

Cronaca regionale:

Giornata di studio
L'infermiere di oggi e di domani:
sfide e scelte future

Riabilitazione in oncologia
Quale specificità, quali difficoltà?

Via al cronometro!

Uno studio sul tempo che le infermiere
dedicano all'informatica



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

Allegato alla rivista

"Cure infermieristiche" 3/14

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

Isabelle Avosti

Annette Biegger

Michela Tomasoni

Supervisione

Pia Bagnaschi

Grafica e stampa

Società d'arti grafiche già Veladini &co SA

www.veladini.ch

Foto copertina: Bilderbox

SOMMARIO

Marzo 2014 - n. 1

3 Editoriale

Cronaca regionale

4 Giornata di studio 2013 (Pia Bagnaschi)

7 Riabilitazione oncologica (Noëlle Bender)

Approfondimenti

11 Via al cronometro (François Genoud, Pierre Brennenstuhl)

14 ASI/SBK Free4Student

Invito alla lettura

14 Il bizzarro incidente del tempo rubato

Informazioni

15 Assemblea generale ASI SBK

15 Conferenza pubblica donazione organi

15 Assemblea generale ordinaria GIITI

Agenda

16 Calendario corsi

Chi volesse inviarci articoli, progetti o riflessioni da pubblicare è invitato a preferire il formato Word precisando titolo e sottotitolo, nome dell'autore, formazione e/o funzione, luogo di lavoro e bibliografia e/o siti web di riferimento. Le fotografie sono ben accette. Chi desiderasse concordare con noi eventuali adattamenti necessari alla pubblicazione non esiti a contattarci: speriamo così in un incontro d'arricchimento reciproco. Il comitato di redazione valuterà la pubblicazione degli scritti secondo spazi ed argomenti.

E-mail: segretariato@asiticino.ch

Un ticchettio come sfondo



“O tempo sospendi il tuo volo, e voi ore propizie, sospendente il vostro corso: lasciateci assaporare le veloci delizie dei nostri giorni più belli!” Così Alphonse de Lamartine, nella sua poesia *Le Lac*, già nell’800 avrebbe voluto rallentare le lancette dell’orologio, come molti di noi oggi. Spesso sommersi di attività che si susseguono di ora in ora, di giorno in giorno, le capacità di gestione e di organizzazione devono essere davvero ottime, per raggiungere gli obiettivi lavorativi e privati senza terminare la giornata completamente esausti.

Ci sono alcuni trucchi di time management: pensare alle cose importanti, tralasciare i particolari facendo delle liste di compiti settimanali che poi, con soddisfazione, vanno cancellati man mano che sono realizzati. È utile anche iniziare già al mattino con i compiti più difficili e noiosi, a mente fresca, piuttosto di rimandarli: via il dente, via il dolore! Credo anche che, ogni tanto, sia necessario rivalutare la nostra voglia di fare troppo, siamo esseri umani e non super-eroi: vale la pena delegare quanto possibile, a volte riorganizzare del tutto una pianificazione non più attuale. L’esempio classico è il Metodo Eisenhower, che prende il nome dalla citazione del Presidente degli Stati Uniti: “La cosa importante è raramente urgente e ciò che è urgente è raramente importante”. Prendere il tempo di riflettere, di analizzare, di pensare, credo sia sempre appagante e permetta sicuramente di guadagnare tempo.

Oppure, avete forse sentito parlare della tecnica del pomodoro? È una tecnica di pianificazione sviluppata dall’italiano Francesco Cirillo alla fine degli anni ottanta. È pensata per ottenere il massimo dal tempo a disposizione, rendendolo un valido alleato nel raggiungimento dei nostri obiettivi. Prende il nome dalla forma di un timer da cucina usato la prima volta per scandire il tempo, e prevede di lavorare a un compito alla volta per 25 minuti consecutivi, senza interruzioni o distrazioni di nessun tipo. Dopo i primi 25 minuti, ci si potrà concedere una pausa di 5 minuti per poi riprendere con l’attività successiva per altri 25. Al termine di 4 “pomodori” da 25 minuti, ci si potrà concedere una pausa più lunga. Il fatto di programmare il timer permette all’utente di essere confortato nell’iniziare il compito, il ticchettio del timer e la sua suoneria permettono di aumentare la motivazione, e la suoneria permette di evitare interruzioni di lavoro dovute agli altri o a sé stesso. Permette di non perdersi in varie attività nello stesso tempo e di dedicare un tempo limitato a un compito determinato.

Rimane da valutare se un tale metodo sia applicabile anche nelle cure al paziente. Per esempio nella riabilitazione oncologica, che potrebbe anche essere qualificata di ri-adattamento, vediamo che per pianificare un approccio adeguato occorrono diversi momenti di relazione, di colloquio, di scambio, affinché gli interventi interdisciplinari siano efficaci, coordinati, e soprattutto individualizzati e adeguati ad ogni persona. L’investimento di tempo nella relazione è essenziale per progredire in modo efficace e soprattutto in modo umano, lasciando il tempo di esprimersi, di sciogliersi, di aprirsi. Difficilmente si può pianificare un tale colloquio con un timer in tasca...

Durante la giornata di studio dell’ASI Ticino, Michela Martinenghi ha parlato della necessità di adattarsi ai continui cambiamenti, ed emerge l’idea nonché l’invito a fermarsi e riflettere: questo NON è tempo perso, bensì un prezioso momento per dedicarsi alla progressione della qualità del nostro lavoro, alla ricerca di soluzioni concrete, allo scambio di esperienze, per poter davvero progredire e mantenere una motivazione costante senza la quale lavorare sarebbe una routine.

