun riconoscimento sociale che non sia fortemente giustificato dai fatti per cui lo meritiamo.

(*) Duilio F. Manara, I.I.D., è docente a contratto di *Teoria e Filosofia dell'assistenza infermieristica* presso il Corso di Laurea in Infermieristica ed il Master universitario di primo livello in Management infermieristico dell'Università *Vita-Salute* San Raffaele di Milano (tel. 02-26432522; e-mail manara.duilio@hsr.it).

1) Virginia Henderson, *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research and education*, Mcmillan, Macmillan Co., New York, 1966, p 132.

2) Come scriveva Cantarelli « Il concorrente peggiore in un sistema di servizi non è tanto colui che opera con successo, ma colui che entra in operazione senza preparazione. L'incompetenza di uno solo può distruggere lo status di tutti quelli che operano con professionalità». Marisa Cantarelli, «La dirigenza infermieristica: per una migliore qualità dell'assistenza infermieristica», XXV Corso di aggiornamento dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, *Azienda sanitaria e Qualità dei servizi*, Passo della Mendola, 17 luglio 1992.

Tutto questo richiede al singolo infermiere di mantenere viva ed accrescere in sé l'opzione fondamentale verso il paziente, una scelta di apertura all'altro che è il fondamento di ogni etica clinica e che si concretizza in una continua auto-osservazione e in un sano senso critico mai disgiunto dalla capacità di sollevare propositivamente i problemi che incontriamo.

Ma per rendere visibili le cure a livello clinico occorre anche evidenziare i risultati che otteniamo per la salute del malato, non solo, come vedremo poi, a livello di produzione scientifica, ma anche a livello di esperienza soggettiva. Infatti, in questa battaglia a favore della visibilità del nostro lavoro abbiamo un grande alleato nel malato stesso.

E allora perché non ci rivolgiamo direttamente al paziente, chiedendogli di raccontarci per iscritto cosa ha fatto per lui l'infermiera che l'ha assistito? Anche solo sul retro di una cartolina... Se alla fine dell'anno potessimo contare su centinaia di migliaia di cartoline, che mole di consensi! che movimento di opinione! che forza di pressione sarebbe esercitata sugli organi di stampa e sulla classe politica!

Rendiamo visibili le cure a livello scientifico-accademico: più ricerca, più confronto, più cultura...

«*Sapere aude!* Abbi il coraggio di servirti della tua propria intelligenza!» Facciamo nostro questo famoso motto kantiano e, finalmente, prendiamo possesso della nostra parte di eredità che ci viene dalla millenaria sapienza legata alla cura, approfondiamo le sue basi naturali e relazionali, sperimentiamo e validiamo le migliori procedure tecnico-assistenziali e sviluppiamo metodologie e quadri teorici che permettano di sostenere il punto di vista dell'infermiere nel consenso delle altre discipline sanitarie – con l'unico scopo lecito del miglior bene dei nostri pazienti.

Rendiamo visibili le cure a livello pratico-organizzativo: ricercando il fine ultimo dell'organizzazione delle cure...

Anche a livello organizzativo occorre lavorare affinché i singoli professionisti siano messi in grado di esercitare al meglio la loro professione. La responsabilità di questo difficile compito è assegnata agli infermieri coordinatori: ad essi

è assegnato il compito dell'organizzazione e della gestione dell'Unità operativa nella speranza che non perdano mai di vista il fine ultimo delle cure, a vantaggio della pur necessaria efficienza/economizzazione complessiva del servizio.

Più in particolare, vorrei legare la visibilità delle cure al grande tema della qualità. Esistono indicatori di governo e di qualità specificamente costruiti attorno alle differenti competenze professionali. Si tratta di misure oggettive quantitative di struttura, di processi sanitari oppure di indicatori di esito³. In altre parole si tratta di concretizzare le teorizzazioni e le sperimentazioni.

Ciò che deve essere chiaro è che la qualità dell'assistenza infermieristica ha a che fare direttamente con il prodotto economico dell'azienda. Come sostiene Richard Normann: «La qualità non è fine a se stessa. Essa è, e chiaramente si dovrebbe vederla in questo modo, strettamente connessa all'efficienza e alla redditività»⁴, la qual cosa ci porta direttamente al prossimo ed ultimo paragrafo.

Rendiamo visibili le cure a livello politico-economico: quantificare l'inquantificabile...

Forse non ne siamo ancora pienamente consapevoli, ma come infermieri siamo parte di una società che forse non vuole vederci. Siamo portatori di valori in controtendenza rispetto a quelli dominanti, esperti e testimoni di dolorosi «episodi di vita», e forse proprio per questo, siamo in piena «crisi vocazionale». Infatti, ha ragione Edoardo Manzoni quando dice che, in ogni epoca, «l'assistenza è la concretizzazione storica e culturale del principio di solidarietà»⁵. Un sociologo tedesco ha proposto di caratterizzare il nostro tempo come quello della «società della gratificazione istantanea»⁶. Inquietanti sono le mozioni sociali sottese a questo fenomeno, che potremmo riassumere nella sequenza: precarietà, insicurezza, individualismo, gratificazione di ogni desiderio.

