



Ente Ospedaliero Cantonale

La complessità nel contesto

eoc

30 novembre 2011

Relatrice:

G. Pezzoli

CR Neurologia ORL

Ospedale Regionale di Lugano
sede Civico



Reparto Neurologia 8° piano

letti degenza: 15

letti Stroke Unit: 5
e cure continue neurologiche

letti ambulatoriali: 3

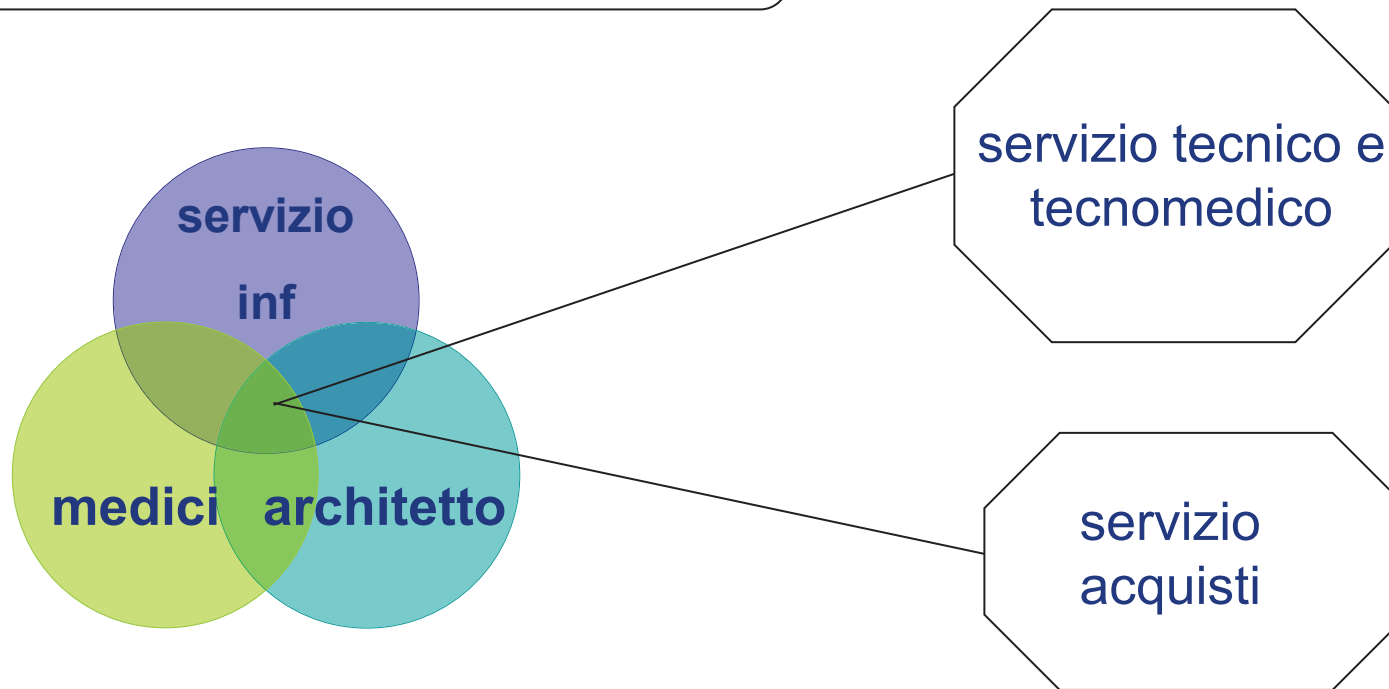
Situazione inizio lavori gennaio 2010



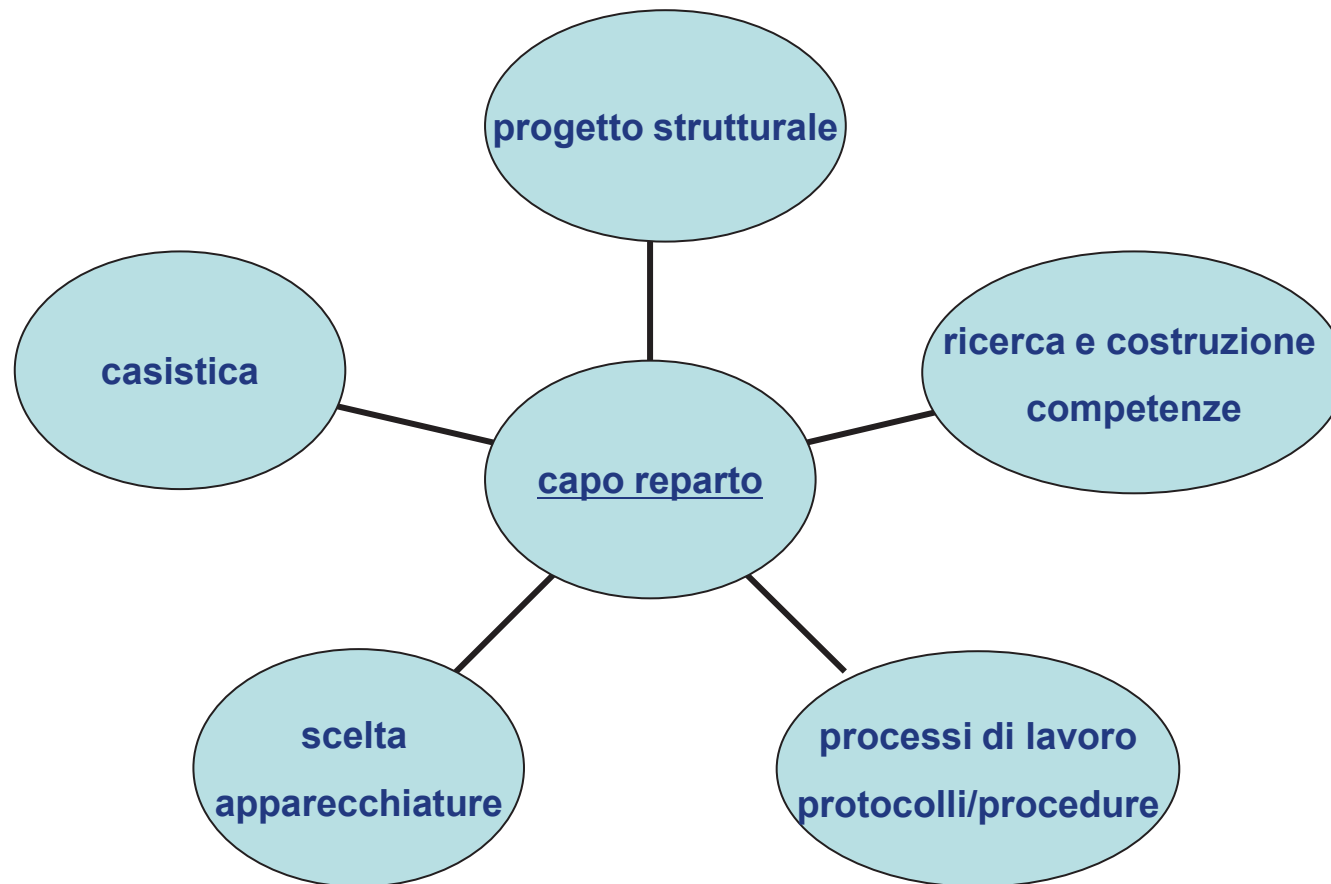
Sviluppo del progetto

PROGETTO → OBIETTIVI → IMPLEMENTAZIONE

Direzione EOC / ORL ⇒ mandato



Coinvolgimento del capo reparto nel progetto



Inizio lavori: gennaio 2010

Inizio CR: febbraio 2010

Termine lavori: marzo 2010

Apertura: aprile 2010

Attività di cura in contemporanea ai lavori

Apertura graduale per permettere lo sviluppo delle competenze del personale medico/inf e la definizione di protocolli e procedure per la presa a carico dei pazienti

Implementazione della nuova organizzazione delle cure infermieristiche (ambiente e cultura CBR)



Collaboratori dell'equipe

Responsabile Servizio Infermieristico

Capo Settore

Capo Reparto

Infermiera/e specialista clinica (degenza e stroke)

Infermieri/e (diverse competenze ed esperienze)

Assistente amministrativa

Assistenti di cura

Allievi (diverse formazioni e diversi periodi di stage)

Praticanti

Collaborazioni multidisciplinari

Medici

Fisioterapisti

Ergoterapisti

Servizio sociale

Servizio alberghiero

Dietisti

Tecnici ambulatorio di neurologia

Neuro riabilitazione

Cure Intese

Pronto soccorso

Cardiologia

Radiologia

Ruolo del CR ORL: leadership e guida

- Conosce, promuove e sviluppa i valori e la visione del SI ORL /EOC
- Relazione e comunicazione (ogni interazione è un'opportunità per guidare)
- Supervisore e responsabile generale del reparto
- Supporto, sostegno e aggiornamento (formazione del singolo e di gruppo)
- Sviluppa la qualità e la continuità delle cure
- Collabora allo sviluppo dei progetti di reparto e istituzionali
- Sviluppa le competenze personali e del gruppo
- Garantisce la gestione attiva dei conflitti
- Coordina il lavoro multidisciplinare / multiprofessionale

Ruolo del CR ORL: leadership e guida

- Promuove la gestione partecipativa e il coinvolgimento
- E' il punto di riferimento per il reparto e le altre figure istituzionali
- Organizza il lavoro di reparto in base alla filosofia del servizio infermieristico (pz al centro, continuità, assunzione di responsabilità)
- Pianifica il lavoro (turni - skill-mix - tipologia dei pazienti - formazioni - riunioni - gruppi di lavoro)
- Gestione operativa imprevisti e decisioni sulle priorità
- Gestione casi complessi (esperienza)
- Gestione prospettica

Situazione fine lavori aprile 2010



Situazione fine lavori aprile 2010



Equipe al lavoro





La selezione nell'assunzione del personale in casa anziani

*Bruno Cariboni
Direttore*

*Fondazione Casa per Anziani Giubiasco
Giornata di studio ASI
30 novembre 2011*

Presentazione Casa Anziani Giubiasco

- L'Istituto è nato nel 1975 come casa per anziani cantonale
- Il 1° gennaio 1999 lo Stato ha ceduto la gestione dell'Istituto ad una Fondazione di diritto privato composta da otto comuni della regione
- Centro Aranda



Aranda



➤ **Significato:**

Si tratta di una popolazione aborigena australiana la quale ha creato una vera gerontocrazia all'interno della propria società. Sono **“gli uomini dai capelli grigi”** che detengono il potere, sono depositari dell'esperienza necessaria per la sopravvivenza del gruppo, celebrano le cerimonie religiose e hanno l'autorità indiscussa sui giovani.



Il loro apogeo viene raggiunto quando diventano vecchi e invalidi. La loro vicinanza al mondo dei morti li rende potenziali mediatori tra il terreno e l'ultraterreno; per questo incutono grande timore e sono trattati con venerazione ed il massimo rispetto.



Aranda
Aranda

- Nel centro **trovate:**
- **FCPA:** Fondazione Casa per Anziani di Giubiasco con la casa medicalizzata e gli appartamenti protetti
- **ATTE:** sede cantonale Associazione Ticinese Terza Età (Segretariato, Rivista, UNI3, Viaggi, Telesoccorso, Carrozzelle)
- **Pro Senectute:** il centro diurno terapeutico, centro di informazione e consulenza, servizio pasti e pédicure
- **ATiDU:** Associazione Ticinese Deboli d'Udito
- **Consiglio degli Anziani del Canton Ticino**

Fondazione Casa per Anziani Giubiasco

- **81 posti letto medicalizzati**
- **2 posti letto medicalizzati per ospiti temporanei**
- **27 appartamenti protetti (monocali e bilocali)**
- **73 unità di personale a tempo pieno**
 - **di cui 42 unità di personale curante a tempo pieno**
- **circa 100 persone**
 - **di cui circa 60 persone nel settore cure**

Ruoli professionali sanitari attuali in cpa a Giubiasco

Personale infermieristico diplomato

- Infermiere II° livello di gestione (capo cure)
- Infermiere I° livello di gestione (capo reparto)
- Infermiere specializzato in area geriatrica
- Infermiere specializzato in insegnamento
- Infermiere vecchio profilo CRS
- Infermiere livello 2
- Infermiere livello 1
- Infermiere nuovo profilo SSCI
- Infermiere con formazione universitaria

Personale curante livello secondario II

- Infermiere Assistente geriatrico
- Operatore socio sanitario

Personale ausiliario nel settore cure

- Assistente di cura vecchia formazione CRS
- Assistente di cura in apprendistato
- Ausiliario di cura CRS 120 ore

Personale in formazione

- **Apprendisti OSS - SCOS**
- **Apprendisti assistenti di cura**
- **Allievi OSS – SSPSS**
- **Allievi infermieri – SSCI**
- **Allievi Scuola di Maturità socio sanitaria**
- **Allievi TSO**
- **Stage corso CRS 120 ore**
- **Stage scuola pre tirocinio**
- **Stage obbligatori prima dell'inizio della formazione infermieristica**
- **Servizio protezione civile**
- **Stage vari**

CALCOLO DOTAZIONE DEL PERSONALE CURANTE

Dal 1° gennaio 2011 attraverso lo strumento RAI

Ogni categoria RAI-Rug's determina un fabbisogno di personale

Il Catalogo delle prestazioni del Cantone

Il Contratto di prestazione

Suddivisione personale curante secondo direttiva Ufficio Medico Cantonale

Personale sanitario
livello terziario e
secondario II

- **28 % infermieri diplomati**
- **12 % infermieri geriatrici o OSS**

Personale ausiliario
nel settore cure

- **48 % assistenti di cura**
- **12 % ausiliari di cura 120 ore CRS**

Allievi, Apprendisti ,
stagiaires

- **Max 8 unità mensili**

Selezione?

