



info

Periodico d'informazione sulle attività dell'associazione svizzera infermiere/i
Allegato alla rivista "Cure infermieristiche" N. 6/22

Sezione Ticino
Giugno 2022 - n. 2

Approfondimenti

Il "come" è cruciale
nella cura delle persone
con demenza

Sistema sanitario –
presente e futuro



Fonte: it.freepik.com



Calendario attività ASI-SBK
MAGGIO - GIUGNO 2022

www.asiticino.ch



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

Allegato alla rivista

"Cure infermieristiche" 6/22

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

Mariano Cavolo
Roberto Guggiari
Nikola Keller

Supervisione

Pia Bagnaschi

Grafica e stampa

Arti grafiche Veladini, Lugano
www.veladini.ch

Copertina:
it.freepik.com

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

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

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

SOMMARIO

Giugno 2022 - n. 2

- 3** Editoriale
(a cura di Roberto Guggiari)

Cronaca regionale

- 4** Riassunto Assemblea Generale del 29.03.2022
(a cura del segretariato di sezione)
- 5** FAFTPlus, da 65 anni si batte per eliminare ogni forma
di discriminazione nei confronti delle donne
(a cura di Vania Castelli, membra di comitato FAFTPlus)

Approfondimenti

- 6** Il "come" è cruciale nella cura
delle persone con demenza
(a cura di Sibylle Allenbach)
- 9** La comunicazione empatica
con il paziente tossicodipendente
(a cura di Monia Grassi)

Riceviamo e pubblichiamo

- 13** Il sistema sanitario – presente e futuro
(a cura di Giorgio Mainini)

Agenda

- 16** Calendario corsi

Continuiamo a sostenere la valorizzazione della professione infermieristica

Nelle scorse settimane abbiamo potuto apprezzare a livello locale e nazionale, diversi eventi e iniziative a sostegno della valorizzazione della professione infermieristica. L'entusiasmo scaturito dal voto "storico" del 28 novembre 2021, ha fatto nascere diverse iniziative: una di queste è la prima Walk of Care che si è svolta a Bellinzona lo scorso 12 maggio in occasione della giornata internazionale degli infermieri, su iniziativa di un gruppo di infermieri nato spontaneamente. Queste "passeggiate delle cure", sono state lanciate in alcune città della Svizzera tedesca e si tratta di una sorta di marcia delle cure aperta a tutti coloro che sono solidali con le rivendicazioni sostenute dagli infermieri e dai curanti. L'obiettivo è quello di mantenere alta l'attenzione verso il Consiglio Federale e il Parlamento, che sono ora chiamati a concretizzare le rivendicazioni contenute nell'iniziativa.



La politica in Ticino ha già fornito un primo contributo, che potremmo definire pionieristico, infatti il Gran Consiglio, lo scorso 23 febbraio ha approvato il messaggio concernente il piano d'azione per il rafforzamento della formazione professionale sociosanitario denominato PRO SAN 2021-2024 (https://www4.ti.ch/poteri/gc/messaggiati/ricerca/risultati/dettaglio/?user_gcparlamento_pi8%5Battid%5D=105778). Il piano prevede diverse misure interessanti: incentivare la formazione infermieristica riducendo la dipendenza dall'estero del personale sociosanitario, un assegno di formazione che assicura agli studenti il minimo vitale, miglior coordinamento nella ricerca dei posti di stage e l'adeguamento delle indennità mensili versate agli studenti (tra le più basse della Svizzera). Da segnalare inoltre una serie di progetti e azioni inserite nel messaggio PRO SAN 2021-2024, che da una parte promuovono il reinserimento professionale dei professionisti delle cure e dall'altra vorrebbero favorire la resilienza professionale di coloro che sono già attivi.

L'ASI-sezione Ticino, continuerà a seguire con particolare interesse l'evoluzione dei lavori politici e informare puntualmente sugli sviluppi dell'applicazione dell'iniziativa. In tal senso va segnalato un articolo molto interessante che troverete all'interno di questo numero e intitolato "Sistema sanitario presente e futuro".

In entrata di questo editoriale abbiamo citato la giornata internazionale degli infermieri del 12 maggio, dedicata alla nascita di Florence Nightingale nel 1820. Ed è con una sua celebre ma potente frase che la redazione Info-ASI, augura a tutti voi una piacevole lettura e una serena estate.

"L'assistenza è un'arte; e se deve essere realizzata come un'arte, richiede una devozione totale ed una dura preparazione, come per qualunque opera di pittore o scultore; con la differenza che non si ha a che fare con una tela o un gelido marmo, ma con il corpo umano il tempio dello spirito di Dio. È una delle Belle Arti. Anzi, la più bella delle Arti Belle." (Florence Nightingale)

Roberto Guggiari

Assemblea Generale Ordinaria 29.03.2022

Risultati votazione online

a cura del
segretariato di sezione

Il Comitato dell'Associazione Svizzera Infermiere/i Sezione Ticino in ragione dell'attuale situazione sanitaria e conformemente alle direttive emanate dall'autorità competente ha deciso di svolgere l'Assemblea Generale Ordinaria 2022 attraverso una procedura di circolazione degli atti in forma digitale.

Il numero dei votanti è stato molto ridotto, ci auguriamo che in futuro vi sia una maggior partecipazione dei membri perché ogni voto è importante per valutare l'attività svolta e definire gli obiettivi futuri.

Totale votanti 19

1.	Verbale Assemblea Generale Ordinaria 2021	
	Il verbale viene approvato all'unanimità	
2.	Rapporto della Presidente 2021	
	Il rapporto viene approvato all'unanimità	
3.	Conti d'esercizio 2021	
	I conti d'esercizio vengono approvati all'unanimità	
4.	Conti Fondo Indipendenti 2021	
	Il conti del Fondo Indipendenti vengono approvati dalla maggioranza	
5.	Preventivo 2022	
	Il preventivo viene approvato dalla maggioranza	
6.	Nomine statutarie - Comitato	
	<i>Cavolo Mariano</i>	La rielezione viene approvata dalla maggioranza
	<i>Mariani-Abächerli Luzia</i>	La rielezione viene approvata dalla maggioranza
	<i>Nodari Cereda Lilia</i>	La rielezione viene approvata all'unanimità
	<i>Realini Mauro</i>	La rielezione viene approvata dalla maggioranza
	<i>Rodio Massimo</i>	La rielezione viene approvata dalla maggioranza
	Nomine statutarie - Presidente	
	<i>Mariani-Abächerli Luzia</i>	La rielezione viene approvata dalla maggioranza
	Nomine statutarie - Vice Presidenti	
	<i>Cavolo Mariano</i>	La rielezione viene approvata dalla maggioranza
	<i>Realini Mauro</i>	La rielezione viene approvata dalla maggioranza
	Nomine statutarie - Delegati	
	<i>Keller Nikola</i>	La rielezione viene approvata all'unanimità
	<i>Lorenzetti Luca</i>	L'elezione viene approvata all'unanimità
	<i>Rivella Laura</i>	L'elezione viene approvata all'unanimità
	Nomine statutarie - Supplenti Delegati	
	<i>Scarlino Annalisa</i>	L'elezione viene approvata all'unanimità
	<i>Sprugasci Franco</i>	L'elezione viene approvata all'unanimità
	Nomine statutarie - Revisori	
	<i>Paola Bützberger</i>	La rielezione viene approvata all'unanimità
	<i>Nadia Ferrari-Grandi</i>	La rielezione viene approvata all'unanimità