Ma, come affermava saggiamente Vincenzo Bonandrini, «il consumo costruisce le identità per differenza mentre la solidarietà costruisce l'identità per cooperazione». In conclusione, nella nostra società le cure infermieristiche soffrono perché è il concetto stesso di solidarietà ad essere in crisi.

Fortunatamente la professione infermieristica è

3 Cfr. C. Calamandrei, C. Orlandi, *La dirigenza infermieristica*, McGraw-Hill, Milano, 2002, pp. 436ss.

4 R. Normann, *La gestione strategica dei servizi*, ETAS libri, Milano, 1985, p. 188.

5 E. Manzoni, *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*, Masson, Milano, 1996.

6 Gerhad Schulze, *Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart*, [La società della gratificazione istantanea. Sociologia culturale del presente], Campus, Frankfurt - New York, 1992.

sempre più presente quando si parla di salute nel dibattito culturale e istituzionale. Certo anche in questo caso si può fare ancora meglio e di più, ma direi soprattutto che occorre fare di più, e in fretta, nello studio del fenomeno assistenziale dalla prospettiva economica.

Credo che – in un'epoca di risorse sempre più scarse – un'analisi approfondita della sostenibilità economica della salute assistenziale che immaginiamo per i nostri pazienti debba intendersi come prioritaria. Tutte le attività richiamate sinora per rendere visibili le cure hanno una ricaduta economica importante e da non sottovalutare.

Ma attenzione: come giustamente continuiamo a ripetere, anche il decidere di non presidiare queste attività avrà delle pesanti ricadute economiche – nel peggioramento della salute dei

cittadini, nell'aumento del tourn over infermieristico, negli sprechi, nelle diseconomie di scala, ecc.

Conclusioni

All'inizio di questo breve percorso ci eravamo posti l'obiettivo di rendere visibili le cure nella loro complessità senza degradarne la natura, ossia ricercando quelle variabili che potessero renderle oggettive, ma senza rifuggire da quelle più intime e soggettive.

Siamo noi che vogliamo crescere professionalmente mostrando agli altri il valore della nostra prassi, ma non possiamo e nemmeno vogliamo perdere il contatto con il mistero che questa nasconde.

Giornata nazionale della ricerca in cure palliative

Mercoledì, 28 Settembre 2005

S. Gallo, Kantonsspital

Scopo

- Incentivare l'interesse per la ricerca in cure palliative mediante relazioni di esperti di diversi gruppi professionali
- Agevolare praticamente, per mezzo di gruppi di lavoro diretti da esperti nazionali ed esteri, i progetti di ricerca di ogni grado e di differenti gruppi professionali
- Sviluppare ulteriormente una strategia nazionale di ricerca in cure palliative.

Esperti

Esperti nazionali ed esteri e rappresentanti di diversi gruppi professionali terranno le relazioni, dirigeranno i gruppi di lavoro e discuteranno le strategie.

Hanno aderito quali esperti:

- Sig.ra Senatore Sharon Carstairs (Ottawa, Canada)
- Prof Irene Higginson (Londra)
- Dr. Rolfe Sean Morrison (New York).

Sono stati contattati altri esperti svizzeri ed esteri.

Lingua

È prevista la traduzione simultanea in tedesco e in francese.

A chi è rivolto

In questa giornata sussiste la possibilità pratica di discutere con gli esperti, e fra voi, le vostre idee di ricerca - progetti - risultati - strategie - e possibilità di finanziamenti al livello corrispondente alle vostre necessità. Sono stati invitati medici, infermiere/i e rappresentanti di altri gruppi professionali.

Organizzazione e contatto

Segretariato del congresso

Sig.ra Doris Hoevel, Rorschacherstr. 150, 9006 St. Gallen. Tel.: 071 243 00 32, Fax: 071 245 68 05

E-mail: eso-@sg.zetup.ch

Responsabile del programma

Florian Strasser, Onkologie & Palliativmedizin, Onkologie/ Hamatologie, DIM, Kantonsspital, 9007 St. Gallen.+ 41 71 494 11 11

E-mails: Florian.strasser@kssg.ch; fstrasser@bluewin.ch; f.strasser@palliative.ch

Obesità infantile e diabete

a cura di Isabelle Avosti, Infermiera specializzata in diabetologia presso l'Ospedale La Carità di Locarno

Grande successo per il progetto di promozione della salute organizzato dall'Ospedale regionale di Locarno La Carità: la mostra interattiva sul tema dell'obesità infantile e diabete raccoglie i consensi delle scuole del locarnese!