- Libertà nella decisione dei ruoli professionali?
- Libertà nella decisione sul numero di risorse?



**LIBERTÀ NELLA SELEZIONE DELLA
PERSONA ATTRAVERSO LA
CONDIVISIONE DELLA
CARTA VALORIALE**

CARTA VALORIALE



➤ **VALORI**

➤ **MISSIONE**

➤ **VISIONE**

I VALORI

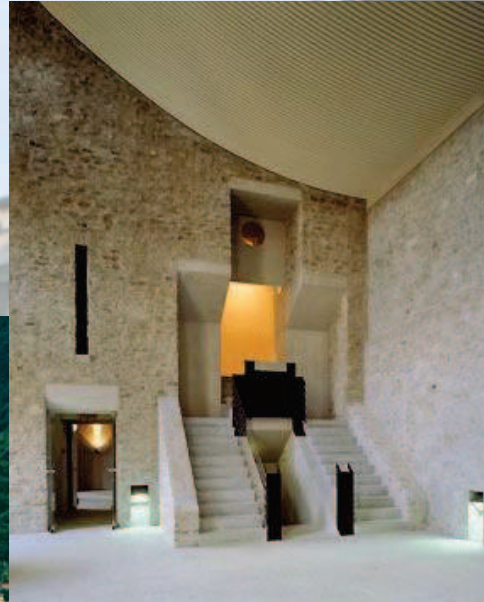
1. **Dignità e rispetto dell'essere umano**
2. **Senso di appartenenza**
3. **Pensiero positivo**
4. **Professionalità / competenza / responsabilità**
5. **Motivazione**



FUTURO

- **PERSONALE INFERMIERISTICO: quale ruolo in cpa?**
- **OSS: sempre più risorsa con competenze**
- **ADDETTO ALLE CURE SOCIOSANITARIE: nuovo profilo con vecchie competenze?**

FUTURO



Ripensare l'identità professionale?

Spunti di riflessione sull'identità professionale nel settore della cura

Elena Boldrini

Giornata di studio «L'infermiere e i collaboratori nelle cure: scenario complesso»
Lugano, 30 novembre 2011

Temi

- 1. Alcune premesse sul concetto di lavoro**
- 2. Lavoro e identità: un binomio indissolubile**
- 3. Dove va il lavoro?**
- 4. Dalla parte dei professionisti della salute: uno studio**
- 5. Spunti di riflessione e quesiti inerenti l'identità professionale nel settore della salute**

Alcune premesse sul lavoro

- Il lavoro è una categoria storico-culturale
- Quello che noi oggi intendiamo con il concetto di lavoro è una precisa forma storica del lavoro stesso
- **«Ciò che noi chiamiamo lavoro è una invenzione della modernità. La forma con cui lo conosciamo, lo pratichiamo e lo poniamo al centro della vita individuale e sociale è stata inventata e successivamente generalizzata con l'industrialismo» (Gorz, 1992, p.21)**
- Il concetto di lavoro assomma in sé una serie di aspettative, di valori culturali, di caratterizzazioni che si sono stratificate nei secoli e che noi abbiamo ricevuto in «eredità»

Lavoro come fondamento dell'identità



EIDGENÖSSISCHES
HOCHSCHULINSTITUT
FÜR BERUFSBILDUNG

INSTITUT FEDERAL
DES HAUTES ETUDES
EN FORMATION PROFESSIONNELLE

ISTITUTO
UNIVERSITARIO FEDERALE
PER LA FORMAZIONE PROFESSIONALE

- Il lavoro assume storicamente una caratteristica di essenzialità e co-sostanzialità rispetto alla vita e all'identità umana
- Lavoro dunque sono ! ?
- Il «chi sono» si rifà al «cosa faccio» (alla prassi lavorativa)
- Il «cosa faccio» costruisce il «chi sono»

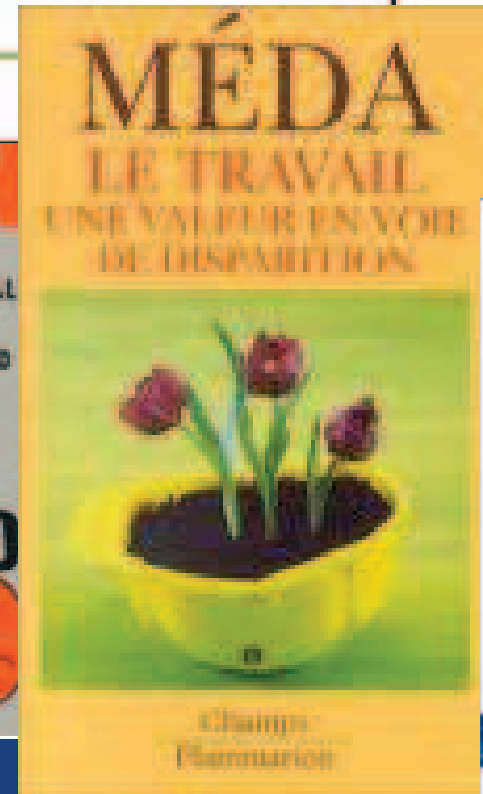
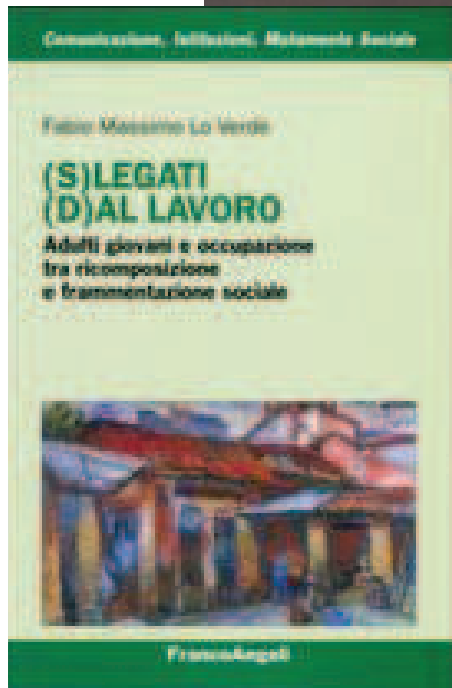
- Il lavoro non solo come occupazione
 - ma come vettore di integrazione sociale, di riuscita individuale, di soddisfazione, di riconoscimento sociale, di motivazione, ...

- È il modello culturale nel quale una vita realizzata lo è in buona parte in riferimento al lavoro, alla professione

Modello ideale e modello pratico

- In che misura questo *modello ideale* trova ancora riscontro nel *modello pratico* del lavoro
- La qualità e la natura del lavoro odierno a quale costruzione di identità danno vita (identità, idem, costante)?
- Siamo chiamati a ripensare il modello di identità che abbiamo ricevuto in eredità?
- Di quali trasformazioni importanti è oggi oggetto il lavoro?

Dove va il lavoro?



Trasformazioni del lavoro



E nel settore delle sanitario?



«la più grande sfida alla quale ogni sistema sanitario deve confrontarsi è quella di adattarsi al ritmo crescente di cambiamenti»

Human Resources for Health in Europe (2006)

Quali cambiamenti? Uno studio

- **Uno studio di terreno tra Ticino e Lombardia**
- **30 soggetti attivi nel settore sanitario intervistati**
- **A proposito di:**
 - Il significato del lavoro per i soggetti
 - La funzione del lavoro nella vita
 - Le trasformazioni delle pratiche lavorative
 - Le ricadute di tali trasformazioni a livello individuale e collettivo

Merlini, F. , Bonoli, L. (2010). Per una cultura della formazione al lavoro. Studi e analisi sulla crisi dell'identità professionale. Carocci: Roma

Alcuni risultati

Codice	n. citazioni	%
Mutamenti del lavoro	327	13.8
Formazione	310	13.1
Competenze al lavoro	244	10.3
Pratiche amministrative	233	9.8
Significato del lavoro	179	7.5
<i>i tempi</i>	157	6.6
<i>divisione del</i>	143	6
<i>lavoro</i>		
Organizzazione (tot. 22.8%)	103	4.4
<i>norme e</i>		
<i>procedure</i>	74	3.1
<i>l'istituzione</i>		
<i>la qualità</i>	65	2.7
Strumenti	157	6.6
Caratteristiche attuali del lavoro	140	5.9
Pratiche (diverse)	102	4.3
Funzione del lavoro nella vita	67	2.8
Definizione del proprio lavoro	46	1.9
Sbocchi professionali	26	1.1
Totale	2373	100

Codice		Codice	N. cit. comu ni	%
Cambiamento (327)	^	Caratteristiche	86	26.2
		Pratiche amministrative	60	18.3
		Organizzazione (collegli, procedure, qualità, tempi...)	56	18.0
		Strumenti	53	16.20
		Competenze	36	11
		Formazione	21	6.4
		Funzione	17	5.1
		Significato	11	3.3
		Pratiche diverse	7	3.3
		Sbocchi professionali	2	0.6
		Definizione	1	0.3

Numero e percentuale delle citazioni che si "intersecano" - operatore booleano AND (^) - al codice "cambiamento".

Tra specializzazione e collaborazione



«Oggi siamo sempre più chiamati ad avere delle risorse personali e relazionali, che permettano l'efficacia del *lavoro di squadra*: occorre essere in grado di *conoscere il proprio limite e il proprio ruolo*, *sviluppare sinergie, interagire, discutere, chiedere*; occorre *generosità nel condividere, disponibilità* per permettere all'altro di entrare nel mio campo e a me di entrare nel suo quadro; occorre *sapere suddividere le responsabilità*; poi bisogna *lasciare scivolare, lasciare sovrapporre* e non è così evidente perché professionista ogni tanto dice questa è la mia competenza e questa è la tua»

Collaborazione



«quindi si cerca eh di formare *ogni componente dell'équipe* con un *taglio ben preciso* eh con una *competenza ben specifica* che poi viene *messa comunque sempre a disposizione* degli altri attraverso delle *periodiche riunioni tra di noi dei momenti di scambio*. Sicuramente penso che ehm sia necessario *profilarsi con una specifica competenza* ma che poi anche questa competenza deve essere vista anche dagli altri, è inevitabile, non possiamo specializzarci su tutto e il ruolo dell'équipe permette trovare dei momenti di unione in cui *far circolare il sapere dell'altro*»

Collaborazione



«Occorre provare a **riprogettare le relazioni all'interno dell'ospedale** perché la caratteristica all'interno dell'ospedale qual è? È quella che all'interno dell'ospedale lavorano **parecchi professionisti tutti specialisti e ognuno affronta il suo spicchio di realtà ristretto** ... anche la fascia infermieristica si sta specializzando e anche tra loro ci sono differenze, poi all'interno abbiamo il settore tecnico, l'alberghiero, la qualità, le risorse umane, le finanze, l'amministrazione, ecc. ecc.

Quindi la necessità è quella di **creare tra tutte queste specializzazioni un'interdipendenza e quindi una sinergia, cercare di creare tra tutte queste tribù dei vasi comunicanti delle sintonie.**

Perché sempre di più la **necessità è che ci si muova tutti insieme**: che il primario di una determinata disciplina, un medico, un infermiere abbiano tutti la **visione globale** di quello che stiamo facendo e non più una visione così artigianale ristretta al proprio ambito...»

Aziendalizzazione



«mi riferisco in modo particolare *all'economicizzazione sfrenata* che si è verificata: assistiamo a un fenomeno per cui un servizio come quello sanitario viene interpretato come in realtà *un servizio aziendale vero e proprio*, per cui a fine anno *il bilancio è la cosa più importante*; chi gestisce la sanità oggi è preoccupato soprattutto [...] di quello che c'è in calce ai bilanci delle entrate e delle uscite»

«si parla di soldi dove una volta di questa cosa non si parlava [...] questo, credo, non è giusto: *per chi ha fatto questo lavoro come me, i soldi erano proprio l'ultimo motivo...* perché questo è un lavoro che dà *tanto tutti i giorni* e poi ti trovi di fronte a delle persone che hanno delle situazioni di patologie, di dolori e di sofferenza, che ti fanno capire quanto sei fortunata [...] e quindi io credo *che bisogna puntare molto sulla cultura di questo che è il nostro lavoro*».

La burocratizzazione



«dieci anni fa eravamo dei *piccoli artigiani*, adesso *siamo diventati una grande industria*, una sorta di catena di montaggio, dove il paziente entra, viene trattato ed esce, mentre *prima la cosa era più personalizzata*, sia per il paziente, sia per il terapeuta... il terapeuta poteva stabilire i tempi della terapia, adesso non è più possibile, perché per tutti è uguale, non c'è più possibilità di modifica. Il problema è che andando verso quest'ottica, si appiattisce tutto il lavoro, e si appiattisce anche il bagaglio personale del terapeuta»

La tecnologizzazione

«Ho un paziente con la tosse? Radiografia al torace senza più ascoltarlo e quindi *diventa meno fisico e meno personale anche il rapporto col paziente*, non per nulla gli studi riferiscono che si parla poco con i pazienti. In ospedale c'è molta tecnologia... le fa male il ginocchio? Bene allora ritorni con una risonanza magnetica. Prima ancora di aver messo la mano sul ginocchio»

«non occorre mascherarsi e ripararsi dietro un assoluto tecnicismo, questa è una difesa. *Per poter essere professionali occorre al tempo stesso riconoscersi come persone e non solo come professionisti e tecnici*, penso che le due cose debbano coesistere»

Identità e lavoro

«il lavoro è un modo di vita, perché tu sei chiamato a fare qualcosa... io sono arrivato personalmente al mio mestiere già dalla mia famiglia... per me la mia professione è *un modo di vivere*».