FAFTPlus, da 65 anni si batte per eliminare ogni forma di discriminazione nei confronti delle donne

a cura di
Vania Castelli

Il 2022 è un anno importante per la Federazione delle Associazioni Femminili Ticino (FAFTPlus): è l'anno del 65esimo. 65 anni di battaglie a favore delle donne, a tradurre in realtà l'articolo costituzionale che sancisce la parità di fatto tra donna e uomo in tutti gli ambiti. FAFTPlus vuole fare la differenza ed è lieta che la ricorrenza dei 65 anni abbia portato l'Associazione Svizzera Infermiere/i Sezione Ticino ad aderire a un percorso comune volto a costruire una rete di collaborazione e di azioni che permettano finalmente di raggiungere la vera uguaglianza di cui la Costituzione federale parla.

La Federazione ticinese delle associazioni femminili (FAFT) nasce a Lugano il 28 aprile 1957 grazie alla determinazione di donne coraggiose che decisero di raggruppare associazioni femminili e socie singole attive in ambito politico, sociale e culturale per rivendicare forte e chiaro il diritto di voto e di eleggibilità. Diverse le donne famose che si sono avvicinate alla presidenza e che hanno condotto importanti battaglie sulla via della parità. Fra queste il riconoscimento nella Costituzione federale della parità degli uomini e delle donne, con l'introduzione di un articolo ad hoc accettato in votazione popolare il 14 giugno 1981. Un'altra conquista è stata la creazione nel 1997 del Consultorio giuridico "Donna e lavoro" per offrire consulenza e assistenza legale su problematiche riguardanti il lavoro. Nel 2018 è confluito nell'associazione Equi-Lab, il centro di competenze per la conciliabilità vita-lavoro e la valorizzazione delle differenze di genere.

Nel 2015 la federazione diventa FAFTPlus volendo sottolineare l'apertura della propria base associativa agli uomini e a tutte le organizzazioni ed enti, pubblici e privati, che si occupano della promozione della parità di genere o che ritengono prioritario l'obiettivo di eliminare ogni forma di discriminazione nei confronti delle donne perché molto resta da fare: permane infatti la differenza di retribuzione e pensionistica, la possibilità di accedere alla formazione continua e di fare carriera, la conciliabilità tra lavoro e famiglia... disparità che l'Associazione delle infermiere e degli infermieri ben conosce. Manifesti continuano pure ad essere i problemi di abuso e di violenza sulle donne, sia nel pubblico sia nel privato.

Da 65 anni FAFTPlus favorisce un'immagine non stereotipata di donne e uomini, si batte

per eliminare i pregiudizi e per reagire alla crescente complessità delle dinamiche politiche, economiche e sociali, muovendosi a più livelli con iniziative che costituiscono ottimi esempi di cosa può essere fatto per costruire la parità. Una fra tutte, #ripartiredalldonne che vuole essere un modus operandi per rispondere in modo efficace alla sfida economica e sociale della ripresa post Covid: a pagare le conseguenze della crisi sono di fatto le donne che, malgrado abbiano svolto quelle professioni essenziali durante il primo confinamento, ne sanno qualcosa le infermiere, hanno visto cancellati i loro posti di lavoro. Per questo FAFTPlus chiede un approccio innovativo e inclusivo di differenti capacità e idee, coinvolgendo nel tavolo della ricostruzione le visioni, i talenti e le esperienze delle donne. E chiede anche un'analisi statistica e dei dati disaggregati per genere al fine di rispondere in modo mirato a questa emergenza che non è solo sanitaria, ma anche economica e sociale.

La storia di FAFTPlus è partita nel 1957 per protesta contro una votazione che chiedeva l'obbligatorietà anche per le donne di svolgere un servizio civile, un paradosso visto che le donne non avevano il diritto di voto. 65 anni dopo, l'eliminazione delle discriminazioni di genere continua a essere un tassello importante dell'azione di FAFTPlus per una società più giusta; un'azione che da quest'anno può contare sulle competenze e il sostegno dell'Associazione Svizzera Infermiere/i Sezione Ticino.

<https://faptplus.ch> per sostenere i progetti della federazione e scoprire le attività in favore della parità di genere. ■

Assistenza centrata sull'individuo per persone con demenza in ospedale

Il "come" è cruciale nella cura delle persone con demenza

a cura di
Sibylle Allenbach*

Nella presa in carico di persone con demenza in ospedale, è essenziale rispondere ai loro bisogni. Questo richiede un atteggiamento empatico da parte del personale curante nei confronti di questi pazienti, oltre a conoscenze specifiche. Lo dimostrano i risultati di una tesi di master nel corso di laurea in Geriatric Care presso la SUP salute Careum.

Le cifre della Fondazione Alzheimer sulla demenza in Svizzera (2019) mostrano che nel 2019 in Svizzera vivevano 128'200 persone con demenza. A soffrirne sono il 2,4% dei pazienti ospedalizzati. Tuttavia, pochi ospedali sono attrezzati per soddisfare le loro esigenze e nella presa in carico di questi pazienti il personale curante deve affrontare sfide significative (George et al., 2013; Alzheimer's Society, 2009; Bail et al., 2015).

La signora M. vive a casa con suo marito. Sua figlia che vive in Germania viene a trovarla e si accorge che sua madre è sempre più disorientata. Al pronto soccorso le viene diagnosticata un'infezione della pelvi renale. Nell'ambiente estraneo dell'ospedale la signora M. perde sempre più l'orientamento, le manca la sua routine quotidiana e suo marito, persona di riferimento, può essere presente solo saltuariamente.

Cure incentrate sulla persona

La strategia nazionale svizzera sulla demenza (2014 - 2019) menziona il coinvolgimento dei familiari curanti, gli standard e le linee guida per un'assistenza favorevole alla demenza,

nonché condizioni quadro ottimali e la cooperazione interprofessionale come aspetti importanti per una buona qualità dell'assistenza alle persone affette da demenza in ospedale. Sono tutti termini ampi che hanno bisogno di essere riempiti con contenuti concreti. Per esempio, riguardo alla buona qualità della presa in carico, viene menzionata anche l'assistenza centrata sulla persona. Secondo questo concetto, il paziente è al centro del trattamento e quindi riceve le cure di cui ha bisogno (McCormack et al., 2015). Lo psicogerontologo britannico Thomas Kitwood ha usato il termine per la prima volta nel 1988 per descrivere un particolare tipo di modello di cura per le persone con demenza. Kitwood ha ipotizzato che il benessere delle persone con demenza dipenda da un'assistenza che affermi le persone nella loro personalità (Fazio et al., 2018). Kitwood vede la soddisfazione dei "bisogni spirituali" delle persone con demenza come un prerequisito per farle sentire ben assistite.