I servizi di **diabetologia e dietologia** hanno realizzato un progetto interdisciplinare per sensibilizzare la popolazione giovane ad un problema attuale sempre più frequente e che prende proporzioni inquietanti. Il diabete è stato definito dall'OMS epidemia del XXI secolo e l'obesità colpisce circa 300 milioni di persone oggi nel mondo, tra cui sempre più ragazzi. In Svizzera, 20% dei bambini da 6 a 12 anni sono in sovrappeso e il 4% è obeso. Negli ultimi 10-15 anni, i casi sono raddoppiati. L'obesità è un fattore di rischio maggiore per il diabete, nonché per altre patologie (disturbi cardiovascolari, polmonari, locomotori, ormonali). Ha inoltre conseguenze psicosociali che riducono la qualità di vita.

Lo scopo del progetto è di sensibilizzare le persone grazie ad un lavoro di **promozione della salute** rivolto ai ragazzi, includendo (condizione determinante per la riuscita del progetto) il pubblico adulto dei genitori e docenti. Per questo motivo abbiamo offerto alle scuole e agli adulti coinvolti un momento di riflessione sui comportamenti quotidiani in relazione all'alimentazione, all'attività fisica e alle abitudini di vita legate alla propria salute.

Il progetto è articolato in varie fasi/interventi:

- Mostra permanente dal 17 febbraio al 8 aprile 2005 con visite guidate per le scuole di IVa e Va elementari del locarnese
- Conferenza serale giovedì 24 febbraio 2005 all'Ospedale di Locarno sul tema Obesità infantile e diabete con specialisti del ramo (diabetologo, medico dello sport, pediatra, dietista, psicologa)
- Informazione al pubblico tramite comunicati stampa e media

Mostra permanente

Per ospitare i quadri della mostra, il corridoio dell'Ospedale regionale di Locarno La Carità è stato scelto per favorire la visione dei poster da un numero massimo di persone, di ogni età, per scuole, pazienti, visite, e personale dell'istituto. La commissione culturale dell'ospedale ha gen-

tilmente messo a disposizione la struttura, permettendoci pure, considerate le numerose richieste delle scuole, di prolungare la mostra di una settimana fino al 8 aprile invece del 31 marzo. I poster sono stati realizzati da un disegnatore e filosofo della Svizzera Romanda, Pécub, il quale ha seguito le nostre indicazioni per illustrare i messaggi importanti da trasmettere ai ragazzi: un messaggio per poster, tanti colori e poco testo.

Prima delle vacanze di Natale, le direzioni delle scuole hanno ricevuto un invito per partecipare alla visita guidata della mostra, si sono poi annunciate per pianificare il momento della visita, di regola al mattino, dalle 8.45 alle 10.30 per un gruppo, dalle 9.45 alle 11.30 per l'altro.

La visita guidata della mostra, per le scuole, è suddivisa in tre momenti: **visione interattiva** dei poster, lasciando ampio spazio alle osservazioni e commenti dei bambini, pausa **merenda sana** a base di frutta fresca e acqua e poi movimento in musica con una fisioterapista specializzata in **Danzamovimentoterapia**. Durante le visite guidate abbiamo avuto il piacere di costatare che i bambini avevano per lo più già avuto in classe una preparazione teorica sui temi sviluppati, e hanno partecipato in modo attivo alla mattinata. Chi aveva il nonno con diabete, la bisnonna che faceva punture, sportivi di tutti i giorni con attività innumerevoli, chi giocava con playstation con restrizioni o liberamente, chi andava al Mac Donald per le grandi occasioni, abbiamo avuto modo di sentire reazioni di ogni tipo.

Oltre alle visite guidate, due o quattro classi per settimana, il progetto ha suscitato richieste puntuali (doposcuola di Orselina-Brione, scuole medie, liceo di Locarno, medici, associazioni sportive, ASIPAO – Associazione Svizzera Italiana Persone Affette di Obesità) e offerte di collaborazione, nonché l'interesse dell'Ufficio del Medico



Cantonale, medicina scolastica. Il Dr I. Cassis, medico Cantonale, ha partecipato al vernissage della mostra, proponendo in futuro di fare girare la mostra nel Cantone, nelle scuole oppure in altri ospedali, per diffondere il messaggio della prevenzione e in modo originale, ludico e mirato. Noi speriamo con ciò di agire in modo molto concreto, trasmettendo concetti e consigli positivi per le famiglie attraverso la scuola, i docenti, i bambini stessi.