«*quello che io sono è dovuto in buon parte alla mia professione e viceversa*: do tutto quello che posso della mia persona alla professione»

«Il lavoro come prima cosa è un po' *la mia passione ed è un piacere*, e credo che, insomma, si ha questa sorta di *vocazione. Il mio lavoro... lo definisco la mia passione*»

Identità e lavoro

«certi pazienti risuonano in noi più di altri, e questo perché molto spesso fanno riferimento a delle nostre storie di vita personale, quindi è difficile disgiungere la vita professionale dalla vita personale, è difficile disgiungere il professionista dalla persona, bisogna essere consapevoli di questo. È vero che *la mia persona entra nel mio lavoro, è vero, ma a maggior ragione è vero anche il contrario, che il mio lavoro entra nella mia vita personale*»

«ma per me, *il lavoro è la gratificazione massima* che uno possa avere nella sua vita, per come concepisco io il lavoro, cioè... *sembra un discorso missionario*, ma vorrei che apparisse in senso missionario – non pietistico, ma serio. Poter aiutare una persona a star bene, lui nel suo luogo di lavoro, ma anche nella sua famiglia, nella società: secondo me è la soddisfazione più grande che si possa ottenere nella vita»

Identità e lavoro

«questo è *un mestiere che dà tanto tutti i giorni*, perché sei a confronto con la realtà di persone che hanno delle patologie di dolori e di sofferenze... *la cultura che ci portiamo dentro* è una cultura fatta di persone, di dolore, di sofferenza, di sorrisi, di carezze, una cultura della riconoscenza di persone che soffrono, e quando magari fai qualcosa per non farle soffrire, ti guardano con ammirazione, con stima, con devozione, credo che questa è la nostra cultura che dobbiamo portare avanti, magari senza parlare di missione, ma cercando di *sensibilizzare al fatto che è una professione importante*, che ha la possibilità di stare vicino a delle persone e di aiutarle»

«*il mio lavoro... lo ritengo molto diverso da tutti gli altri lavori*, c'è una componente nell'ambito di rapporto con il paziente basato sull'aspetto emozionale, di necessità, di bisogno, non è un lavoro... *Per me è un ideale di vita*»

Riflessioni conclusive

- **Il modello ideale della professione**
 - Alta valorizzazione etica e sociale (vocazione, missione, ideale di vita)
 - Elevata identificazione dei professionisti con la prassi (vita/lavoro)
 - Elevato «*emotional labour*» (Chang, 2009, Jaoul & Kovess)
 - La professione di cura assume la caratteristica di una missione/vocazione, che implica un elevato coinvolgimento: non è solo una «prestazione tecnica».

- **Il modello pratico della professione**
 - Trasformazioni importanti in atto
 - Elevato tasso di tecnologizzazione
 - Aziendalizzazione e burocratizzazione
 - La logica del lavoro di team con coinvolgimento di diverse figure

SUPSI

Le variabili che condizionano la pluralità delle figure professionali

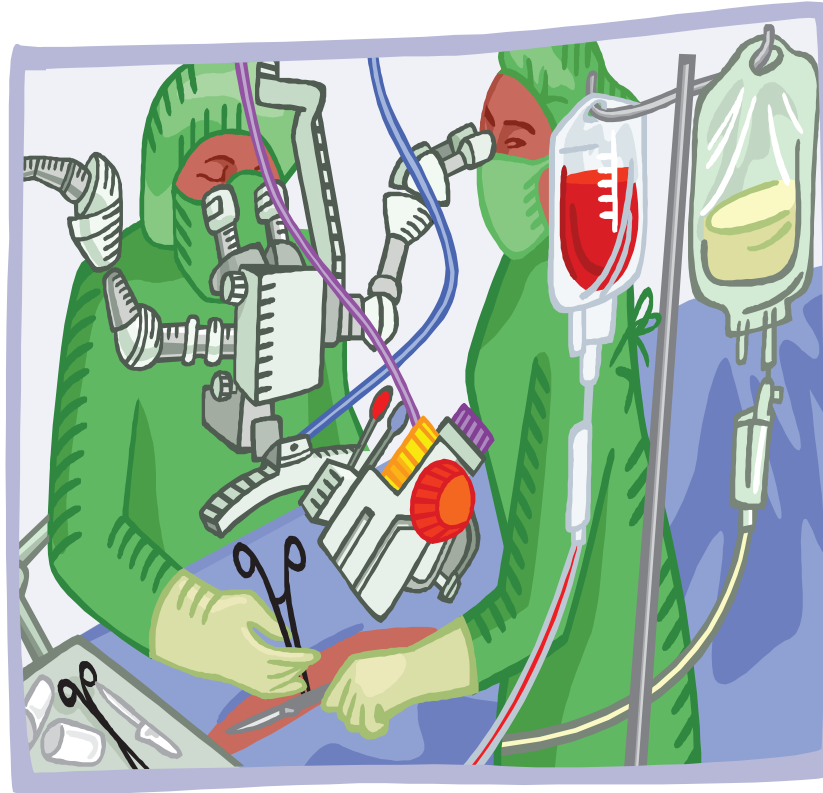
L'infermiere e i collaboratori nelle cure: scenario complesso
ASI, SSSCI, SUPSI

Riccardo Crivelli

Lugano, 30 novembre 2011

Indice generale

- Premessa
- Schema teorico
- Variabili esogene
- Variabili endogene
- Interdipendenze
- Scenari e orientamenti



Premessa

Essendo **economista** di formazione, il mio non può che essere un osservatorio “esterno” rispetto al tema che mi è stato chiesto di trattare.

Tuttavia, in virtù del mio percorso professionale ed esperienziale, che mi ha portato ad implicarmi con le problematiche del mondo sanitario, credo e spero che proprio un punto di vista come il mio possa far emergere qualche aspetto particolare se non proprio inedito.

Sin da ora vi chiedo **clemenza** se troverete qualche scarto rispetto alla vostra rappresentazione professionale.

Schema teorico

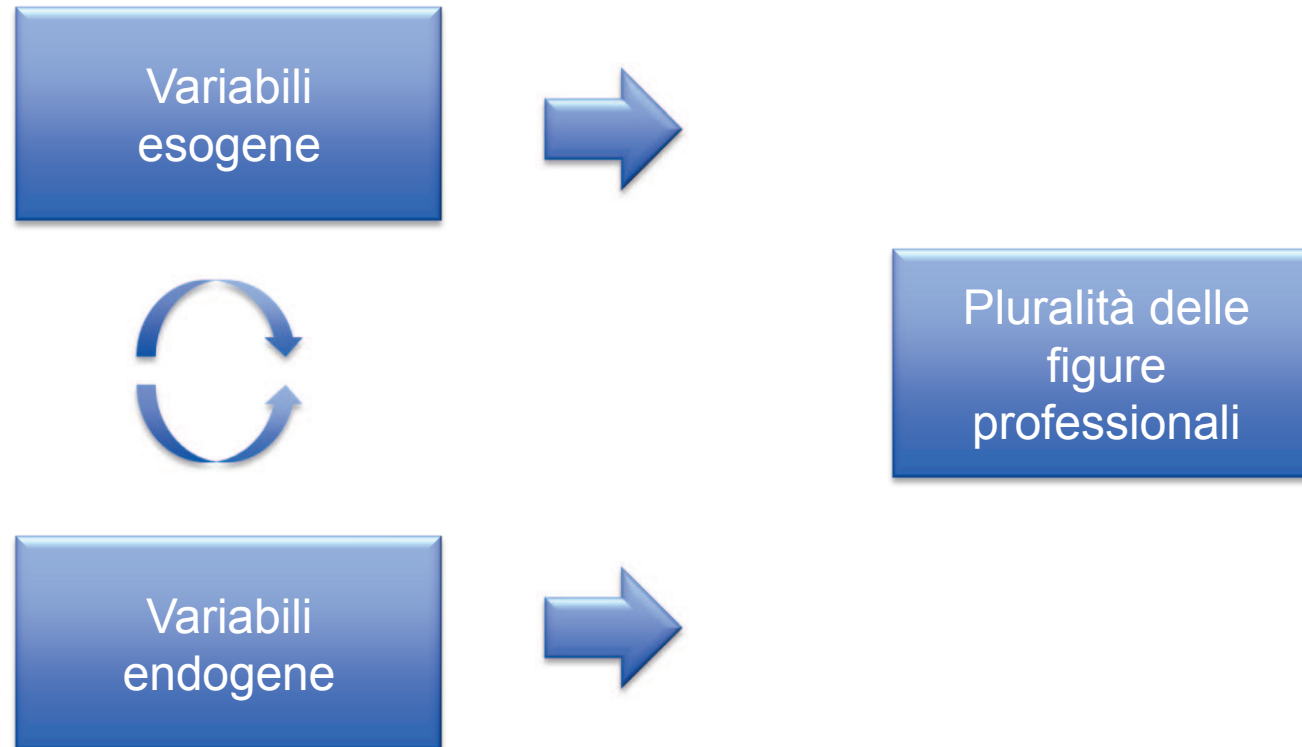
Per rispondere alla domanda a sapere quali sono

le variabili che condizionano la pluralità delle figure professionali

(in campo infermieristico e, più in generale, nel campo delle cure e dell'assistenza agli ammalati), propongo di distinguere tra variabili esogene, variabili endogene e quindi di esaminarne le interdipendenze.

- **Variabili esogene**, ossia le “forze” che dall'esterno possono incidere sul divenire delle figure professionali
- **Variabili endogene**, le “forze” che agiscono dall'interno alla professione e ne possono determinare il proprio divenire
- **Interdipendenze**, vale a dire la reciproca influenza, condizionamenti e contaminazione tra variabili esogene e variabili endogene

Schema teorico



Variabili esogene

Possono condizionare/determinare la pluralità più o meno spinta delle figure professionali

- Lo **sviluppo generale** della società, dell'economia, della civiltà, delle istituzioni
- L'evoluzione dei **bisogni sanitari** della società e dell'individuo
- L'evoluzione del **mondo del lavoro**
- Gli orientamenti e le politiche della **formazione**
- I cambiamenti legislativi ed **istituzionali**

Lo sviluppo generale della società

“Le **sfide** poste al settore sanitario sono molteplici e la realizzazione del suo scopo superiore [garantire a tutta la popolazione delle cure di alta qualità] esige una riflessione sull'**economia**, la **salute**, la **politica** della formazione e l'**etica**, così come delle **decisioni strategiche** che tengano conto dei numerosi **fattori d'influenza** che interagiscono gli uni con gli altri.”

(OdASanté)

L'evoluzione dei bisogni sanitari

“Tra questi figurano l'evoluzione demografica, l'impatto crescente delle malattie croniche, l'evoluzione folgorante della medicina e della tecnologia e, di conseguenza, le attese della società per quanto riguarda l'accesso alle tecnologie di punta e la crescita dei costi che ne consegue.

A ciò si aggiunge una moltitudine di offerte di prestazioni e il ruolo della prevenzione.”

(OdASanté)

L'evoluzione del mondo del lavoro

L'evoluzione generale del mondo del lavoro, il divenire dei rapporti tra capitale e lavoro, il ridisegnarsi continuo dei **processi produttivi** e la loro **“complessificazione”**, le condizioni di lavoro, lo statuto del lavoro nella società e la rappresentazione individuale del lavoro, la valorizzazione del lavoro intellettuale, il cambiamento di statuto e di prestigio nei diversi campi professionali.

Gli orientamenti e le politiche della formazione

La promozione della formazione – o la disattenzione verso la formazione – incide sul divenire delle professioni di cura. In funzione delle esigenze del mercato del lavoro, del rapporto tra l'offerta e la domanda di determinate figure professionali, si possono orientare i diversi segmenti formativi.

Si possono **incentivare** e **aggiornare** “vecchie” professioni, si possono promuovere “**nuovi**” **curricoli**, si possono **revisionare** e **adattare** i profili, si possono suddividere diversamente le **competenze** tra figure professionali, ecc.

Anche il dato quantitativo c'entra: a seguito di un “**ammancio**” di figure professionali, presente e/o futuro, le politiche della formazione possono cercare di colmarlo secondo strategie diversificate.

I cambiamenti legislativi ed istituzionali

Per esempio:

- Il passaggio della competenza in materia di regolamentazione e sorveglianza delle formazioni non universitarie nel campo della salute dai Cantoni alla [Confederazione](#) (Legge federale sulla formazione professionale del 13 dicembre 2002)
- L'entrata in vigore della revisione della Legge sulle alte scuole specializzate e la cessione alla [Confederazione](#) (OFFT) della responsabilità dell'insieme dei campi della formazione (2005)
- Il passaggio operato negli anni scorsi da diversi cantoni – tra i quali il Ticino – della responsabilità della formazione professionale sanitaria dai dipartimenti della sanità a quelli dell'[educazione pubblica](#).

I cambiamenti legislativi ed istituzionali

Nel 1950 il Gran Consiglio ticinese aderiva alla [Convenzione intercantonale concernente gli infermieri e le infermiere](#) (dell'8 settembre 1947). Quest'ultima definiva la cura degli ammalati e regolamentava in particolare il diploma intercantonale, il libero esercizio/l'autorizzazione cantonale, la formazione professionale e gli esami, il ritiro dell'autorizzazione, il titolo. Per quest'ultimo, stabiliva quanto segue:

“Il titolo d'infermiere o d'infermiera, di infermiera visitatrice, d'infermiera per bambini o d'infermiera per malattie nervose o mentali, d'infermiera per infanzia e per maternità, d'infermiera-aiuto di casa e altri titoli che si riferiscono ad attività affini alla cura degli ammalati, l'annuncio di siffatte attività, e il porto di una [divisa](#) o di un [distintivo](#), come sono usati nella professione d'infermiere e d'infermiera, possono essere autorizzati soltanto alla persone titolari di uno dei diplomi riconosciuti dalla conferenza dei direttori cantonali dell'igiene.”

Variabili endogene

Possono agire “dall’interno”, ossia negli ambiti professionali, le seguenti variabili:

- L’evoluzione della rappresentazione e dell’**identità** professionale
- L’inserimento nei curricula formativi delle nuove **competenze**
- Le esigenze **operative**

L'identità professionale

L'identità professionale si forgia all'interno della/e categoria/e professionali: essa si consolida a partire dagli **scambi** tra operatori, dalla messa in comune delle **esperienze**, dalla ricerca di soluzioni ai problemi comuni, dai riferimenti formativi e dai riferimenti alla comune matrice scientifica/alla letteratura.