Questi bisogni sono identità, conforto, inclusione, occupazione e attaccamento. Il bisogno di identità si riferisce al sapere chi sei e qual è la tua storia di vita. Il bisogno di conforto



implica l'interazione empatica e la vicinanza. Il bisogno di inclusione significa il desiderio di essere parte di un gruppo e di essere necessari. Svolgere un'attività dà alla persona un senso di libertà di scelta e di controllo. Il bisogno di sicurezza e di attaccamento è particolarmente pronunciato in situazioni di stress, come l'ospedalizzazione.

Includere la propria biografia

I curanti sanno che alla signora M. piacciono i dolci, che ha un gatto, che ci tiene a truccarsi e che la sera le piace guardarsi un film. Sapere queste cose aiuta il personale curante a offrire un'assistenza individuale alla signora M. e quindi a mantenere la sua autostima. Tuttavia, non sanno che la signora M. era un'insegnante di liceo e che uno dei suoi figli è morto in ospedale all'età di dieci anni.

Un trattamento dignitoso delle persone con demenza si riflette nel fatto che le dichiarazioni e i bisogni sono presi sul serio. Le reazioni delle persone sono determinate dalla loro storia di vita, quindi, se mancano le informazioni, gesti e reazioni possono essere mal interpretati da chi si prende cura di loro.

Come faccio?

Il "come" è cruciale in ogni interazione con le persone con demenza. Come faccio? Quanto sono disponibile e presente con questa persona? Solo allora posso sapere come reagisce la mia controparte. Anche se la persona non capisce più le mie parole, capisce il mio atteggiamento nei suoi confronti. Le mie parole sono gentili, i miei gesti garbati, la mia espressione facciale affettuosa o sto già pensando a ciò che farò dopo?

Questo atteggiamento è fondamentale anche nella comunicazione per costruire un rapporto di fiducia. Ci sono molti metodi diversi di comunicazione, ma la cosa più importante in qualsiasi tipo di comunicazione è la disponibilità dell'infermiera.

In ospedale la signora M. riceve cure complesive. Le infermiere la aiutano nell'igiene personale, vengono eseguite tutte le misure terapeutiche e in caso di dolore la signora M. riceve immediatamente i relativi farmaci.

Importante bisogno di conforto

In vari studi (Prato et al., 2019; Pinkert et al., 2018; Scerri et al., 2015; Spencer et al., 2013; Clisett et al., 2013), è stato riscontrato che in presenza di un disagio emotivo o psicologico i curanti hanno risposto piuttosto raramente. Tuttavia, per le persone affette da demenza, il bisogno di conforto è uno dei più

importanti per sentirsi in sicurezza e accettati. *In ospedale, nella vita quotidiana, la signora M. si sente esclusa da alcune decisioni. Avrebbe voluto decidere da sola cosa mangiare oggi, proprio come gli altri, anche se le ci vorrà più tempo o alla fine potrebbe non essere in grado di prendere una decisione. Inoltre, la signora M. si annoia. A casa, suo marito si occupava di lei o le affidava compiti semplici.*

Coinvolgere nelle decisioni

Se una persona con demenza non viene coinvolta nelle decisioni perché le sue risorse esistenti non vengono utilizzate, questo la svilisce e ferisce la sua autostima (Kitwood, 2019). Negli studi (Prato et al., 2019; Scerri et al., 2015; Spencer et al., 2013; Clisett et al., 2013), le persone con demenza e i loro familiari hanno espresso gratitudine quando l'ospedale disponeva di un programma di attività. Tuttavia, il lavoro veniva spesso offerto solo quando i pazienti diventavano agitati e mostravano un comportamento problematico.

Nella camera singola, la signora M. non ha quasi nessun contatto con gli altri e non ha nemmeno la possibilità di osservare ciò che accade attorno a lei. La signora M. non si sente bene in ospedale ed esprime ripetutamente il suo desiderio di tornare a casa. A volte si ferma nel corridoio con la sua borsetta e si riesce ad impedirle di lasciare il reparto solo con parole di persuasione.

Creare un ambiente familiare

Un ambiente adatto alle persone affette da demenza deve essere progettato in modo tale da permettere l'indipendenza, che la persona

PAZIENTI CON DEMENZA IN OSPEDALE

I punti più importanti

I seguenti punti sono indispensabili per una buona cura delle persone con demenza in ospedale:

- conoscenza della biografia e delle abitudini
- comunicazione valorizzante
- senso di appartenenza
- possibilità di orientamento
- attività gratificanti
- coinvolgimento dei familiari / persone di riferimento
- atteggiamento empatico dei curanti
- conoscenze specialistiche
- risorse umane

Approfondimenti

si senta sicura e che siano possibili contatti sociali. Grazie ad alcuni studi (Ernst et al., 2020; Kelley et al., 2019; Godfrey et al., 2018; Prato et al., 2019; Brooke & Semlyen, 2019; Scerri et al., 2015; Goldberg et al., 2013; Spencer et al., 2013; Clisett et al., 2013) si è scoperto che anche piccoli cambiamenti come gli orologi, contrassegnare i luoghi importanti con cartelli, l'uso mirato dei colori o la possibilità di guardare fuori dalla finestra hanno contribuito al benessere delle persone con demenza rendendole meno confuse. Idealmente, il reparto ha una sala dove le persone con demenza possono socializzare, o almeno posti a sedere nel corridoio per partecipare alla routine quotidiana del reparto.

La zona letto della signora M è stata decorata con oggetti personali. Foto e oggetti familiari, come un cuscino a lei caro, la aiutano a mantenere una connessione con i parenti e forniscono ai curanti la possibilità di parlare di aspetti che sono importanti per la signora M. Se, inoltre, il personale può essere più presente con i pazienti, per esempio occupandosi di incartamenti in presenza della persona con demenza, questo ha un effetto positivo sul suo comportamento, poiché il suo bisogno di legame e sicurezza è rispettato.

La signora M. e suo marito sono un team ben affiatato. Perciò la signora M. soffre che lui possa stare con lei solo per una visita. Di tanto in tanto, il signor M. porta a sua moglie il suo cioccolato preferito e guarda con lei gli album di foto.

Coinvolgere i familiari

I parenti si aspettano informazioni sul paziente senza doverle chiedere (Ernst et al., 2020; Scerri et al., 2015; Spencer et al., 2013).

Vogliono avere conversazioni regolari ed essere informati sulle condizioni e sui progressi del paziente. La relazione con i familiari deve essere strutturata consapevolmente, altrimenti non le viene dato abbastanza peso. Questo anche in vista della dimissione dall'ospedale, dove il coinvolgimento dei familiari gioca un ruolo importante.