Dépliant della mostra

Durante tutta la mostra, abbiamo messo a disposizione dei visitatori un **fascicolo** realizzato per fungere da tramite tra bambini – docenti – genitori, un filo rosso per «entrare» nelle case, provocare una reazione, fare riflettere. Il fascicolo spiega in modo comprensibile per tutti, senza essere restrittivo, i concetti esposti: obesità e diabete, definizioni, cifre, cause, prevenzione e trattamenti, sedentarietà e attività fisica. Abbiamo insistito sul **ruolo dei genitori** nella prevenzione, il ruolo dei genitori è fondamentale, da solo il bambino non riesce ad applicare regole importanti per la sua salute se non ha un modello da seguire. La famiglia influisce in maniera decisiva sul comportamento dei bambini in rapporto all'alimentazione e all'esercizio fisi-



co. Educare è mostrare la via: incoraggiare, essere un esempio, stabilire delle regole, fissare dei limiti, essere coerente, far partecipare alle decisioni senza rinunciare alla propria responsabilità.

Il libretto è inoltre stato utilizzato a scuola da chi è venuto alla mostra, come supporto per riflettere in classe su quanto osservato. È a disposizione di ogni visitatore, ed è stato distribuito ad ogni partecipante alla conferenza.

Valutazione

Aprire l'Ospedale al pubblico, renderlo promotore di salute e non solamente luogo di sofferenza e dolore, è per noi molto importante. Questo vale soprattutto per i bambini, affinché possano presto essere sensibili al fatto che la loro salute è solo una, e che occorre prenderne cura già dall'inizio della vita! L'impatto del progetto, difficilmente misurabile, può comunque essere considerato molto positivo in seguito all'interesse crescente delle persone che hanno visto i quadri. Il passa parola ha avuto un suo effetto e, oltre al calendario prestabilito, sono state numerose le persone o associazioni interessate alla visita oppure alla collaborazione. Molti si chiedevano come si poteva illustrare un tema così delicato come obesità infantile e diabete, come fare una mostra con tali argomenti: si aspettavano poster scientifici con tanto di statistiche o spiegazioni fisiopatologiche...

Crediamo che visitare la mostra è stato il punto di partenza di una riflessione sui propri comportamenti, sulle abitudini alimentari e l'importanza dell'attività fisica per mantenere un corpo in salute e prevenire disturbi. I bambini hanno portato a casa informazioni e consigli, vogliamo credere che piano piano, prima o poi, la riflessione porterà i suoi frutti.

Nel progetto è stato fondamentale lavorare in modo inter e multidisciplinare: il tema tocca tutti i campi della medicina: hanno partecipato al progetto Dr Ramelli Fabio, diabetologo, Dr Romano GianAntonio, medico dello sport, Dr Buetti Luca, pediatra, Drssa Ragazzi Tamagni, psicologa, Antonella Marigo, fisioterapista.

Realizzazione:

Isabelle Avosti, infermiera spec. in diabetologia OD. Emmanuelle Küpfer, dietista OD.

Valutazione reciproca tra un servizio autoambulanze e un reparto di pronto soccorso

Valutazione qualitativa e soggettiva del trattamento e delle procedure di consegna dei pazienti con equilibrio vitale minacciato

D. Pasquali¹, R. Sieber², G. Savary³, F. Tami⁴, S. Sulmoni⁵, B. Aspelin-Valsecchi⁶, M. Brachetti⁷, R. Pozzetti⁸, S. Sinardi⁹, G. Gasparini¹⁰

11

Approfondimenti

Introduzione

Il reparto di pronto soccorso (PS), equivalenza del Dipartimento Emergenza e Accettazione (D.E.A.) nella vicina Italia, è l'interfaccia di congiunzione tra i due anelli nella catena del salvataggio; l'anello preospedaliero e quello dell'ospedale.

La consegna del paziente dall'equipe di soccorso agli operatori del Dipartimento Emergenza sancisce il momento di passaggio di responsabilità, di continuazione delle cure e di informazioni sull'evento in corso. La consegna del paziente è un complesso processo che se applicato in modo adeguato permette di soddisfare le esigenze del paziente ma anche le motivazioni del personale curante.

La valutazione della qualità di un servizio in genere consiste nell'apprezzamento del vissuto soggettivo. Nella soddisfazione del cliente in relazione al servizio utilizzato e nella qualità oggettiva che in ambito sanitario è legata all'appropriatezza e correttezza delle cure prestate. Il cliente-paziente comune però generalmente non è in grado di valutare l'aspetto tecnico o la scelta diagnostico-terapeutica, egli si sofferma sugli aspetti legati alla comunicazione e al comfort del servizio. Risulta difficile valutare questo aspetto dell'assistenza nel corso di un intervento di soccorso se non direttamente attraverso dei controlli che però influenzano il comportamento stesso degli operatori modificandone i risultati (effetto Hawthorne). In questo lavoro si è cercato di strutturare un modello di valutazione tra pari che permettesse di identificare l'appropriatezza e la correttezza delle cure secondo l'apprezzamento dei professionisti (medici e infermieri) che ricevono il paziente nel reparto di pronto soccorso.