L'identità professionale non si forma solo sul proprio posto di lavoro, ma anche in altri "luoghi": a livello di **associazioni** professionali di categoria, a livello di "circolazione della conoscenza", a livello di confronto con le **altre** identità professionali.

Essa si gioca pure sul terreno dello **statuto**, sulla difesa dei propri **interessi** e sul **riconoscimento sociale**.

L'identità professionale

Esempio:

“Vuoi **curare** delle persone in tutte le loro **fasi della vita** e assumere delle **responsabilità**?

Privilegi le **relazioni** di fiducia e il lavoro in **équipe** e ti senti a proprio agio in un ambiente **dinamico**?

Allora, la professione di infermiere/a è per te. Prima **persona di riferimento** per il paziente, i suoi parenti ed il personale medico, i tuoi compiti consistono nel curare, ma anche a **organizzare** e a **coordinare** la presa a carico. Sai **adattare** le cure allo stato del paziente, che può modificarsi da un'ora all'altra. Esigente, il tuo lavoro richiede una grande **resistenza**. Se inoltre ti interessi alle **scienze sociali** e alle **problematiche mediche**, hai trovato la tua strada”

(professionsante.ch)

L'inserimento delle nuove competenze

Esempio OdAsanté:

“Il Comitato di OdAsanté, in occasione della seduta del 9 dicembre 2010, ha preso conoscenza del rapporto finale del progetto “Posizionamenti-Offerte di formazione continua in cure infermieristiche”, eseguito dall’Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI). Si è pronunciato per il lancio di un progetto “**Profili di competenza cure infermieristiche**” nel quadro del quale sono sviluppati i seguenti profili:

- Orientamento “**Esperti**” nel campo delle cure infermieristiche:
geriatria/psicogeriatria, cure palliative, oncologia, bambini e adolescenti, cure in nefrologia
- Orientamento “**Consigli**” in salute e cure al paziente nel proprio contesto o rivolti a gruppi:
infermiera puericultrice, consigli in diabetologia, promozione della salute/prevenzione/cure di riabilitazione, consigli in cure infermieristiche.”

Le esigenze operative

Nei contesti professionali concreti, in funzione delle specifiche esigenze operative, si configurano nuovi orientamenti che, prima o poi, richiedono delle modifiche dei profili professionali e, eventualmente, l'inserimento di nuove figure.

Esempi:

- In Italia, con una nuova legge del 2006, un'infermiera può assumere la funzione di **coordinatore infermieristico** se svolge un Master di primo livello in management per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, con almeno un'esperienza triennale (è ancora riconosciuto il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica (ex corsi per caposala)
- In Svizzera, con la revisione della LAMal del 21 dicembre 2007 sul finanziamento ospedaliero saranno introdotti i **DRG** obbligatoriamente in tutte le strutture a partire dal 1° gennaio 2012, ciò che richiederà l'acquisizione di nuove conoscenze e competenze non solo da parte dei medici codificatori, ma anche da parte del personale infermieristico: ci saranno delle specializzazioni ...?

Le esigenze operative

- In Ticino, l'EOC ha introdotto recentemente un nuovo modello di cure basato sul **Primary Nursing**:

“Cure basate sulla relazione

È stato introdotto, in particolare, il modello di cure basato sulla **relazione**, detto Primary Nursing, il cui aspetto più visibile è l'attribuzione, a ciascun paziente, di **un'infermiera/e di riferimento**, dall'ammissione alla dimissione. Un “volto amico” che conosce il paziente per la patologia ma soprattutto nella sua dimensione personale, e che diventa interlocutore anche per i famigliari.

Il nuovo modello, già introdotto in circa metà dei 60 reparti, chiama pure in causa più solide relazioni all'interno dell'équipe curante; le **responsabilità** personali sono chiare, il passaggio di informazioni fra le **varie figure** più diretto.

L'introduzione del Primary Nursing, che si pone l'obiettivo di migliorare la qualità delle cure, ha richiesto la **riorganizzazione del lavoro** e della **turnistica** degli infermieri (maggiori turni continuati).”

Le interdipendenze



- Lo **sviluppo generale** della società, dell'economia, della civiltà, delle istituzioni
- L'evoluzione dei **bisogni sanitari** della società e dell'individuo
- L'evoluzione del **mondo del lavoro**
- Gli orientamenti e le politiche della **formazione**
- I cambiamenti legislativi ed **istituzionali**
- L'evoluzione della rappresentazione e dell'**identità** professionale
- L'inserimento nei curricula formativi delle nuove **competenze**
- Le esigenze **operative**



Le interdipendenze

In generale, mi sembra di poter dire che le interdipendenze tra i due tipi di variabili spingono fondamentalmente verso un **aumento** della specializzazione e della pluralità delle figure professionali:

- Aumento delle **specializzazioni**: i profili dell'**infermiera** si moltiplicano



- Aumento della **pluralità**: il numero delle **altre figure** professionali con cui lavora l'infermiera si moltiplicano



Scenari e strategie

Quali scenari e quali strategie si aprono?

Scenari:

- Lo scenario della complessità: la **complessità assistenziale**
- Lo scenario della continuità: il **continuum assistenziale**
- Lo scenario “fluido”: il **cambiamento permanente**

Strategie:

- La strategia dell'**adeguatezza**: far scaturire la pluralità delle figure professionali dai bisogni rilevati nella pratica
- La strategia dell'**ottimizzazione**: cercare il punto d'equilibrio tra il profilo “troppo generico” e il profilo “troppo specializzato”

Scenari e strategie: esempio

Gli obiettivi strategici di OdASanté:

- Conoscere i **bisogni** formativi e di perfezionamento delle professioni sanitarie
- Sfruttare il potenziale di **interesse** alle professioni sanitarie da parte dei giovani, delle persone che intendono riconvertirsi e di quelle che cercano di inserirsi nel mondo del lavoro
- Conservare e creare **posti** di formazione e di perfezionamento nelle scuole, nella formazione “duale” e negli istituti di cura
- Formare e perfezionare i professionisti della salute conformemente alle **norme** e alle direttive qualitative e quantitative fissate
- Garantire in modo durevole la capacità concorrenziale del campo della salute sul **mercato** della formazione
- Assicurare il **finanziamento** necessario

Skill e Grademix secondo un processo strutturato

L'idea centrale

Cambiamento della legge sulla professione:

- ★ Livello terziario (HES/SUPSI)
- ★ Livello terziario (SSS)
- ★ Livello secondario II (OSS / OSA)

Chi fa cosa?

Proporzione di compiti non infermieristici eseguiti dagli infermieri

	CH	D	Canada	USA
Distribuzione dei pasti	77%	72%	40%	43%
Attività alberghiere	29%	na	43%	34%
Accompagnamenti (trasporti)	42%	54%	33%	46%
Servizi ausiliari	79%	28%	72%	69%

Aiken et al. Health Affairs (De Geest et al., RICH Nursing; 2009)

Prospettive e proposte

Invece di proporre un aumento dei contingenti di personale qualificato nelle cure:

- 1. ridefinire il «chi fa cosa ?»**
- 2. la delega di alcuni compiti da una categoria di professionisti della salute a un'altra**



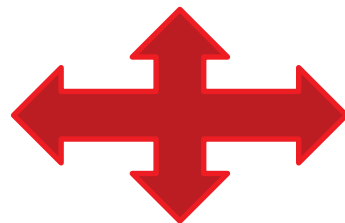
Analizzare lo skill e il grademix tramite un metodo approvato

Skill & Grademix

- Si riferisce al numero di posti attribuiti all'istituzione in combinazione con le competenze date in un preciso momento in un servizio di cura d'ambito geriatrico.
- L'azione si concentra su tre assi:
 - le persone
 - i team di lavoro
 - i contenuti del lavoro, sempre più complessi ed esigenti

Missione specifica dell'unità di cura

Il carico delle cure

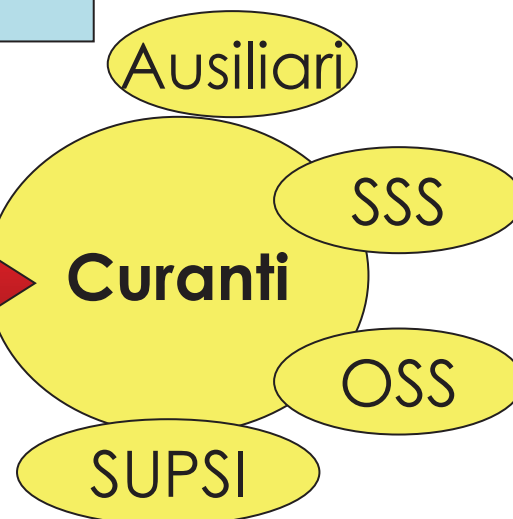


Il bisogno di curanti

Compiti professionali

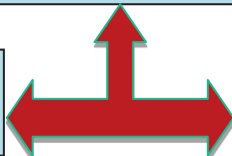


Skill- &
Grademix



Competenze e performances professionali

Deleghe



Organizzazione delle cure

Responsabilità del management

Quale „Mix“ garantisce la soddisfazione dei pazienti e la loro sicurezza? Qual'è l'attrattiva della professione del curante nella situazione economica attuale.

Stato avanzamento dei lavori

1. Dotazione attuale
2. Bisogni in cure attuale
3. Descrizione dei compiti
4. Attribuzione dei compiti ai prof.
5. Modello d'organizzazione attuale

Situazione auspicata

6. Attribuzione dei compiti secondo i profili delle diverse posizioni
7. Modello organizzativo del futuro

DELTA tra il presente e l'auspicato

8. Valutazione dello Skill & Grademix

Il nuovo Skill & Grademix

Nuovo Mix

1. Nuove comprensioni secondo i dati scientifici ed economici
2. Comprensione dei campi di attività professionali
3. Compiti e competenze definiti
4. Deleghe professionali
5. Maggior soddisfazione professionale

„Nuove deleghe“

- Secondo la missione del servizio
- Modello delle « cure integrate »
- Competenze secondo mansionario e/o profilo della posizione
- Responsabilizzazione
- Controllo della delega

Conclusioni

- ★ La Direzione delle cure: considera lo Skill & Grademix come un processo di sviluppo.
- ★ Condotta di questo sviluppo da parte dei quadri infermieristici (i capi-reparto e gli esperti clinici):
 - ★ **Nuova organizzazione della ripartizione delle attività**
- ★ Risultati attesi in primo luogo **qualitativi** piuttosto che **quantitativi**
 - ★ Se il compito supera la capacità del personale, nessuna qualità e nessuna soddisfazione
 - ★ Nessuna soddisfazione → aumento della penuria



Panorama delle formazioni sanitarie in Ticino

Mercoledì 30 novembre 2011, 14.00-14.30



Panorama delle formazioni sanitarie in Ticino



- **La situazione in Ticino negli ultimi due decenni;**
- **Previsioni sul futuro fabbisogno di personale sanitario in Svizzera;**
- **Le formazioni sanitarie nel nostro Cantone;**
- **Problemi e prospettive.**

Mozione 8 febbraio 1988 on. Simoneschi-Cortesi



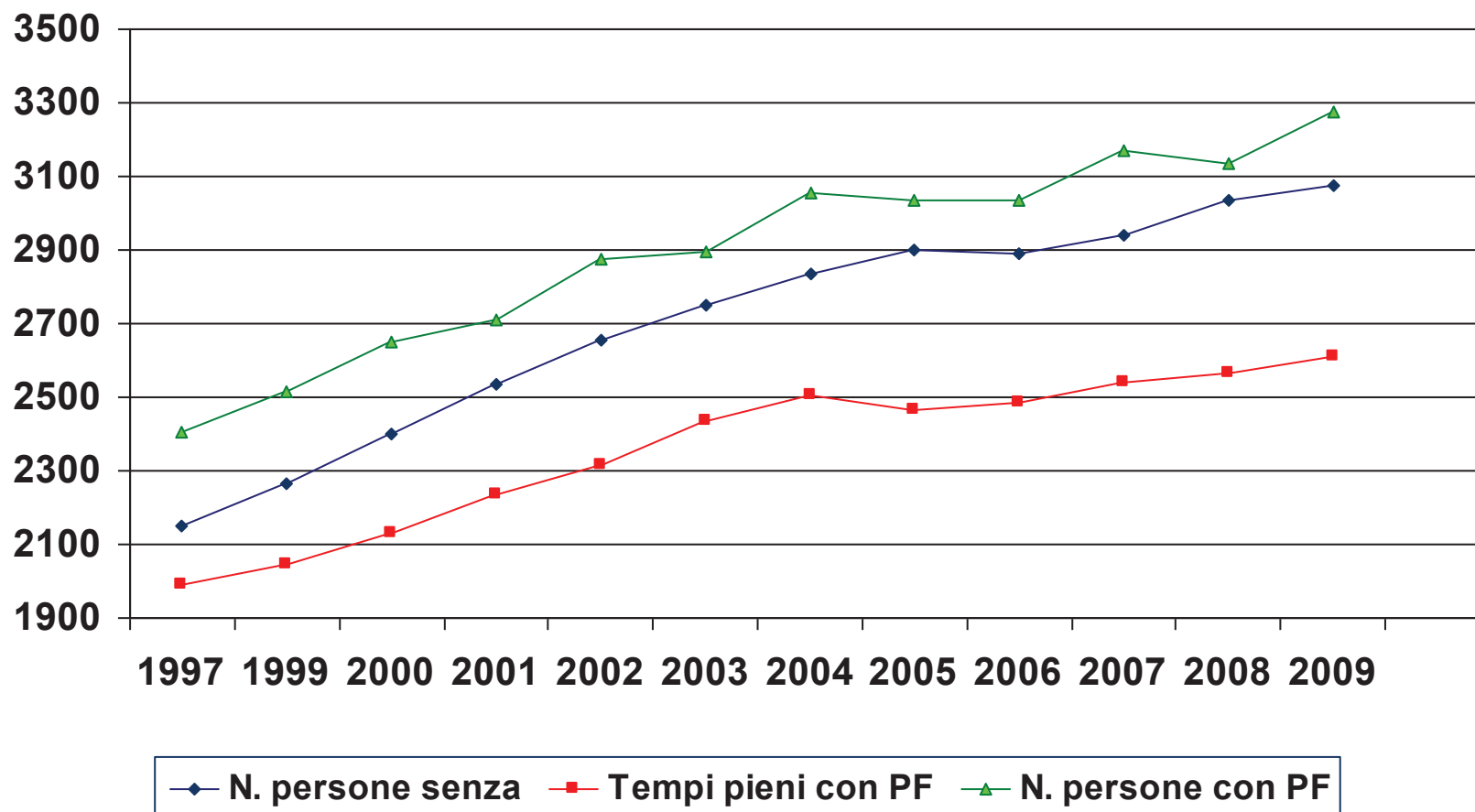
In considerazione di quanto esposto qui sopra e avvalendomi delle facoltà concessemi dal regolamento chiedo al Consiglio di Stato :