Conclusioni

Prendersi cura delle persone con demenza in ospedale è impegnativo. La formazione può aumentare le conoscenze specialistiche in questo settore. Alcuni studi (Godfrey et al., 2018; Pinkert et al., 2018; Scerri et al., 2015; Spencer et al., 2013; Goldberg et al., 2013) hanno mostrato cambiamenti nel modo in cui le persone con demenza e i loro familiari vengono trattati. Tuttavia, questo tipo di cura non richiede solo conoscenze, ma anche un atteggiamento corrispondente. L'empatia e la pazienza possono essere riconosciute, tra le altre cose, dai curanti che prendono tempo e mostrano interesse nella vita delle persone con demenza.

Un organico insufficiente, così come processi organizzativi rigidi, hanno un impatto negativo sulla cura delle persone con demenza (Ernst et al., 2020; Kelley et al., 2019; Godfrey et al., 2018; Pinkert et al., 2018; Scerri et al., 2015; Clisett et al., 2013). Una buona qualità di cura per le persone con demenza in ospedale può essere raggiunta collaborando con loro e i loro familiari a pari livello, ponendo le loro esigenze al centro delle cure e dell'assistenza. ■

* **Sibylle Allenbach**, MAS FH in Geriatric Care, infermiera esperta ospedale Langenthal SRO, s.allenbach@sro.ch



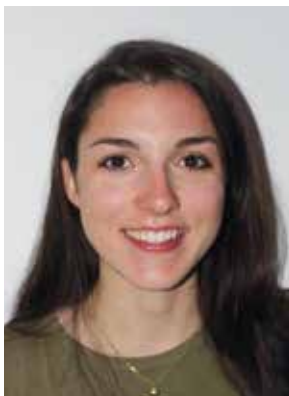
Consulta il nostro sito internet!

Rimani al corrente su aggiornamenti, novità e attività dell'associazione



Comunicazione empatica con il paziente tossicodipendente

a cura di
Monia Grassi*



Sono un'infermiera diplomata da poco più di sei mesi e il momento della scelta dell'argomento di diploma presso la Scuola Superiore Specializzata in Cure Infermieristiche, si è rivelato per me come un'occasione di scernita e riflessione intima e personale. Molte tematiche mi suscitano interesse, ma il macro-tema della comunicazione è per me un tassello base sia nelle cure sia nella vita privata. Anche grazie alla formazione ho capito l'importanza dei gesti, della mimica, del tono della voce e soprattutto dell'ascolto. Negli anni ho svolto diversi picchetti sanitari all'interno di un festival di musica elettronica e proprio durante quei giorni avevo bisogno di ricorrere a diverse risorse nell'ambito comunicativo. Le principali difficoltà che incontravo erano spesso legate a barriere linguistiche vista la provenienza internazionale dei partecipanti, ma se dovessi classificarle al primo posto troverei la relazione con il soggetto che ha abusato di sostanze. L'alterazione dello stato di coscienza, del pensiero critico e della capacità di ragionamento razionale rendono il tentativo di comunicare un processo complesso e delicato. Ed è proprio questo l'aspetto che più mi ha interessato, entusiasmato ed incuriosito, ma allo stesso tempo, il fatto di non riuscire ad instaurare una relazione efficace, mi ha turbata. Per cui la volontà di sviluppare un lavoro di ricerca e di analisi relativo alla comunicazione empatica nei pazienti con una storia legata all'assunzione di sostanze stupefacenti mi è subito apparsa come un'opportunità di crescita personale ma soprattutto professionale, con l'obiettivo di essere in seguito uno strumento multidisciplinare utile alla pratica. La ricerca è stata sviluppata all'interno di un reparto di medicina intensiva di un ospedale pubblico del Canton Ticino, settore sollecitato e confrontato sia con soggetti che abusano saltuariamente di sostanze stupefacenti sia con pazienti alla quale è stata diagnosticata una tossicodipendenza. Si pensi che il 25% delle diagnosi medico-psichiatriche sono correlate a dipendenze o abuso acuto di sostanze psicoattive (UST, 2014 citato in UFSP, 2015). L'utilizzo di sostanze stupefacenti non comporta però sempre un disturbo da dipendenza. Al contrario,

le sostanze legali, come l'alcol e i farmaci da prescrizione (ma anche la cannabis in molti stati americani), possono essere coinvolte in un disturbo da uso di droghe, senza rientrare nel campo delle dipendenze. I numeri statistici relativi sia alla Confederazione sia, specificatamente, alla Svizzera Italiana rivela delle tendenze costanti nelle ospedalizzazioni droga-correlati, in particolare nella regione italiana si registrano mediamente circa 1200 ricoveri. Nel 2020 si è vista però una diminuzione importante di interventi, soprattutto nelle fasce d'età più giovani. Questi dati si possono immediatamente correlare alla pandemia da Corona Virus che ha esordito nella primavera dello stesso anno andando a limitare i contatti sociali e le manifestazioni che in tempi comuni comportavano anche le sperimentazioni e l'utilizzo di sostanze psicoattive anche a scopo ricreativo o di sperimentazione (FCTSA, 2021). Essendo questa una ricerca di carattere prettamente qualitativo, è stato necessario selezionare un solo soggetto di analisi, Mirko (nome fittizio).

Prima di poter sviluppare l'analisi ho avuto la necessità di indagare ed approfondire gli aspetti teorici e gli studi relativi alla sfera della comunicazione. Oltre alle conoscenze di base, ho posto particolare importanza all'aspetto non verbale ed espressivo della comunicazione, appunto. In particolare, ho ritenuto prioritario il discorso relativo all'empatia, alla prossemica, al linguaggio, ma anche all'ascolto attivo e alla relazione d'aiuto in campo sanitario. Sono stata sempre, personalmente, più brava nell'esprimermi con le parole piuttosto che con i gesti. Molte volte mi sono resa conto di far fronte al detto popolare "parlare bene e razzolare male" in quanto la mia mimica ed i miei gesti non erano congrui alle mie parole. Credo che tale comportamento sia stato caratterizzato da un sentimento di paura ed incertezza, della convinzione di non essere all'altezza della situazione e di non saperla quindi gestire. Ho imparato a comprendere l'importanza di questo aspetto negli anni, crescendo, ed ho capito quanto l'essere genuini sia un'estrema prova di fiducia e di apertura nei confronti dell'altro. In letteratura è stato ed

Approfondimenti

è ancora un tema di spessore. Carl Rogers in particolare ha dedicato alla congruenza terapeutica interi studi e ne ha conseguito una vera e propria filosofia, la quale è diventata anche per me uno stile di pensiero. In maniera distintiva accolgo positivamente la citazione seguente: *"...appare essenziale che il terapeuta sia genuino, totale o congruente nella relazione. Ciò significa che è importante per il terapeuta essere quello che è nel suo contatto con il cliente. Se il terapeuta mostra esternamente un sentimento o un atteggiamento, mentre internamente o inconsciamente ne sta sperando un altro, la probabilità di successo terapeutico diminuirà."* (Rogers, n.d., citato in Agostini, n.d.)