Partecipanti e periodo di valutazione

La valutazione si è svolta a Lugano presso due servizi differenti. Il primo servizio è il reparto di pronto soccorso (PS) dell'Ospedale Regionale di Lugano dell'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC). Il secondo è il servizio autoambulanze della Croce Verde di Lugano, servizio preospedaliero (SP) accreditato e indipendente che opera con personale professionale (soccorritori professionisti, medici in formazione di medicina d'urgenza o infermieri specializzati in cure intense o anestesia) che nelle fasce serali e festive è coadiuvato da personale volontario. Il sistema di soccorso fa capo ad una centrale d'allarme unica per tutto il cantone (Ticino Soccorso, Numero telefono unico 144).

Il gruppo di progetto che si è costituito è composto dal capo reparto e dal responsabile medico del pronto soccorso (PS) dell'Ospedale Regionale di Lugano (ORL), dal direttore medico e dal capo servizio del servizio autoambulanze (SP) della Croce Verde di Lugano. Il responsabile della qualità del SP è capo progetto e ha il ruolo di coordinare il gruppo. Nella fase di realizzazione delle procedure, questo gruppo ristretto è stato affiancato da 2 rappresentanti delle due strutture (gruppo allargato). L'obiettivo di questa scelta è stato quello di coinvolgere il personale operativo per realizzare delle procedure di consegna del paziente che fossero attuabili nella realtà dell'attività.

Il progetto è iniziato a settembre del 2003 e si è concluso a novembre del 2004.

Procedura di consegna del paziente

In fase di progettazione è stata definita la procedura di consegna identificando le priorità e le responsabilità degli operatori. Questa è stata

1 Responsabile Servizio Qualità.

2 Capo Servizio.

3 Direttore Medico.

4 Capo Servizio.

5 Capo Reparto.

6, 9, 10 Collaboratori del Servizio Autoambulanze della Croce Verde Lugano, TI, Svizzera.

7, 8 Collaboratori del servizio di pronto soccorso Ospedale Regionale di Lugano, sede Ospedale Civico, Lugano, TI, Svizzera.

elaborata con il gruppo di professionisti (gruppo esteso) e testata direttamente dalle equipe dopo un periodo di formazione.

Livello di soddisfazione e rispetto delle procedure

La valutazione è stata realizzata attraverso 2 questionari di valutazione (un modello per ogni servizio) da compilare alla fine dell'intervento alla presenza di tutti i membri della propria squadra.

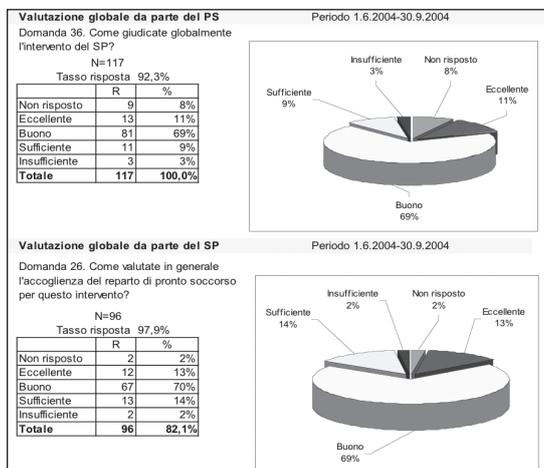


Risultati

I risultati sono stati suddivisi in funzione delle diverse caratteristiche del servizio erogato che il gruppo aveva definito.

- Completezza delle informazioni
- Modalità di comunicazione
- Contenuti e procedura di consegna
- Indice di gravità identificato congruente
- Trattamento effettuato
- Valutazione soggettiva globale sull'accoglienza ricevuta

Procedura consegna del paziente



La procedura formalizzata della consegna dei pazienti con equilibrio vitale minacciato consiste nella definizione di importanti aspetti strutturali e di processo.

1. All'arrivo dell'equipe SP sul luogo dell'intervento viene definita la gravità del paziente senza tralasciare la dinamica dell'evento e già in questa prima valutazione viene effettuato un primo annuncio al PS. Questo permette al personale PS di prepararsi all'evento (generalmente 20-30 minuti prima dell'arrivo del paziente). Alla partenza dell'autoambulanza per l'ospedale un secondo annuncio al PS conferma o annulla questo «pre-allarme».
2. La posizione dei diversi attori nel locale del PS permette di meglio fruire delle informazioni fornite dall'equipe di soccorso.
3. La visualizzazione del leader del PS, mediante apposito giubbino, permette di effettuare la consegna alla persona competente e di non doverla ripetere in un secondo tempo.
4. La posizione della barella con a bordo il paziente dovrebbe essere distante dal lettino del PS. Attraverso questo accorgimento si impedisce al personale PS di effettuare le manovre di trasbordo. L'obiettivo è evitare che questo si distraiga durante la consegna verbale, o effettui manipolazioni inadeguate dei presidi applicati al paziente.
5. La responsabilità in caso di una complicazione urgente e vitale del paziente prima che venga effettuata la consegna è dell'equipe del SP. Infatti è questa che conosce la storia e il trattamento effettuato al paziente.
6. La priorità delle informazioni da trasmettere è stata identificata in funzione della gravità del paziente. In una prima fase vengono espressi i problemi principali urgenti secondo il metodo ABCD, in un secondo tempo vengono fornite le informazioni sulla storia clinica del paziente (se questa è stato possibile ricostruirla).