- che si istituisca al piu' presto una scuola di infermieri nel Sottoceneri , con particolare attenzione alle possibilità di realizzarla nel Luganese
- che si introduca un altro ciclo di scuola per aiuto-domiciliari^{Domiliare} per es. nel Locarnese
- che si studi al piu' presto la possibilità di formazione e di accesso alla professione di aiuto-domi~~ti~~liare per quelle persone con piu' di 40 anni di età
- che si valuti in tempi brevi la possibilità di introdurre anche in Ticino la formazione di fisioterapisti ed ergoterapisti
- che si favorisca , sussidiandola , la realizzazione di una scuola per soccorritori , promossa dalla Federazione Cantonale ticinese servizi autolettighe , riconoscendone poi il titolo professionale

On. Simoneschi - Cortesi

Infermieri in attività in Ticino dal 1997 al 2009

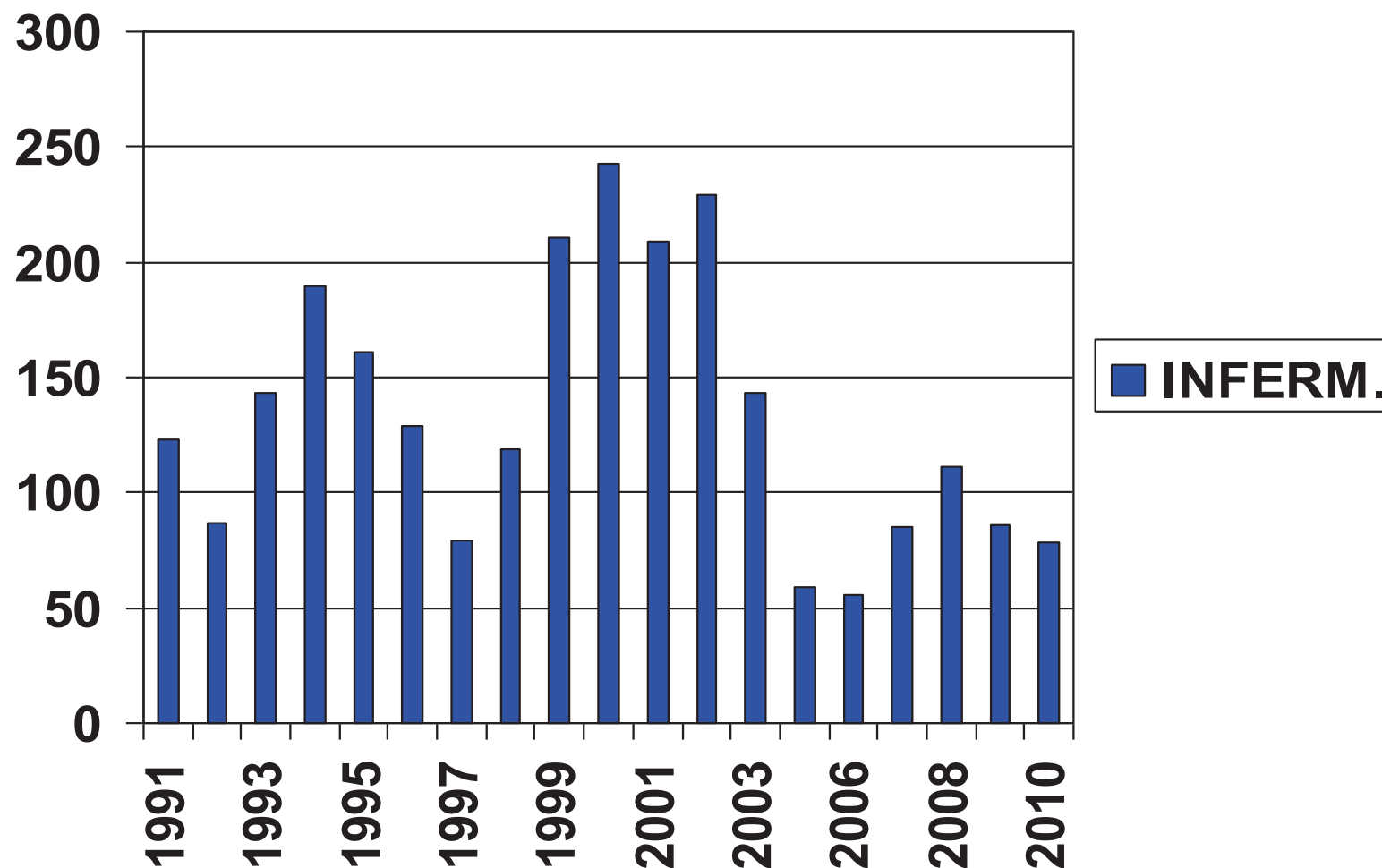
(n. persone e TP con e senza personale in formazione)



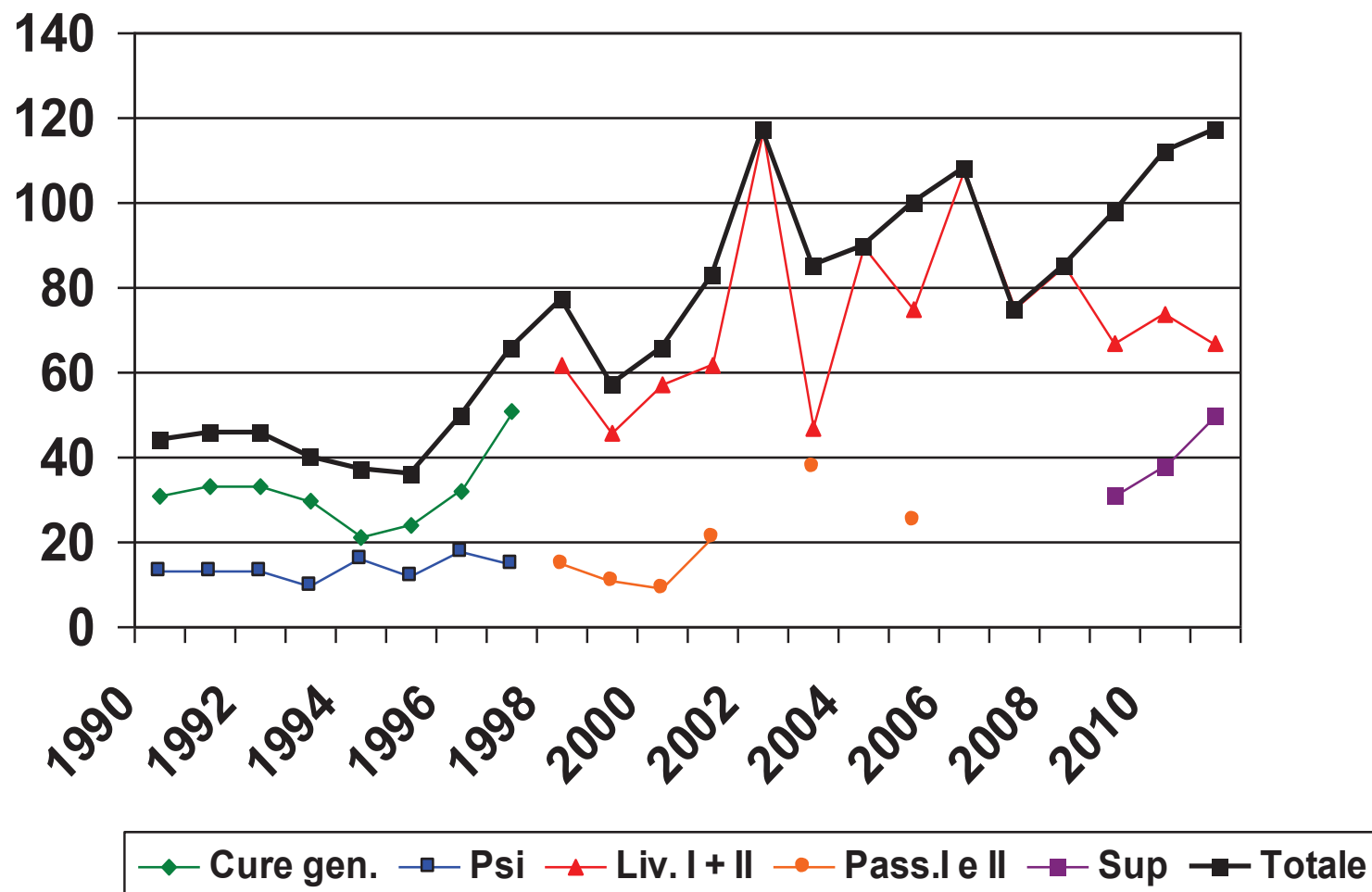
Fonte: USTAT

Infermieri in entrata ogni anno dall'estero

1991-2010 (senza 2004)



Infermieri diplomati nel Cantone Ticino 1990-2011



Dove lavorano gli infermieri neodiplomati SSCI?

stato al 16.11.2011

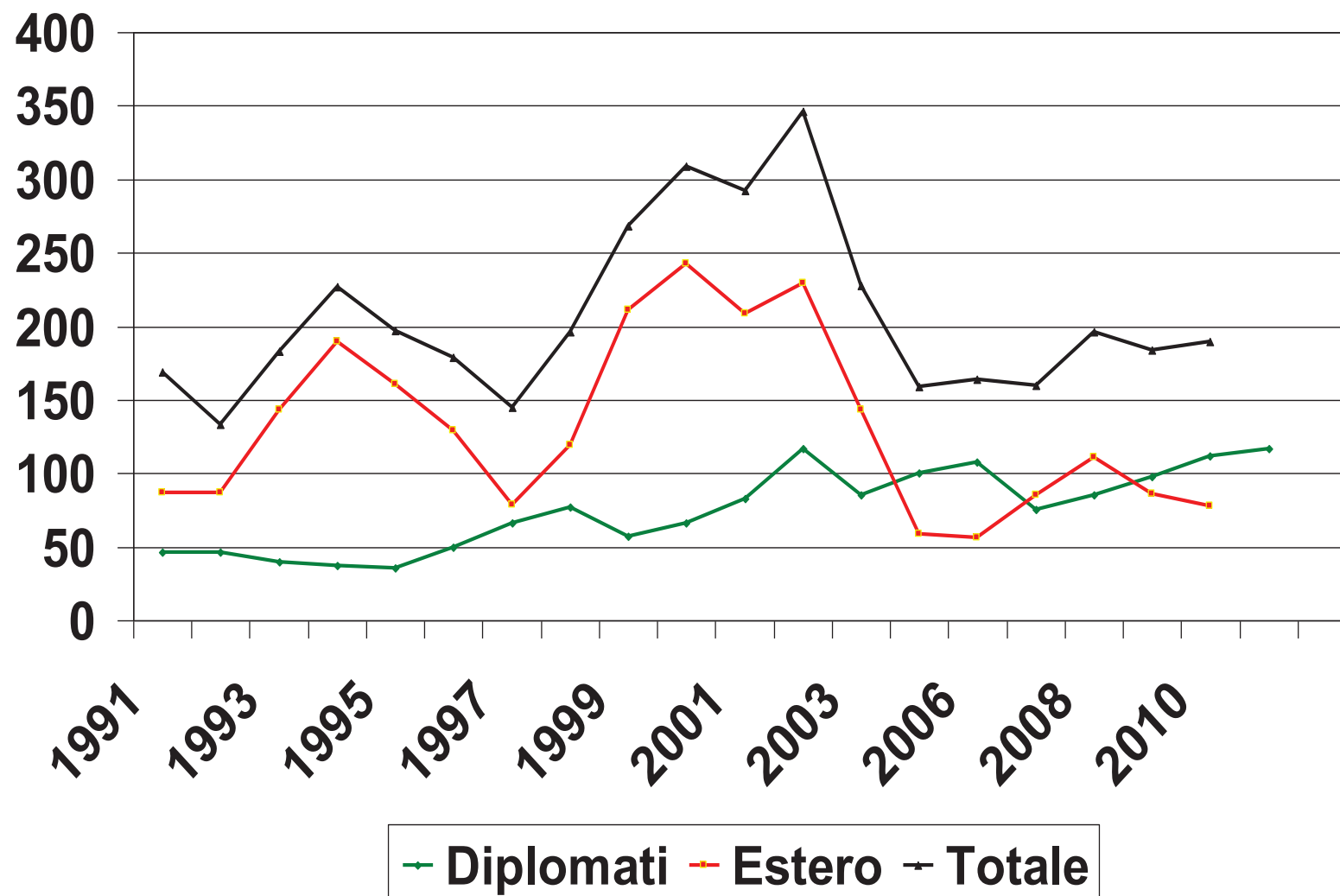


Personne contattate: 67

Risposte: 46 (69%)