Gli argomenti relazionali sono molteplici e variegati, ma all'inizio del progetto mi sembrava di sviluppare qualcosa di sempre troppo superficiale e idealistico, non adeguato alla situazione acuta. Per cui ho ristretto il campo di sviluppo all'area critica. Non sono molti gli studi indirizzati a tale casistica, ma le valutazioni dello psichiatra e psicoterapeuta italiano Gaddomaria Grassi (1993) mi hanno coinvolta grazie alla loro schiettezza e semplicità. Si presentano infatti situazioni in cui è necessario utilizzare grande sensibilità e riservatezza, ma mantenere comunque uno

spirito curioso al fine di comprendere il caso e sviluppare una raccolta dati approfondita al fine di ricostruire, nell'attimo dell'emergenza, la storia dell'individuo. È quindi necessaria una grande componente di flessibilità e capacità di adattamento alla situazione in modo tale da capire grossolanamente il problema di base ed utilizzarlo come punto di partenza per lo sviluppo relazionale e di aiuto. Volevo però un modello di riferimento, uno schema di base per potermi orientare nello sviluppo di una strategia di comunicazione personale e specifica. Ho dunque trovato affinità nella teoria proposta dal medico, storico e filosofo spagnolo Pedro Lain Entralgo, che fa riferimento a cinque punti chiave: l'interrogatorio; l'incitamento; l'orientamento; la suggestione; l'ordine ed il silenzio.

Durante la prima fase, quella dell'interrogatorio, il curante crea un avvicinamento con il paziente ed indaga gli aspetti che lo hanno portato al ricovero e alla malattia. Con l'incitamento si incoraggia il paziente a continuare e rafforzare il rapporto, proponendo stimoli, favorendo l'empatia e la relazione d'aiuto. L'orientamento è la fase in cui l'interlocutore indirizza il paziente a mantenere il discorso relativo al motivo del ricovero al fine di poter intervenire secondo le priorità del caso.



Fonte: it.freepik.com

Il punto della suggestione è contraddistinto dalle parole del curante, volutamente pronunciate al fine di far reagire il paziente e stimolarne la sfera interiore. Durante questo momento è importante valutare la presenza di aggressività o frustrazione dell'individuo. Se dovesse trattarsi di una situazione delicata e con tali "indagini" il paziente potrebbe risultare non collaborante e manifestare atteggiamenti violenti, si preferisce agire con questa modalità in secondo luogo.

L'ordine deve essere stabilito dal curante, non dimenticandosi dell'utilizzo della comunicazione non verbale e para verbale, adattando la prossemica ai sentimenti del paziente e rispettando i momenti di silenzio (Lain Entralgo, 2007 citato in Caloiro, 2012).

Un ulteriore aspetto di rilievo nella teoria di Entralgo che trovo personalmente molto interessante è il silenzio. Esso è spesso ritenuto come un fallimento alla comunicazione, ma al contrario è una parte fondamentale della relazione. Sto acquisendo con il tempo capacità di rimanere in silenzio e permettere all'altro di esprimersi al suo interno. Tendo spesso a voler riempire i silenzi di parole inutili e superflue come ad averne paura. La comunicazione non verbale parte invece proprio da lì, così come la base della relazione d'aiuto e dell'empatia, dalla capacità di percepire l'altro ed infondere a sua volta la propria presenza, come per dire "sono qui per te", "prenditi tutto il tempo di cui necessiti".

Nello specifico ho poi incontrato, durante un turno di lavoro, Mirko. Egli è diventato per me non solo il soggetto di analisi ma una fonte di ispirazione alla riflessione e all'introspezione. Mirko è un uomo di 40 anni ed è ricoverato nel reparto di medicina intensiva per sorveglianza post-operatoria in seguito a toracotomia e decorticazione polmonare destra su empiema massivo eseguito in sala operatoria con anestesia totale ed intubazione orotracheale. Alcuni giorni prima, M. si era recato in pronto soccorso per dispnea ingravescente in seguito ad una caduta al domicilio (avvenuta circa tre giorni prima) che gli ha provocato una frattura delle costole VIII, IX e X. Gli viene diagnosticata una polmonite basale destra ed un empiema massivo. Riferisce spontaneamente che l'evento è stato causato da un suo stato di coscienza alterato dopo un'assunzione massiccia di un mix di cocaina ed eroina endovenosa. Il paziente è già noto per una tossicodipendenza in terapia sostitutiva con metadone. Dopo l'estubazione Mirko ha presentato uno stato confusionale acuto contraddistinto da tratti da aggressività psicomotoria.

Ho immediatamente identificato questo momento come un'opportunità di analisi e ricerca. Ho per questo iniziato a relazionarmi con Mirko utilizzando lo schema di Entralgo ma utilizzando la flessibilità di Grassi e le nozioni teoriche apprese in precedenza.

Nello specifico il colloquio si è svolto utilizzando inizialmente un macro-approccio, ovvero addentrandomi nel vivo della relazione con cautela e rimanendo generalizzata sulla conversazione, non iniziando immediatamente a focalizzarmi su quello che era la problematica della tossicodipendenza o l'assunzione sovradosata che lo ha portato all'ospedalizzazione. Mirko ha iniziato ad abituarsi alla mia presenza, a conoscermi e a capire il mio ruolo all'interno delle cure anche se ha spesso presentato diffidenza nei confronti del personale sanitario.

In un secondo tempo mi sono poi avvicinata a Mirko entrando in quella che viene definita la "zona personale" e ponendomi a livello dei suoi occhi.

Ho iniziato a porre domande dirette e mirate in relazione a quanto era successo nei giorni che hanno preceduto la caduta. Ho quindi indirizzato la conversazione sulla sua dipendenza da sostanze stupefacenti. In questo caso ho utilizzato più volte la strategia del "feedback" tipica della relazione d'aiuto, andando a riformulare quanto detto dal paziente dimostrandomi attenta alla conversazione ed indirizzandolo ad approfondire quanto appena espresso.

Mirko è riuscito ad esprimersi liberamente ma ha presentato alcuni momenti di incertezza ed insicurezza in cui non finiva di esprimere il concetto che raccontava ma poneva fine al discorso con "non fa niente, lascia stare". Personalmente ho preferito lasciare dei momenti di silenzio dopo tali espressioni in modo da favorire la riflessione piuttosto che continuare a porre domande ed infastidire o agitare ulteriormente il paziente. Avrei rischiato di interrompere quella che in questo momento era la relazione di fiducia instaurata.

Non mi ero prefissata in nessun modo che tramite il mio intervento avrei risolto le sue difficoltà in quanto ero già consapevole che il tempo ristretto, la mia inesperienza ed il luogo in cui operavo non erano adatti a tale risultato. Ma il mio scopo prioritario era quello di favorire una relazione empatica e che, tramite le riflessioni personali, a Mirko sarebbe rimasto in mente quanto lui stesso esprimeva in relazione alla sua situazione e a ciò che in quel determinato momento della sua vita lo circondava.