Discussione

Valutazione soggettiva

Le valutazioni qualitative sono caratterizzate dagli elementi soggettivi espressi dagli intervistati e in questa situazione la soggettività è stata messa a confronto tra i 2 team (PS o SP). L'eterogeneità dei gruppi e delle situazioni hanno rappresentato uno spaccato evolutivo della realtà. Era intenzione del gruppo di progetto misurare un apprezzamento dei collaboratori di questa realtà.

NACA

Dal lavoro emerge che la determinazione dell'indice di gravità NACA differisce in funzione dei momenti nel quale questo viene rilevato. Ci sono molti fattori che influenzano l'indice di

gravità, siamo rimasti positivamente sorpresi del numero elevato di interventi dove questo valore era il medesimo per i due team al momento della consegna.

Leader e completezza team PS

Il risultato sulla ripetizione della consegna a membri differenti del team di PS è un indicatore dell'incompletezza del team stesso. L'assenza di un leader in un gruppo può diventare motivo d'incertezza nel trattamento del paziente che potrebbe far sorgere errori e conflitti di responsabilità. La non identificazione del leader del team PS quindi ha sorpreso il gruppo e lo ha fatto riflettere sulle modalità organizzative. Questo elemento, oltre che prolungare la durata della consegna, potrebbe ostacolare un corretto proseguimento delle cure.

Completezza del trattamento

I risultati positivi sulla completezza e sul corretto proseguimento del trattamento hanno ampiamente rispettato le aspettative. Il risultato riflette un alto grado di formazione dei team del Servizio Autoambulanze costituiti principalmente da soccorritori professionisti assistiti da soccorritori volontari e coadiuvati da infermieri specializzati o da medici formati nel soccorso.

Comunicazione

Era emerso che alcuni medici o infermieri, durante la fase di consegna, trasferivano il paziente dalla barella al letto del PS prima di avere ricevuto le informazioni necessarie. In questo modo, oltre a non seguire con attenzione le indicazioni fornite nella consegna, andavano a manipolare senza cognizione di causa i diversi

dispositivi (canule, monitor, stecche, ecc.) applicati dal «team» dell'autoambulanze.

Soddisfazione

Il progetto è stato realizzato partendo da una serie di problemi di collaborazione segnalati dal personale dei due servizi. Durante tutta la fase di preparazione e di test, il gruppo di progetto ha promosso il coinvolgimento dei collaboratori. La strategia di distribuire a tutto il personale dei comunicati sullo stato dei lavori ha permesso di mantenere un buon interesse generale e una rispondenza al processo di valutazione.

Dai risultati si può affermare che in entrambi i servizi è stata rilevata un'elevata percentuale di soddisfazione (Tabella 1).