- | | | | | |
|--|----|-----------|----|------------|
| 1) Dopo il diploma d'infermiera hanno trovato lavoro: | | | | |
| Sì | 41 | No | | 1 |
| Sono in trattativa | 3 | Altro | | 1 |
| 2) Hanno trovato lavoro in: | | | | |
| Casa anziani | 9 | Clinica | | 8 |
| Ospedale | 21 | SAD | | 1 |
| Altro | 2 | | | |
| 3) Il posto di lavoro è in Ticino? | | Sì | 36 | No 5 |
| 4) Il posto di lavoro è a tempo pieno? | | Sì | 25 | No 16 |
| 5) Se ha risposto <u>no</u> , che percentuale? | | | | |
| meno dell'80% : | 1 | all'80% : | 10 | al 90% : 5 |
| 6) Chiede la nostra collaborazione per un posto di lavoro: | | | | 1 |

Totale infermieri diplomati ed entrati dall'estero 1991 – 2010 (senza 2004)



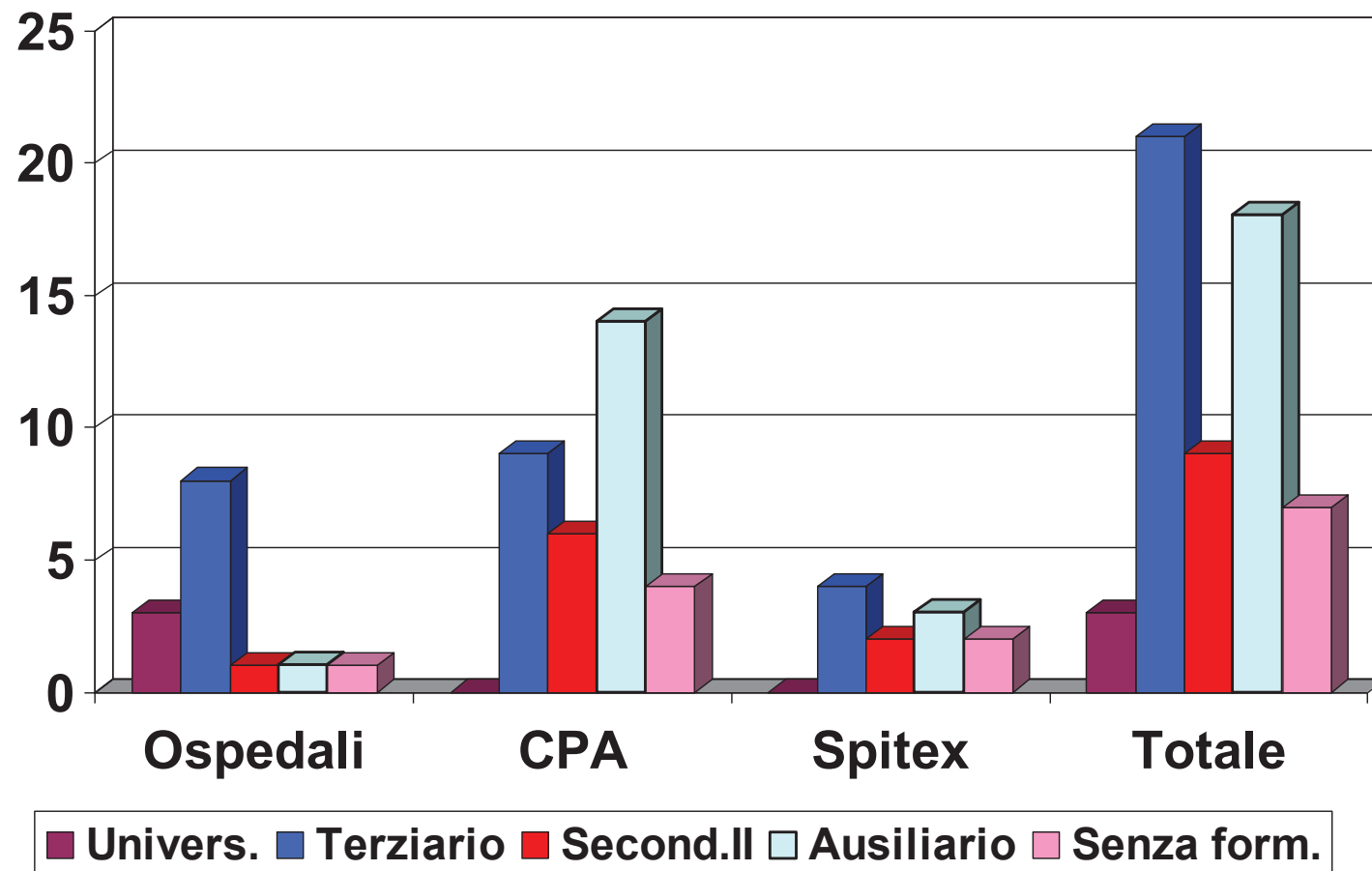
Aumento degli effettivi dal 2006 al 2030, in sintesi

(scenario di riferimento)

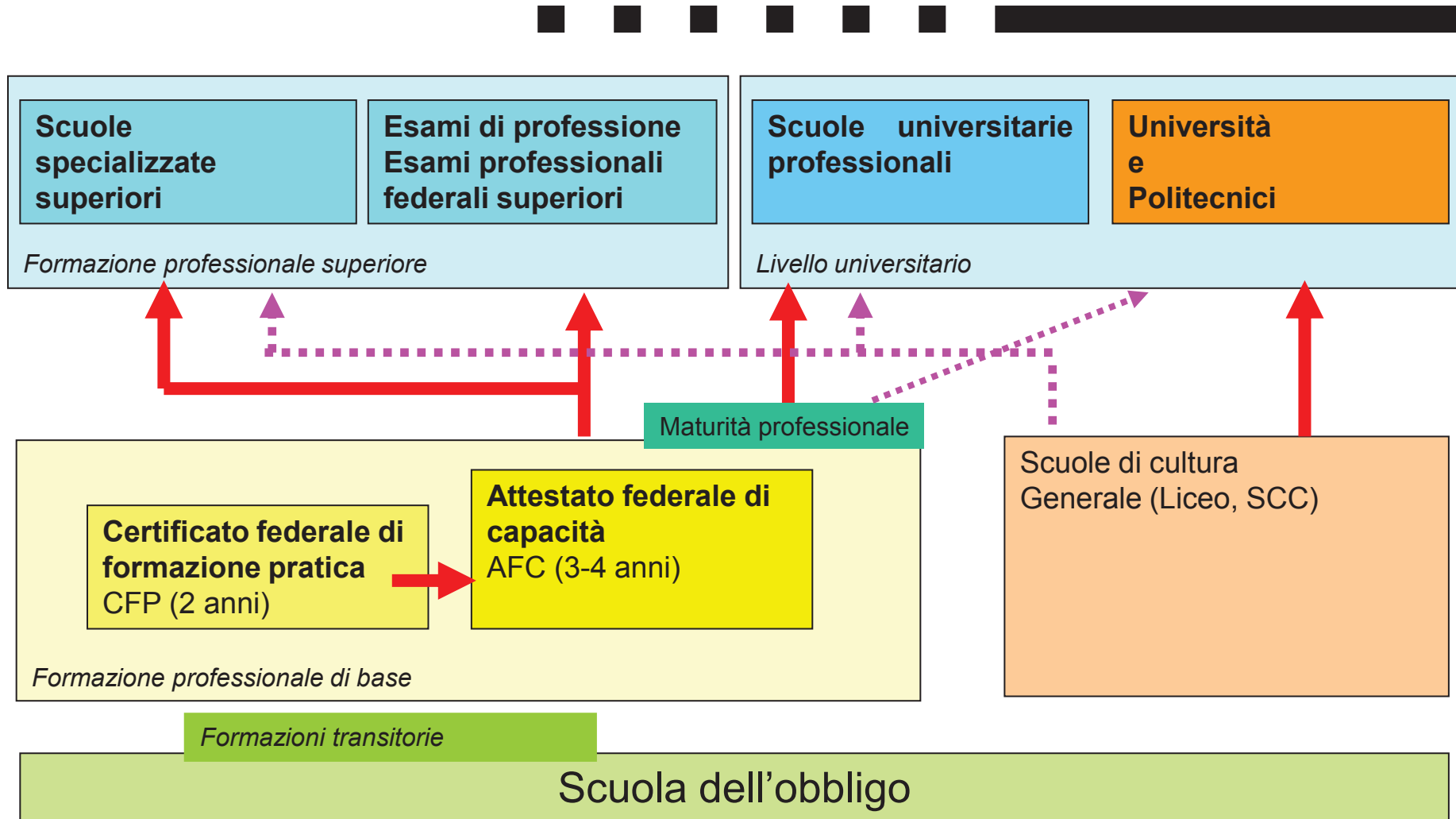
	Ospedali	CPA	Spitex
Aumento degli effettivi	+ 14'000	+ 33'000	+11'000
Aumento in percentuale	+ 12%	+ 59%	+ 44%

Fonte: Osservatorio svizzero della salute (Obsan)

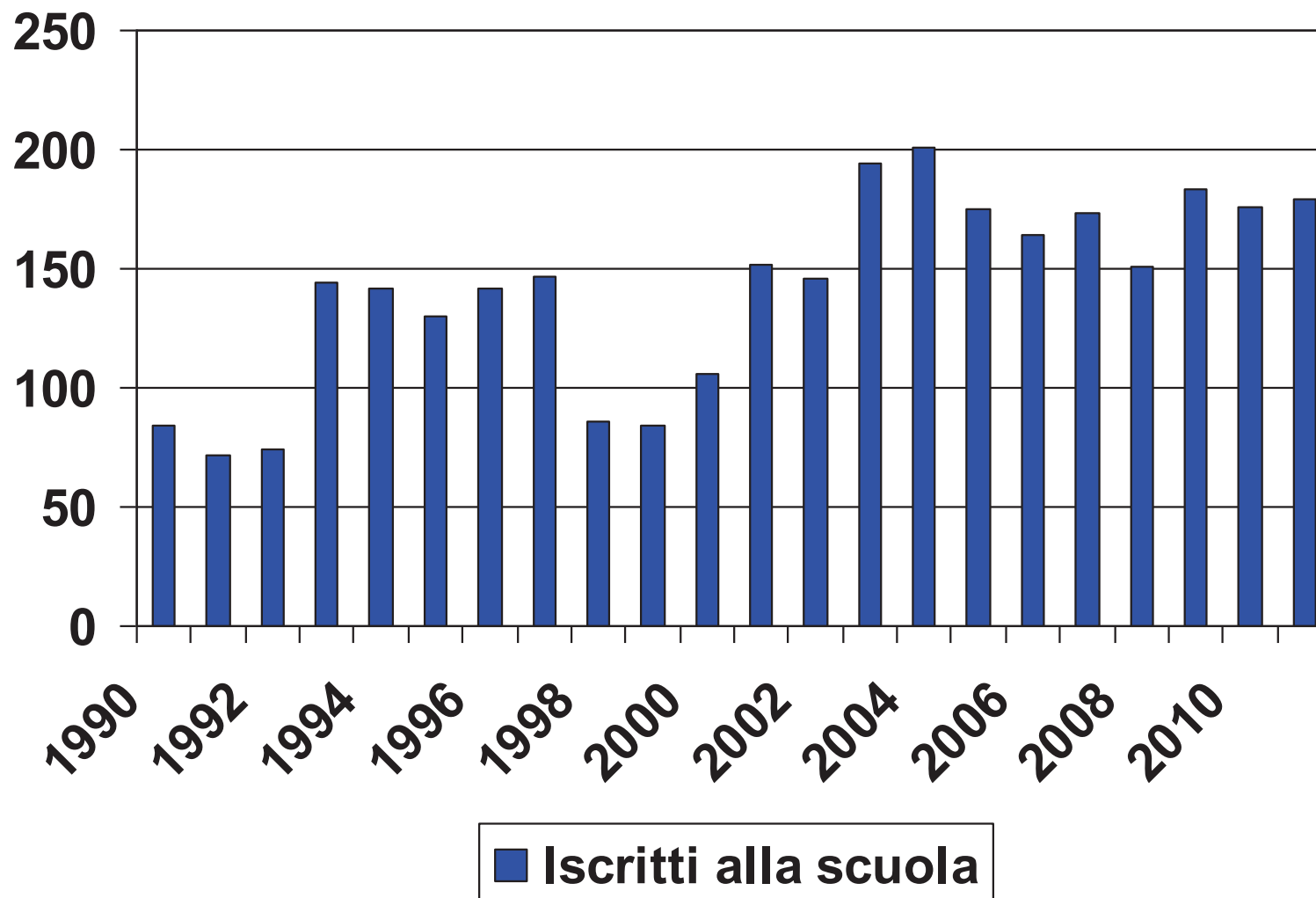
Aumento degli effettivi dal 2006 al 2030, in migliaia (scenario di riferimento)



La formazione professionale in Svizzera



Evoluzione iscritti alla Scuola superiore in cure infermieristiche 1990-2011



Formazioni nel campo della cura e dell'assistenza

Livello Certificato di formazione pratica (CFP)

■ **CFP Addetto alle cure sociosanitarie (dal 2012)**

- Formazione duale per adulti (SCOS Mendrisio) e giovani (SSPSS), con contratto di tirocinio

Durata: 2 anni

Sostituisce assistente di cura SCOS dal 2012

N. posti secondo contratto (72 stipulati nell'a.s. 2011/12)

■ **Assistente di cura**

- Formazione di 10 moduli su 3 semestri (SSMT)

Modalità: corsi serali e al sabato

n. posti: 80 all'anno

sedi: Lugano e Giubiasco

Formazioni nel campo della cura e dell'assistenza

Livello Attestato federale di capacità (AFC)