Approfondimenti

La consapevolezza di poter lasciare una mia traccia personale nei pensieri del prossimo, nei ricordi o nelle riflessioni mi fa sentire importante, utile. La volontà di farlo in modo mirato ed utile ha determinato la continua ricerca di strategie più efficaci. Credo però che non solo il saper fare determini la buona riuscita di un intervento di aiuto, ma anche e soprattutto il saper essere. La flessibilità e la genuinità, come già è stato detto, sono risorse primitive nelle relazioni di questo genere, ma anche la capacità di inventiva, la positività e lo spirito pratico vanno a favorire il successo. Prima di concludere, ho potuto soffermarmi su cinque punti cardine, individuati e modellati per essere utilizzati come riferimenti durante questo particolare tipo di relazione:

1. Macro-approccio
2. Cura del setting
3. Avvicinamento al soggetto
4. Colloquio strutturato
5. Valutazione

Lo sviluppo della ricerca, l'analisi dei dati, ma soprattutto il rapporto umano, mi hanno fatto comprendere che un soggetto può essere ritenuto fragile e vulnerabile, ma nel suo profondo, molte volte, si tratta solo della manifestazione di qualcosa di più intimo e complesso. Ho veramente capito quanto la presenza di pregiudizi possa far vedere il mondo da una sola prospettiva, senza la capacità di osservare più punti di vista. Nella vita di tutti i giorni si sentono spesso classiche espressioni nei confronti di persone che hanno la tendenza a condurre una vita sregolata. Gli stereotipi e le etichettature presenti nella società odierna sono molteplici, ma anche nelle generazioni passate che vedono questi individui come diversi e peggiori da loro. In verità, con gli anni e la continua informazione tanti luoghi comuni sono andati scemando ma hanno comunque lasciato degli aloni nella mentalità comune. Io stessa ammetto di non essermi mai soffermata a ragionare di cosa potesse provare una persona che per stare meglio necessita di un "aiuto", di una spinta, pur sapendo che in un futuro prossimo tale gesto aumenterà la sua sofferenza psicofisica.

A livello professionale questa ricerca mi ha fornito elementi interessanti ed innovativi al fine di prendermi a carico di un paziente che ha abusato di sostanze su una tossicodipendenza già nota, nel caso specifico del paziente individuato nel contesto di ricerca. Ma di certo, accorgimenti e strutture, mi potranno servire nel mio futuro professionale sia con utenti simi-

li alla descrizione ideale descritta all'interno della ricerca che con altri pazienti che presentano uno stato confusionale acuto per differenti diagnosi. In dettaglio ho dato molta più importanza alle emozioni e agli stati d'animo riuscendo a favorire una comunicazione centrata sul paziente. Come detto in precedenza, ho iniziato a sviluppare il concetto che "lento è veloce", ovvero che con calma e fermezza si ottengono obiettivi più rapidi e mirati piuttosto che agire nel caos.

Questa nuova visione è scaturita grazie alle informazioni che ho ricercato, alle modalità differenti di approccio, ma in primo luogo grazie all'assenza di giudizio. Non mi ritengo una persona completamente assente dal pregiudizio verso il prossimo, sarebbe un'utopia. Ma quello che realmente ho sviluppato è la capacità di fermarmi nel momento esatto in cui inizio a percepire che sto sentenziando su ciò che mi è invece sconosciuto. Credo infine che la sensazione più bella e sincera sia ancora l'abilità e l'intelligenza emotiva di farsi sorprendere e mai sentirsi arrivati. ■

* **Monia Grassi**, studentessa CPSI SSSCI Bellinzona

Bibliografia

Agostini, I. (n.d.). *Il concetto di Congruenza del Terapeuta per Carl Rogers*. Disponibile da <http://www.psicologaireneagostini.com/2018/02/27/il-concetto-di-congruenza-del-terapeuta-per-carl-rogers/>

Caloro, G. (2012). *La comunicazione medico-paziente*. Cittadella Editrice.

Federazione Cantonale Ticinese Servizio Ambulanze (FCTSA) (2021). *Statistiche degli interventi droga-correlati, 2019/2020*.

Grassi, G. (1993). *Emergenza in psichiatria. Strategie e percorsi operativi nel servizio pubblico*. Agnelli.

Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) (2015). *Strategia nazionale dipendenze 2017-2024*. Ufficio federale della sanità pubblica.

a cura di
Giorgio Mainini*

Sistema sanitario – presente e futuro

Il 28 novembre 2021 l’iniziativa sulle cure infermieristiche è stata accolta dal sovrano con una confortevole maggioranza: a ben guardare è stata una votazione senza vincitori né vinti: il controprogetto elaborato dalle Camere federali tendeva a soddisfare una parte di quanto proposto dall’iniziativa.

Di conseguenza accettando quest’ultima si accettava anche quanto proposto dalle Camere. Ci si può quindi aspettare che la parte comune possa essere messa in vigore in breve tempo e che, con un ritardo ragionevole, si legiferi anche sul resto.

Ma c’è un problema: secondo l’Osservatorio svizzero della salute “Per il periodo dal 2019 al 2029, saranno necessari 43’400 nuovi infermieri a livello terziario e 27’100 nuovi infermieri e assistenti a livello secondario II¹, cioè 70’500 curanti.

In Ticino la formazione infermieristica è data da due scuole: la Scuola universitaria professionale della Svizzera Italiana (SUPSI) e dalla Scuola specializzata superiore in cure infermieristiche (SSSCI). Entrambe rilasciano un diploma, riconosciuto in Svizzera e nella Unione europea, dopo tre anni di studio comprensivi di un certo numero di stages professionali da svolgere in strutture curative in Ticino, in Svizzera o all’estero. E qui nasce un problema: i posti disponibili sono meno delle necessità reali perché fino ad oggi non esisteva un obbligo formativo per le strutture sanitarie: di conseguenza entrambe le scuole hanno dovuto definire un “numero chiuso” di studenti ammessi alla formazione infermieristica (circa 240, 120 per scuola). Occorre quindi organizzare esami d’entrata per decidere quali candidati ammettere. Nel corso dei tre anni una parte degli ammessi lascia gli studi: il risultato è che ogni anno vengono diplomati solo circa 180 infermieri, meno quindi del fabbisogno cantonale. Si tratta perciò di eliminare il collo di bottiglia determinato dai posti di stages disponibili e creare condizioni favorevoli alla formazione (indennità, conciliazione scuola-famiglia, ecc.).

I Cantoni romandi e il Canton Berna hanno risolto il problema dando la facoltà ai governi cantonali di fissare, per ogni struttura curativa,

un numero di posti da mettere a disposizione: sulla base del numero di diplomati in attività nella struttura stessa viene definito un “potenziale formativo” vincolante ai fini del finanziamento cantonale.

In Ticino la situazione è difficile da capire: il 4 ottobre 2016 il Gran Consiglio approvava, tra l’altro, l’art. 81 cpv. 5 della Legge sanitaria, che recita: “Il Dipartimento stabilisce il numero minimo di posti di formazione per categoria professionale per responsabile o servizio di ogni singolo istituto proporzionato alla dimensione e ai volumi di prestazioni dello stesso.” Il 9 giugno 2021, il Consiglio di Stato ha sottoposto al Gran Consiglio il messaggio nro. 8009 nel quale si legge, insieme ad altre misure, l’adozione dell’obbligo formativo previsto dall’art. citato sopra.