Evoluzione delle performance e valore aggiunto

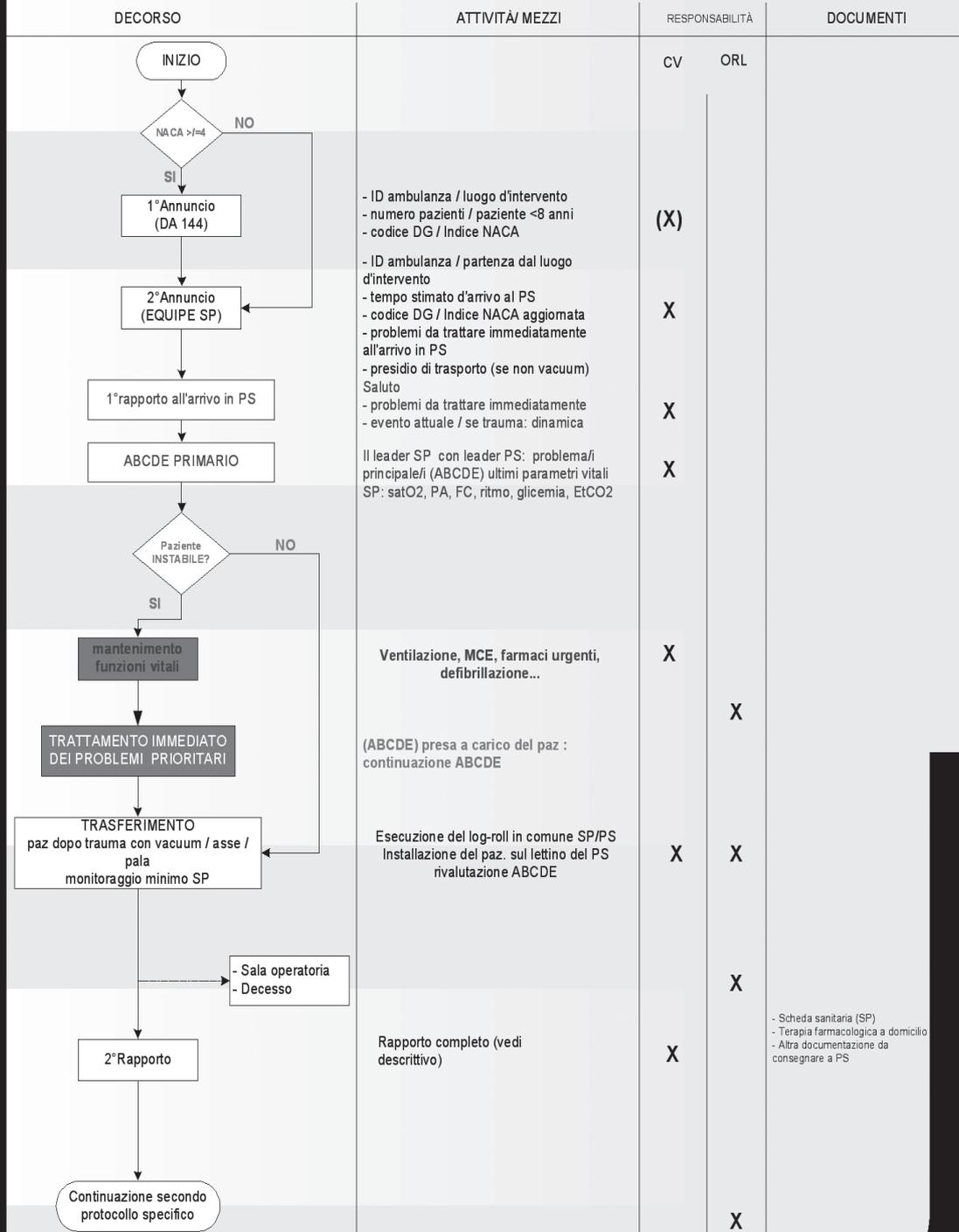
La formazione è stata il primo passo della fase di preparazione e ha permesso in modo indiretto di valutare la procedura di consegna e di porre dei correttivi alla stessa prima ancora di iniziare la valutazione.

Durante la valutazione della consegna abbiamo notato un miglioramento progressivo delle tecniche di comunicazione. Il processo di valutazione ha permesso di migliorare indirettamente anche la fiducia reciproca tra i due servizi, requisito questo molto importante per il tipo di attività multidisciplinare. La fiducia permette un incremento della sicurezza nel trattamento e questa è il presupposto base per un'offerta di cure di buona qualità.