- **AFC - Operatore sociosanitario (triennale)**
 - Formazione duale per adulti (SCOS Mendrisio)
 - N. posti secondo contratto (in media 60 all'anno)

- **AFC – Operatore sociosanitario (quadriennale)**
 - Formazione con maturità prof. integrata (SSPSS Giubiasco)
 - N. posti: 100-120 posti/anno
 - Stage: 1 mese al II. Anno
 - 4 mesi al III. Anno
 - 4 mesi al IV. Anno

Formazioni nel campo della cura e dell'assistenza

Livello terziario – N. studenti Infermieri 2011/12

Anno scolastico 2011/12

DSAN SUPSI		59
SSSCI		142
Con inizio a settembre	101	
Con inizio a marzo	41	—
TOTALE		201

Formazioni sociosanitarie nei diversi contesti

Livello terziario A e B

Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (Terz. A)

- . Infermiere SUP (60 posti/anno)
- . Ergoterapista SUP (12 posti/anno)
- . Fisioterapista SUP (24 posti/anno)

Scuole superiori cantonali (Terz. B)

- . Infermiere SSS (120 posti/anno)
- . Massaggiatore medico (20 posti/anno)
- . Podologo SSS (12 posti/anno)
- . Soccorritore SSS (20 posti/anno)
- . Specialista d'attivazione SSS (12 posti/anno)
- . Tecnico di radiologia medica SSS (12 posti/anno)
- . Tecnico in analisi biomediche SSS (12 posti/anno)
- . Tecnico di sala operatoria SSS (20 posti/anno)

Problemi e prospettive

- . **Incremento dei posti di formazione e di stage**
- . **Valorizzazione sbocchi lavorativi in geriatria per neodiplomati**
- . **Formazione continua in geriatria anche per OSS**
- . **Formazione solo SUP o solo SSCI o entrambe? (2014)**



Grazie per l'attenzione



Ente Ospedaliero Cantonale

Ripercussioni sulla pratica

Yvonne Willems - Cavalli
Responsabile Area Infermieristica EOC

30.11.2011

Lugano, Aula Magna USI

Ripercussioni sulla pratica

- Presentazione del contesto

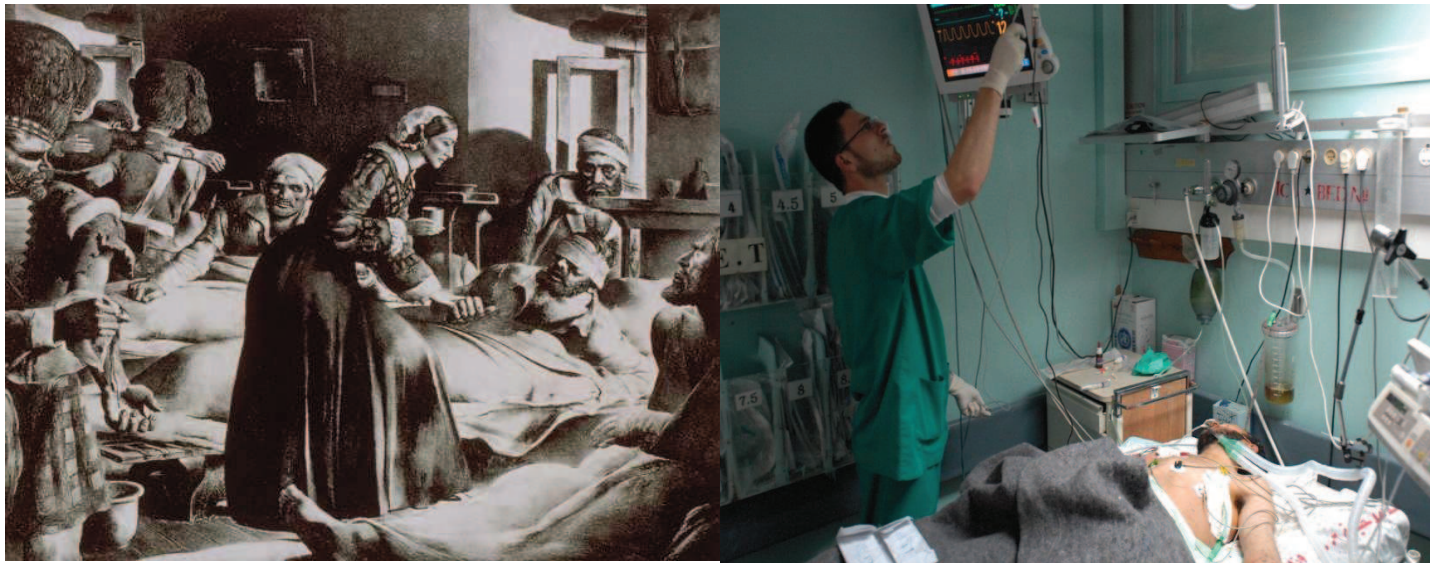
- Necessità e ruoli futuri: situazione attuale e scenario futuro

- Ripercussioni sulla pratica
 - Attuali
 - Future
 - Falsi miti

- Qualche raccomandazione

Presentazione del contesto

...dalla Nightingale ai giorni nostri...



Roberto Guggiari, EOC

La missione EOC

- assicura alla popolazione un'assistenza ospedaliera di qualità a costi adeguati su tutto il territorio cantonale.
- è il punto di riferimento per la **medicina d'urgenza** e la **medicina intensiva**;
- investe nella **formazione**, esercitando appieno la nostra responsabilità sociale verso i collaboratori e la collettività.
- contribuisce al progresso delle conoscenze nel campo medico e infermieristico promuovendo una **ricerca** di elevato valore scientifico.
- garantiamo alla popolazione l'assistenza ospedaliera in caso di **incidenti maggiori e catastrofi**

Il Concetto di Cura EOC

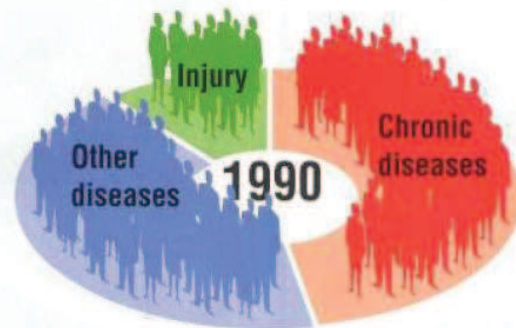
- Situazione ticinese delle cure
- Risultati inchiesta Picker sulla soddisfazione dei pazienti
- Risultati delle varie inchieste sulla soddisfazione del personale infermieristico
- Situazione politica ed economica ticinese ed nazionale
- Sviluppo delle cure a livello nazionale ed internazionale

Cambiamenti della tipologia dei pazienti

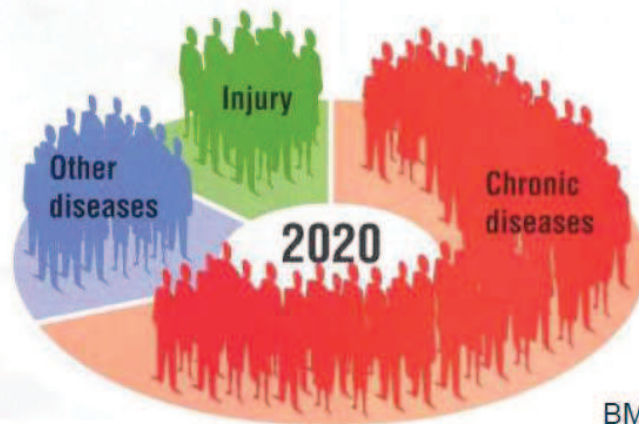
- più anziani
- più cronici
- maggiore polimorbidità
- più problematiche psico-sociali

Quindi più COMPLESSI

Aumento delle malattie croniche



The rising global burden of disease due to chronic conditions



BMJ 2002;325(7370) cover

ma anche

- ↑ complessità delle cure
- ↓ durata degenza media
- pressione sistema di finanziamento DRG
- spostamento delle cure:
degenza → cure ambulatoriali → spitex

«SPEED UP» = fare di più in meno tempo

Double aging:

non solo l'invecchiamento della popolazione ma anche quello dei curanti

Rapporti 2009 → mancanza di personale

- OBSAN
- ODA Santé e CDS
- Careum

2020 – 2030

le cifre variano da 25'000 a 120'000

- Media della durata della vita professionale in Svizzera: 15 anni
- Aumentando di 1 anno la durata media della vita professionale diminuirebbe il fabbisogno di personale di una percentuale tra il 5 e il 10%

Mancanza di infermieri: cosa fare?

Più formazioni o più fidelizzazione?

Necessità e ruoli futuri:

Situazione attuale e scenario futuro

Ruoli professionali attuali EOC

- infermiera di riferimento / sostituta
- assistente di cura
- capo reparto
- specialista clinico
- assistente amministrativa



Cambiamento culturale 2007 - 2012

a livello della collaborazione multi / interdisciplinare
c'è stato un impatto

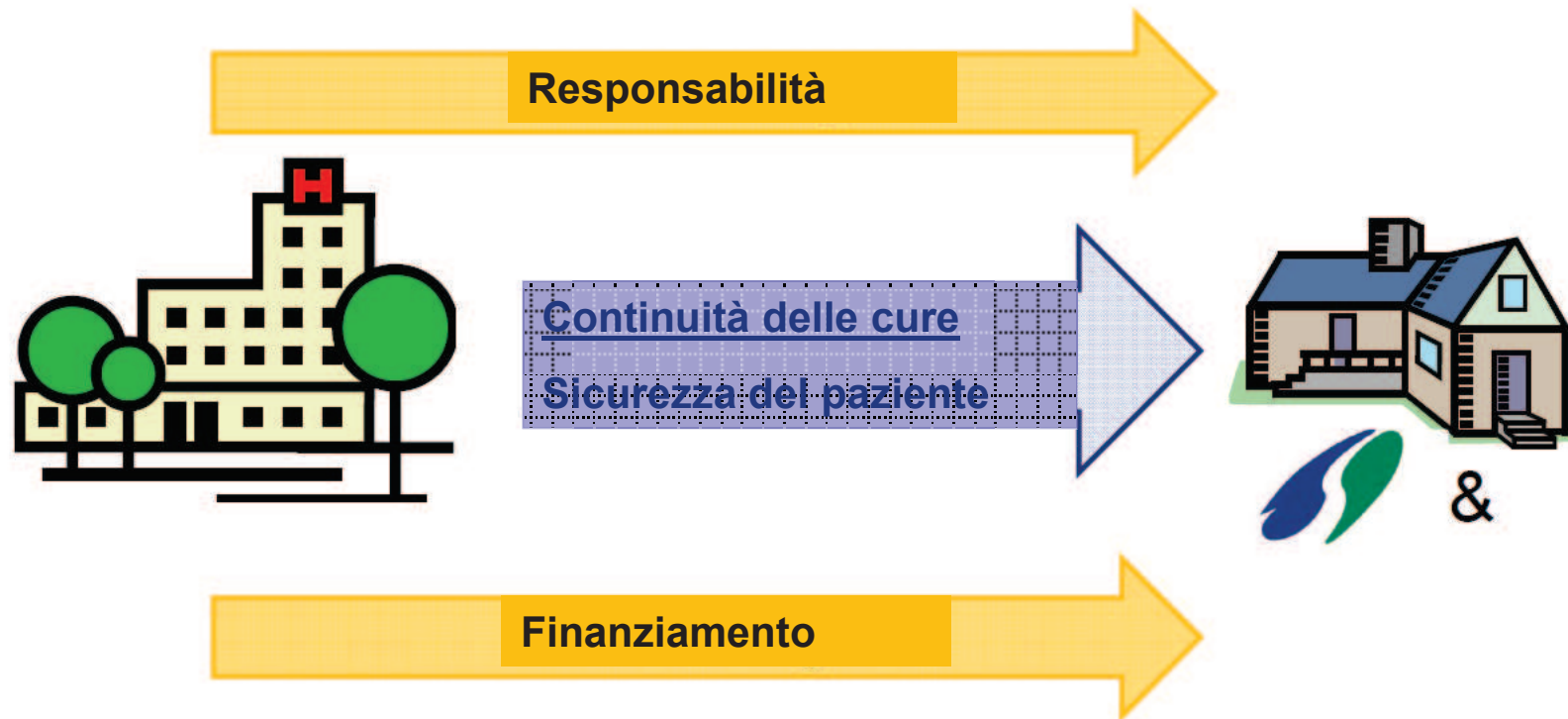
- corpo medico
- altri professionisti / servizi

e quindi anche nella collaborazione all'interno
dell'équipe infermieristica



passaggio spitin – spitex

più attuale che mai



«nuovi» ruoli

L'infermiera ANP, cioè:

esperta pratica avanzata (MScn):

- esperta di cura
- specialista clinica generale

- l'infermiera consulente
- l'infermiera di ricerca
- l'infermiera care/case manager
- l'infermiera nurse practitioner (MSCn)
- Nurse led clinics
- l'infermiera di legame
- L'infermiera «Lep» controller: carico di lavoro
rilevamenti prestazioni inf.
processi

ICN APN/NP definizione:

A nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse è un'infermiera con conoscenza ed ampia esperienza pratica che ha acquisito le capacità necessarie per assumere decisioni in casi complessi e le competenze cliniche richieste per la pratica avanzata nelle cure infermieristiche.