La domanda è: come mai non si è adottato negli ultimi cinque anni quanto previsto dalla legge sanitaria?

Nello stesso messaggio, sulla base dei lavori dell’Osservatorio sulle professioni e prospettive professionali nel settore sanitario (OPPS), è indicato il seguente fabbisogno annuale:

- 360 nuove/i infermiere/i;
- 100 nuove/i operatrici/tori sociosanitarie/i;
- 270 nuove/i addette/i alle cure o parificati;
- 90 addetti con altra o nessuna formazione formale.

Fortunatamente il messaggio è stato approvato dal Gran Consiglio ticinese il 23 febbraio del 2022. Se anche gli altri cantoni prenderanno provvedimenti simili, si può sperare che il numero stimato di 70’500 curanti possa essere raggiunto.

Bisogna però tenere in considerazione l’investimento per la formazione dei giovani: quasi 100’000 franchi per un infermiere.

Formare 70’500 infermieri richiede dunque una spesa 7’050’000’000 franchi.

Nel caso del Ticino la formazione dei 240 infermieri viene oggi a costare 24’000’000 di franchi. Se se ne vogliono formare 360, senza contare le altre professioni, l’investimento dovrà essere di 36’000’000 di franchi, 12’000’000 di franchi in più, con un aumento del 150%.

Per i medici il calcolo è più impreciso.

¹ <https://www.swissinfo.ch/ita/personale-sanitario--sforzi-danno-frutti-ma-resta-necessit%C3%A0-agire/46925166>

Riceviamo e pubblichiamo

Il rapporto del Consiglio Federale "Una strategia per combattere la mancanza di medici e promuovere la medicina di base"² arriva a questa conclusione: "Dal calcolo risulta che per **stabilizzare** l'odierno volume di lavoro con medici formati in Svizzera nei prossimi 20 anni la Svizzera dovrà raggiungere la cifra di 1200-1300 titoli di studio all'anno".

Nel rapporto (del 2011!!!) è scritto "per stabilizzare", ben prima che si sapesse dell'esistenza di un virus dal nome SARS-CoV-2, responsabile della Covid-19. Non si fa cenno al fatto che da decenni le università svizzere applicano il *numerus clausus* nelle facoltà di medicina.

Si stima che la formazione di un medico costi da tre a dieci volte tanto quella di un infermiere, a dipendenza di quanto della ricerca fatta dalle facoltà di medicina si integra in tale costo. Tanto per semplificare, diciamo 700'000 franchi. Ne consegue che si arriva a 8'750'000'000 di franchi.

Sommando l'investimento per gli infermieri a quello dei medici si ottiene che è necessario mettere sul piatto 15'800'000'000 di franchi in dieci anni, pari a 1'580'000'000 di franchi all'anno.

Sono tanti? Sono pochi?

Per farsene un'idea, il preventivo 2021 del Canton Ticino³ prevede che "A fine anno, il debito pubblico dovrebbe pertanto superare l'importo di 2.2 miliardi di franchi."

La Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH) ha emesso il 24 marzo 2021 un comunicato⁴ secondo il quale "Dei 38'502 professionisti conteggiati nel 2020 ben 14'386 - vale a dire il 37,4% - provengono da oltre frontiera.". In Ticino sono 1'053 su 2'071, vale a dire il 50,8%⁵.

In buona sostanza, e ammettendo il valore assunto sopra di 700'000 franchi per la formazione di un medico, la Svizzera ha risparmiato più di 10'000'000'000 di franchi, di cui circa 740'000'000 in Ticino.

Insomma, volendo essere drastici, si può dire che la Svizzera ci ha guadagnato, come pure i medici immigrati. Chi ha perso? I Paesi che hanno formato i medici che poi sono andati all'estero. La Svizzera e altri Paesi importano banane o materie prime a basso costo: noi facciamo lo stesso con medici e infermieri.

Non ho trovato i dati sul numero di infermieri provenienti da oltre frontiera.

² <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/medizinische-grundversorgung/strategie-gegen-aerztemangel.html>

³ https://www4.ti.ch/area-media/comunicati/dettaglio-comunicato/?NEWS_

⁴ <https://www.fmh.ch/files/pdf25/medienmitteilung-zur-fmh-aerztestatistik-2020-fr.pdf>

⁵ https://www.swissinfo.ch/ita/sistema-sanitario_oltre-un-medico-su-tre-in-svizzera-%C3%A8-straniero/46531204



Visti i numeri calcolati sopra, seppure con non grande precisione, mi domando se il nostro Paese possa, e soprattutto voglia, investire poco meno di 16 miliardi per creare il numero stimato di infermieri, medici, ergoterapisti, fisioterapisti e quant'altro. Per non parlare di tutto quanto sta dietro: ricerca in vari campi, dalla botanica all'informatica all'aggiornamento e manutenzione di macchinari sempre più potenti ma complicati, eccetera.

La scelta cruciale è:

- vogliamo investire nel sistema sanitario, eventualmente aumentando il debito pubblico, o
- vogliamo pareggiare i conti nel più breve tempo possibile?

La risposta deve darla la politica, cioè tutti noi, eleggendo i nostri rappresentanti.

Supplire alla carenza, per vari motivi, di personale curante con turni di 12 ore, come è stato ventilato, non risolve il problema, se non per breve tempo. Nessuno vorrebbe che a fargli una diagnosi fosse un medico, o a inoculargli un farmaco fosse un infermiere, che sta lavorando da dodici ore o più.

Chi è stato ricoverato avrà notato quanto sia difficile stabilire un rapporto un minimo continuativo con i curanti e trovare la persona da cui avere informazioni sul proprio stato di salute o su quello di un familiare, e quante volte bisogna fornire informazioni già date e archiviate, con evidente perdita di tempo. Sono tutti indaffarati davanti agli ormai immancabili computer. Secondo dati del CHUV⁶, non un ospedalino sperduto in qualche contrada fuori mano, i giovani curanti passano circa la metà del loro tempo davanti a quelle macchine. Ciò significa che per avere un curante "effettivo" ne occorrono due. Un mio amico medico ha definito il lavoro in ospedali e cliniche "medicina difensiva": bisogna sobbarcarsi una burocrazia invadente per difendersi da eventuali contestazioni (cause civili e/o penali) da parte di pazienti insoddisfatti per i più diversi motivi. E la tendenza sembra confermata: nel 2020 la percentuale del personale amministrativo è cresciuta del 5,5%, quella di chi cura, in media, di poco più del 3,5%⁷.

La parcellizzazione dei compiti, pensata per poter risalire al responsabile di disguidi più o meno gravi (dal dispensare un medicamento invece di un altro all'amputare la gamba sbagliata), ha portato di fatto a deresponsabilizzazione e oscurità, come mostrano la complessità e lunghezza dei procedimenti penali e civili.