Il gruppo di progetto, gennaio 2005

Modalità di consegna: Servizio preospedaliero - Servizio Pronto Soccorso

Settembre 2004. Ver 1.0



Legenda:
 SP= Servizio Preospedaliero
 PS= Servizio di Pronto Soccorso

dp/rs/gs/ft

Corso Postdiploma 2005/2006	0.00	Medical Humanities
Promotori		<ul style="list-style-type: none"> • Scuola superiore per le formazioni sanitarie • Fondazione Sasso Corbaro di Bellinzona
Collaborazione		<ul style="list-style-type: none"> • Università degli Studi dell'Insubria • Facoltà di Medicina dell'Università di Ginevra • Istituto Svizzero di Pedagogia per la Formazione Professionale (ISPPF), Lugano • Ente Ospedaliero Cantonale (EOC)
Presentazione		<p>Luomo fragile: le rappe sentazioni della malattia, della sofferenza e della cura Le Medical Humanities abitano al crocevia tra il corpo ammalato, l'anima sofferente e bisognosa, la fragile cittadinanza dell'uomo in situazione di malattia da una parte e la relazione di aiuto e di cura nelle sue dimensioni fondative – filosofico-storiche, psicoantropologiche, sociali, tecniche ed etiche – dall'altra. Ci si può chiedere a quali bisogni una formazione in Medical Humanities debba rispondere e quali lacune si prefigga eventualmente di colmare: quanto ai bisogni, essi riguardano tutti i professionisti che lavorano nell'ambito delle relazioni di aiuto e di cura interessati a migliorare la propria capacità di comprendere, di capire e di vivere il bisogno, la fragilità e il dolore dei propri ospiti, utenti o pazienti e delle loro famiglie; quanto alle lacune, si potrebbe pensare al malessere odierno relativo al rischio di declino della soggettività dell'uomo nelle relazioni di cura e d'aiuto, sempre più dominate dalla Tecnica e dalle esigenze economicistiche. Collocare la rappresentazione della malattia come perno del presente percorso formativo, significa porla come punto nodale del vissuto di sofferenza e della sua presa a carico: a ricordare che non vi può essere cura che non sia anche "cura delle rappresentazioni", nella misura in cui malattia e sofferenza si danno sempre nel quadro di rappresentazioni sociali e culturali, nonché nella continuità (o piuttosto nella discontinuità) dell'orizzonte biografico individuale.</p>
Obiettivi		<ul style="list-style-type: none"> – Favorire la comprensione del nesso tra malattia, povertà e sistema socio-economico e culturale per un miglior approccio interpretativo alla complessità di nozioni come "salute", "malattia", "cura", "disagio sociale" – Sensibilizzare gli operatori sanitari e sociali alla complessità della relazione di aiuto e di cura (dimensioni etiche, psicologiche, sociologiche, antropologiche, ambientali) – Migliorare la relazione di cura e di aiuto, contestualizzando il processo grazie alla conoscenza dell'ambiente e della storia personale dei soggetti, delle loro culture specifiche, comunicando con stili adeguati e modalità eticamente rispettose – Accrescere le competenze necessarie alla comunicazione fra gli attori della scena della cura e dell'aiuto, fra le istituzioni sociali e sanitarie e i cittadini – Restituire al soggetto che soffre e cerca aiuto la sua soggettività e la sua parola, aiutandolo, in modo eticamente adeguato, a riguadagnare una centralità – Trasmettere ai partecipanti concetti, metodi e teorie affinché possano svolgere un ruolo attivo come curanti, ricercatori o amministratori nelle attività di gestione della salute e di sostegno alla resilienza – Sviluppare una dialettica tra discipline diverse che interagiscono sulla scena dell'aiuto e della cura
Destinatari		Operatori sociali, psicosociali e psicoeducativi, psicologi, medici, infermieri, quadri clinici, amministrativi e dirigenziali nella sanità.
Requisiti		Formazione universitaria in medicina, scienze sociali, economiche o psicologiche o diploma (Bachelor) di operatore sociale o formazione equipollente (livello terziario) (su dossier); formazione infermieristica.
Durata		168 ore-lezione

Responsabili	<p>Graziano Martignoni, medico e psicoanalista, professore SUP, Università di Friburgo e dell'Insubria, coordinatore Master Internazionale Il livello in Medical Humanities dell'Università dell'Insubria</p> <p>Roberto Malacrida, medico, Ente Ospedaliero Cantonale, Università di Friburgo e di Ginevra, coordinatore Master Internazionale Il livello in Medical Humanities dell'Università dell'Insubria</p>	
Date	Da ottobre 2005 a giugno 2006	
Orari	<p>Il corso si struttura in nove moduli che si svolgeranno con una cadenza mensile:</p> <p>giovedì 09.00-12.30, 14.00-19.00, 20.30-23.00</p> <p>venerdì 09.00-12.30, 14.00-17.30</p> <p>Il mercoledì dalle 20.30 alle 23.00 si terrà una conferenza pubblica facoltativa patrocinata dal Dicastero della cultura della città di Bellinzona.</p>	
Luogo	Villa dei Cedri, Bellinzona Castello Sasso Corbaro, Bellinzona	
Costo	Fr. 5'000.– (la Fondazione Sasso Corbaro metterà a disposizione alcune borse di studio da concordare dopo il 15 settembre 2005)	
Iscrizioni	Entro il 15 settembre 2005	
Certificato	<p>Per ottenere il Certificato Postdiploma SUP in Medical Humanities, il candidato dovrà elaborare un testo scritto di circa 30 pagine su di un tema inerente al programma e concordato con i responsabili del corso. Questo elaborato verrà discusso in un esame orale finale.</p> <p>L'esame si svolgerà alla fine dei 9 moduli, nell'autunno 2006.</p>	
Osservazioni	<p>A seguito di questo primo Corso Postdiploma sono previsti due corsi ulteriori:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Corso Postdiploma in Medical Humanities (2006-2007): Ragione e sentimento nella cura – Corso Postdiploma in Medical Humanities (2007-2008): Malattia: cura e cittadinanza <p>Alla fine dei tre Corsi Postdiploma è previsto un certificato di Executive Master in Medical Humanities.</p>	
Informazioni	<p>Martina Malacrida Fondazione Sasso Corbaro CH-6500 Bellinzona</p>	<p>Tel. +41 (0)79 393 80 79 Fax +41 (0)91 825 20 03 master@medical-humanities.ch</p>

Segretariato ASI

Via Simen 8
6830 Chiasso

Tel. 091/ 682.29.31
Fax 091/ 682.29.32
Email: segretariato@asiticino.ch