Le caratteristiche delle competenze sono determinate dal contesto e/o dalle condizioni in uso nei paesi dove l'infermiera è autorizzata ad esercitare la professione. È raccomandato un livello Master quale requisito d'ammissione . (Traduzione italiana non ufficiale)

Esempi di nuovi ruoli presenti in Svizzera

APN Gero-psychiatry
T. Hirsbrunner
Solothurn

Anja Ulrich, MSN
Acute geriatric Unit, USB

Universitätsspital
Basel

APN Pediatrics
KIPSI

Giovanna Jenni, MSN
Concept Palliative Care
Nursing home, Laupen

BETAGENZENTRUM LAUPEN

APN-palliative care - Biel
B. Hengartner

Advanced Practice Nurses (CH)

Valérie Gardaz, MSN
Intensive care HUG

HUG
Hôpitaux Universitaires de Genève

Dunja Nicca, PhD
HIV-care

Kantonsspital
St. Gallen

APN-SPITEX
S. Jäggi

CHUV

Betty Callens, MSN & Colleague
Refugee outpatient-clinic, CHUV

APN-Nursing homes
Bulach

S. van de Geest

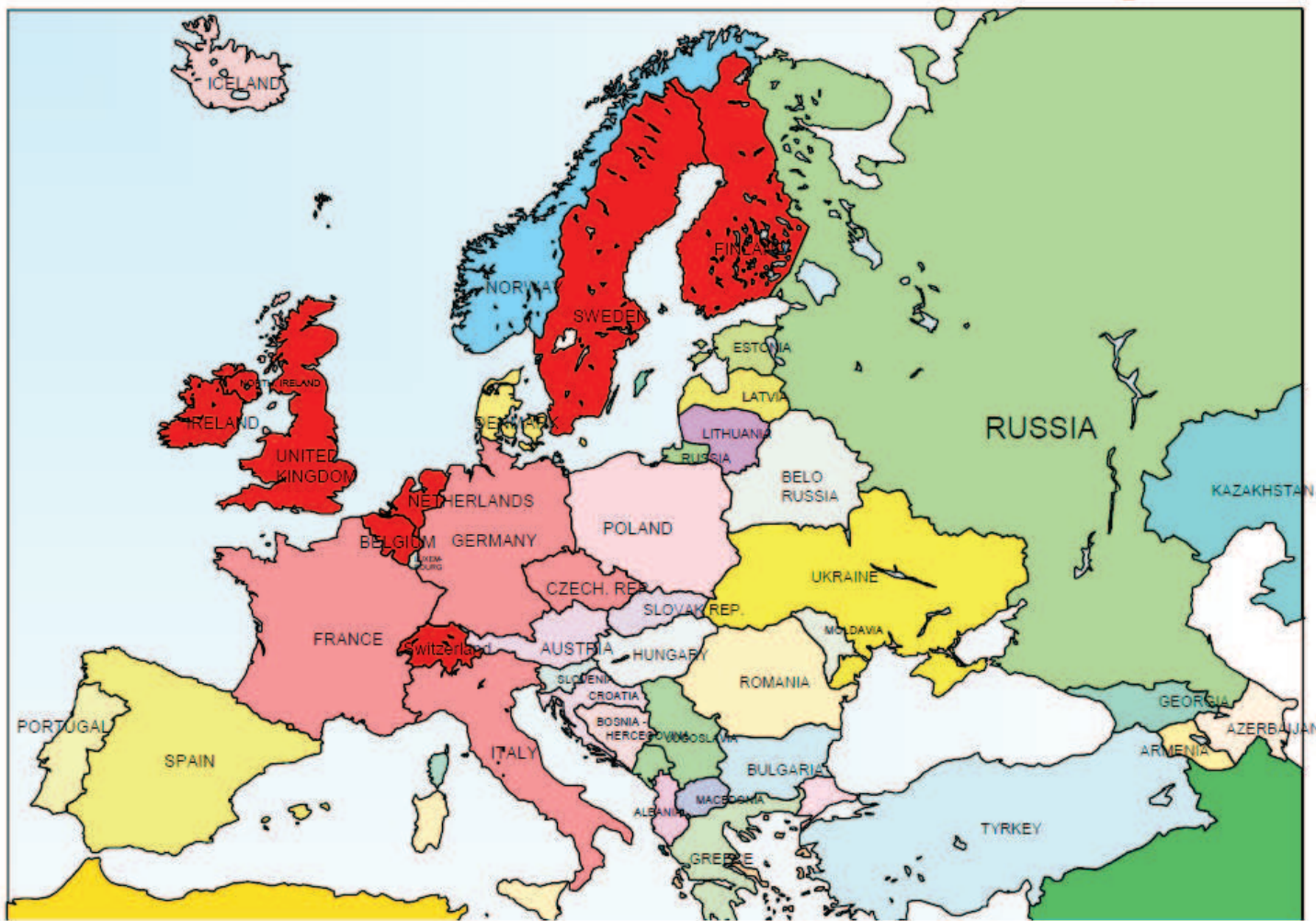
New care models

- Triage
- Nurse led clinics
- „Walk-in“ centers
- Geriatric Assessment Teams
- Preventive home visits in the elderly
- Transitional care models
- Case management
- Call centers
- Telemedicine



Giger & De Geest, SäZ, 2008

Education for ANP in Europe



Switzerland: Academic Nursing Programs < 2005

● Freiburg in Breisgau

INS BASEL

Aarau: University of Maastricht, NL

- University
- University of Applied Sciences

Switzerland: Academic Nursing Programs > 2005



Organizzazione mondiale della sanità - OMS

Già nel 2002 la OMS ha reso pubblico un documento fondamentale con le direttive strategiche per il rafforzamento dell'assistenza ostetrica e infermieristica

Raccomandazioni OMS 2002

- cure centrate sulla persona, individualizzate
- personale infermieristico adeguatamente pianificato, gestito e adeguatamente motivato
- considerazione delle cure infermieristiche nella presa di decisioni per il miglioramento del settore sanitario anche a livello politico
- personale infermieristico presente in numero sufficiente
- personale infermieristico che disponga di un'elevata formazione ed educazione

2002 Rapporto OMS

Rapporto ASI 2011

Cure infermieristiche in Svizzera: prospettive 2020

- Descrive nuovi modelli di cura
- Proposte per evitare la carenza di personale (fidelizzazione)
- Necessità di arrivare ad un diploma unico a livello bachelor
- Sottolinea la necessità del ruolo politico delle associazioni infermieristiche

Accademia svizzera delle scienze mediche (SAMW)

Progetto:

la medicina domani in Svizzera;
i futuri profili professionali di medici
e infermieri nella pratica clinica e
ambulatoriale

Rapporto 2007 e commenti 2011

Accademia svizzera delle scienze mediche (SAMW)

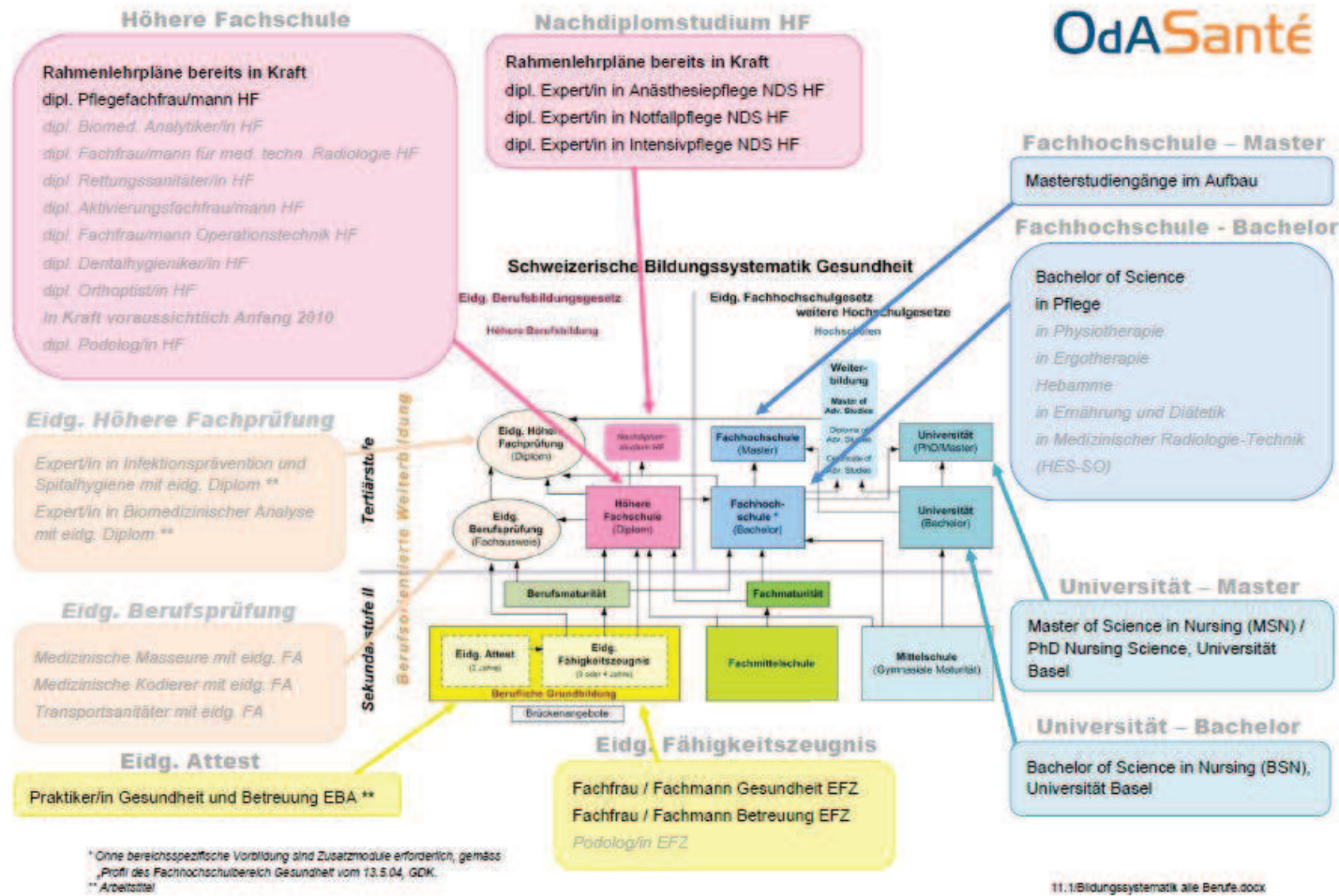
Novità del progetto:

1. per la prima volta, tratta di medici **e** infermieri ed è stato fatto **insieme**
2. visione di un possibile tronco comune degli studi
3. bachelor diploma di base per infermieri

Ripercussioni sulla pratica attuali, future e falsi miti

«L'esteso sistema della formazione infermieristica è completamente inadeguato di fronte alle esigenze di assistenza della società»

Esther Lucille Braun, 1948



Posti di stage presso EOC ed altre strutture

- Prima mappatura 2007
 - **153** posti di stage messi a disposizione mensilmente (infermieri, OSS, soccorritori)
- Attualmente EOC ne mette a disposizione **192** (status novembre 2009)
 - Allievi infermieri SUPSI /SSSCI
 - MS (maturità specializzata . Ex. MPSS) **non** sono considerati in questi posti
 - OSS con maturità a disposizione minimo 40 posti di stage annuali
 - Ogni reparto EOC ha definito il numero massimo di allievi accompagnati simultaneamente in reparto
- Numero di allievi accolti nell'anno
 - 2009, 613
 - 2010, 525
- Utilizzo dei posti di stage disponibili **SOLO al 50%!!**

Ripercussioni positive dal 2004

- Forum EOC – SSSCI – SUPSI
 - Formazione OSS per garantire un flusso costante alla formazione SSSCI e SUPSI
 - Prolungamento degli stage
 - Aumento dei posti di stage
 - SSSCI «due volte all'anno»
 - Formazione OSS con maturità
 - Giorni per laboratorio SUPSI e LTTp SSSCI
-
- CBR
 - Documento di cura
 - Formazione EOC per la persona di riferimento

Ripercussioni negative a livello di

- Infermiera di riferimento di reparto
- Formatori
- Coordinamento / riunioni
- Allievi / studenti
- Attualmente poco sfruttamento dei posti di stage
- Alta differenziazione di percorsi formativi (abbreviato, con/senza OSS, SSSCI, SUPSI)
- Alto numero di infermieri diplomati tolti dalla pratica per Labor e LTTp
- Differenza nella retribuzione durante la formazione
- Differenza nella preparazione (3 / 3 + 2 / 1 + 3 / 4 + 3)
- Mancanza di una massa critica per formazione MSCn a livello ticinese
- falsi miti

Falsi miti

- Teoria – pratica
- Accompagnamento
- Discriminazione
- Personale straniero
- Differenza nella retribuzione tra diplomate SSSCI e laureati SUPSI

Percentuale di frontalieri nel comparto sanità

	EOC 2011	EOC 2000	Case anziani 2010*	Cliniche private 2010*
% frontalieri	13.2	13.5	17.6	30.6
% frontalieri su totale infermieri / curanti**	27.7	28.8	31.0	49.6

* Fonte: USTAT

** Per EOC solo infermieri, per Case anziani e Cliniche private anche altre categorie

Piero Luraschi, EOC

Retribuzione

Sondaggio effettuato dall'Associazione Svizzera Capi Infermieri (ASCSI)

- Risposte da 65 ospedali
- La stragrande maggioranza ha e vuole anche in futuro una retribuzione secondo la funzione

Come integrare tutto nei migliori dei modi



Non

- con un ulteriore aumento di percorsi formativi... il limite è raggiunto!
- con un «sottoutilizzo» dei posti di stage sull'arco di tutto l'anno
- parlando di discriminazioni, favoritismo ai frontalieri, differenza tra teoria e pratica, differenza salariale tra diplomati SSSCI e laureati SUPSI

Responsabilità di ciascuno

Ma tramite

- Retribuzione salariale mensile anche per gli studenti SUPSI
- Miglior distribuzione e uso dei posti di stage disponibili
- Il coinvolgimento delle istituzioni e delle organizzazioni sanitarie nelle decisioni riguardanti la politica sanitaria e informativa

Invito tutti al

2° congresso infermieristico EOC

**Infermieri EOC: co-protagonisti
nel sistema sanitario che cambia**

Mercoledì 9 maggio 2012

Palazzo dei Congressi, Lugano