In conclusione, credo che bisogna affrontare il problema riorganizzando su nuove basi il lavoro negli istituti sanitari. Come invocato a gran voce dalle associazioni di infermieri, non basta investire sulla formazione aumentando "le entrate". Occorre agire sulle condizioni quadro nei reparti, nelle case anziani, nei servizi di cure a domicilio e "bloccare le uscite", le perdite legate alle condizioni di lavoro, al carico di lavoro (rapporto numero di curanti/per malato) ed incentivare la formazione continua, le prospettive di carriera e anche, diciamo pure, migliorare le condizioni salariali. Come? Lo storico romano Valerio Massimo e Plinio il Vecchio attribuiscono al grande pittore greco Apelle l'aforisma "ne supra crepidam sutor iudicaret". Io sono solo un ciabattino, con l'esperienza di chi è stato ricoverato in varie occasioni, e mi limito a sottoporre il problema ai grandi pittori. Apelle, umilmente, corresse un suo dipinto nel quale aveva rappresentato male un sandalo.

Al massimo posso esprimere i miei desideri:

- che sia curato come persona intera con un malanno, non che sia curato il malanno;
- che sia curato da una équipe stabile, non da una pletera di medici e infermieri che cambiano in continuazione;
- che l'équipe sia ben coordinata, così che ognuno dei suoi membri possa rispondere adeguatamente alle mie domande e a quelle dei miei cari;
- che gli infermieri siano nei limiti del possibile "parificati" ai medici: questi hanno certamente basi scientifiche superiori agli infermieri che, invece, sono più a stretto con i pazienti e ne possono conoscere vita e miracoli;
- che gli infermieri abbiano il tempo, quando necessario, di stare dieci minuti accanto ai pazienti (in un mio caso la semplice presenza di un'infermiera ha sostituito una dose di morfina). ■

* **Giorgio Mainini**, già Direttore di scuola Media, Lugano Pregassona

⁶ <https://www.letemps.ch/sciences/chuv-medecins-passent-trois-plus-temps-devant-ecran-quant-leurs-patients>

⁷ Per esempio qui, ultimo paragrafo: <https://www.tio.ch/svizzera/attualita/1548777/covid-cure-ospedalizzazioni-quota-ospedali-casi-stata-persona-deceduta>

IMPORTANTE

La modalità di erogazione dei corsi dipenderà dall'evoluzione della pandemia da Covid-19 nel pieno rispetto delle normative che saranno emanate dalle autorità Cantionali e Federali.
Per gli aggiornamenti relativi a luogo/modalità consultare il calendario al link
<https://www.asiticino.ch/formazione/programma-corsi/>

DATA	CORSO	TERMINE ISCRIZIONE	RELATORE	PARTECIPANTI
31.05.2022	ALZHEIMER: LA MALATTIA, LA COMUNICAZIONE, L'ASSISTENZA AL PAZIENTE	28.04.22	TOMASONI ORTELLI MICHELA, infermiera laureata in scienze della formazione	OPERATORI RAMO SOCIO-SANITARIO
01.06.2022	QUANDO L'ERRORE AVVIENE AL DOMICILIO DEL PAZIENTE	02.05.22	GUGGIARI ROBERTO, docente CPS infermieristico	INFERMIERI DOMICILIO/INDIPENDENTI
02.06.2022	LE MALATTIE CRONICHE 2.0: NUOVE TECNOLOGIE E NUOVI APPROCCI DI CURA	02.05.22	REALINI MAURO, docente - ricercatore SUPSI	OPERATORI RAMO SANITARIO
02 e 03.06.2022	LA GESTIONE DELLO STRESS	02.05.22	SANTORO VINCENZO, psicologo e psicoterapeuta	OPERATORI RAMO SOCIO-SANITARIO
07.06.2022	ALLERGIE ALIMENTARI	04.05.22	RICHLI BARBARA, dietista SVDE-ASDD	INFERMIERI OSS
08.06.2022	CURE PALLIATIVE PRECOCI INTEGRATE NEI PAZIENTI NON ONCOLOGICI: PERCORSI DI PRESA A CARICO	04.05.22	CALUSIC SONJA, infermiera CCPS FUSI-SCHMIDHAUSER TANJA, medico CCPS	INFERMIERI
09 e 10.06.2022	MORFO-PSICOLOGIA DEL PIEDE	09.05.22	MAGLIO ANTONIO, riflessologo	OPERATORI RAMO SANITARIO CON FORMAZIONE BASE IN RIFLESSOLOGIA
10.06.2022	VECCHIAIA NON È SINTOMO DI MALATTIA, MA SEMMAI CONSAPEVOLEZZA DEI PROPRI LIMITI PSICOFISICI	09.05.22	BODEO ALFREDO, psicologo, indirizzo clinico e di comunità	OPERATORI RAMO SOCIO-SANITARIO
13.06.2022	REFRESH DIABETE	11.05.22	REALINI MAURO, docente - ricercatore SUPSI	INFERMIERI OSS
14.06.2022	PRENDERSI QUOTIDIANAMENTE CURA DEI MALATI DI ALZHEIMER	11.05.22	TOMASONI ORTELLI MICHELA, infermiera laureata in scienze della formazione	OPERATORI RAMO SOCIO-SANITARIO CHE HANNO SEGUITO IL CORSO BASE
15.06.2022	ASSISTENZA A UN PAZIENTE CARDIOLOGICO PORTATORE DI ASSISTENZA VENTRICOLARE MECCANICA	11.05.22	PERUZZU GAVINO, infermiere specializzato in cure intense	INFERMIERI

*Infermieri indipendenti: gli infermieri indipendenti contrattualizzati con il Cantone devono assicurare il proprio aggiornamento professionale comprovando a consuntivo un minimo di 24 ore di formazione, nell'indice sono segnalati con un * i corsi riconosciuti dal Cantone. In linea generale per il 2020-2021 l'UACD riconosce un massimo di 8 ore (delle 24) di formazione anche in area relazionale, ma solo dopo aver scelto i corsi in area clinica (16 ore).*

ISCRIZIONI www.asiticino.ch/formazione/iscrizione-ai-corsi-asi/

INFORMAZIONI Segretariato ASI-SBK Sezione Ticino via Simen 8 - 6830 Chiasso - TEL. 091/682 29 31 - Fax 091/682 29 32 - segretariato@asiticino.ch - www.asiticino.ch

DETTAGLIO DEI CORSI

INFORMAZIONI IN MERITO A LUOGO E/O MODALITÀ www.asiticino.ch/formazione/programma-corsi/

SUPSI

Bachelor of Science in **Cure infermieristiche**

Formazione abbreviata per infermieri/e diplomati/e

- Riconoscimento delle competenze ed esperienze pregresse
- Percorso di studi di un anno parallelo all'attività professionale
- Accesso diretto ai Master of Science SUP in Cure infermieristiche

Iscrizioni aperte fino al 30 giugno 2022



www.supsi.ch/go/formazione-breve-cure

L'università dell'esperienza