Buona lettura!
Isabelle Avosti

Giornata di studio

L'infermiere di oggi e di domani: sfide e scelte future

di Pia Bagnaschi*

Lo scorso 10 dicembre si è svolta a Lugano la 12.edizione della Giornata di studio, organizzata dalla sezione ASI Ticino in collaborazione con il dipartimento sanità della SUPSI. Con il titolo di quest'anno "L'infermiere di oggi e di domani - la qualità, le prassi, le tecnologie" si è voluto far riflettere i numerosi presenti, fra cui molti giovani, su come affrontare le nuove sfide e le nuove scelte nella sanità, evitandone le derive.



foto Massimo Redio

La presentazione degli scenari della politica sanitaria in Ticino, con particolare riferimento all'Ente ospedaliero cantonale (EOC), ha introdotto il tema.

Con i suoi 8 siti ospedalieri, 1'000 posti letto, 40'000 pazienti degenti, 280'000 pazienti ambulatori e 330'000 giornate di cura, l'EOC è un ospedale multisito che combina cure specialistiche centralizzate e cure di prossimità, eccellenza medica e cure incentrate sulla relazione, ricerca avanzata e formazione di qualità, secondo la strategia 2007-2012 dello stesso ente.

Tuttavia non ci si può accontentare dei risultati ottenuti. Occorre adottare delle strategie adeguate per affrontare i cambiamenti recenti e futuri, di cui uno dei fattori principali è senz'altro l'evoluzione demografica. Nei prossimi decenni si prevede, infatti, un sensibile invecchiamento della popolazione, con le relative conseguenze economiche e socio-sanitarie che ciò comporta. Altri fattori determinanti sono il progresso tecnico e tecnologico (che porta in modo sempre più marcato al trasferimento delle cure dal settore stazionario a quello ambulatoriale), il quadro legislativo e le nuove modalità di finanziamento (con l'introduzione degli SwissDRG). La visione che sta alla base del piano strategico previsto dall'EOC e pre-

sentato dal suo direttore generale, Giorgio Pellanda, è un Ticino ospedaliero di valenza nazionale. L'obiettivo principale del cambiamento è quello di fornire una risposta pronta e adeguata alle sfide future.

Da Ospedale multisito a Ospedale cantonale multisito

Giorgio Pellanda sostiene che per adeguare il quadro aziendale al nuovo contesto occorre passare da Ospedale multisito a Ospedale cantonale multisito. Quest'ultimo inteso come rete di ospedali, con centri di competenza cantonale, capace di ancorare il Cantone Ticino alla Rete ospedaliera nazionale. Concludendo il direttore dell'EOC ha precisato che questo piano strategico esprime la volontà di guardare al futuro e costituisce uno sforzo di anticipazione, immaginazione e programmazione per poter essere in grado di coglierne le opportunità, creando le migliori premesse per far beneficiare i pazienti dei cambiamenti nel settore sanitario.

Qualità e DRG

Il problema alla base del finanziamento è l'aumento costante dei costi della salute che, considerata l'attuale situazione economica, è difficilmente sostenibile. Negli ultimi anni si è



Giorgio Pellanda

Il problema alla base del finanziamento è l'aumento costante dei costi della salute che, considerata l'attuale situazione economica, è difficilmente sostenibile

L'appropriatezza nell'uso delle risorse e l'uso appropriato degli strumenti nella gestione contribuiscono a contenere i rischi

quindi cercato un sistema di finanziamento che permettesse maggiore trasparenza nella gestione delle cure e della loro incidenza economica. Fino al 31 dicembre 2011 si aveva una remunerazione identica per qualsiasi paziente. A partire dal 1 dicembre 2012, con l'introduzione dei DRG (Diagnoses Related Groups) si è passati alla remunerazione differenziata secondo le caratteristiche del paziente. Si tratta cioè di un sistema di raggruppamento dell'utenza applicato al regime di degenza. Come ha affermato nella sua relazione Adriana De Giorgi, caposervizio EOQual, l'introduzione dei DRG, oltre a rendere il sistema tariffario più trasparente ed equo, permette un confronto tra i singoli istituti e spinge verso la ricerca dell'efficienza.

Rischi per la qualità delle cure

Questo nuovo sistema comporta però anche dei rischi, ad esempio per la qualità delle cure. In questo ambito il fattore economico potrebbe imporsi sull'etica professionale, è possibile un deterioramento della qualità delle cure (dimissioni precoci e relative riammissioni) e limitazioni nell'offerta e nella diagnostica. Ma può avere un impatto anche sul settore infermieristico, ad esempio esercitando una pressione sui costi, con una possibile limitazione delle risorse umane, un aumento del turnover dei pazienti e quindi del carico amministrativo, il trasferimento di pazienti e risorse dalle cure a lunga degenza e quelle ambulatoriali, ecc.

Come evitare i rischi?

Come sottolinea la relatrice, l'efficienza è la parola chiave. Ciò significa raggiungere gli obiettivi con il minimo utilizzo di risorse, ad esempio riducendo gli sprechi. Ma non basta: l'appropriatezza nell'uso delle risorse e l'uso appropriato degli strumenti nella gestione contribuiscono a contenere i rischi. Dal punto di vista organizzativo occorre far capo a logiche di lean management, cioè al "lean thinking", il pensiero snello, che permette di ottimizzare il percorso per il raggiungimento degli obiettivi. Dal punto di vista clinico bisogna definire i percorsi assistenziali. Essi servono a migliorare l'efficacia e la continuità delle cure, a ridurre la variabilità e a favorire l'applicazione delle conoscenze scientifiche sull'efficacia degli interventi. L'Evidence Based Medicine/Nursing funge da linea guida nella definizione dei percorsi assistenziali. Per stabilire la durata della degenza con criteri adeguati, evitando eventuali ripercussioni sull'integrità del paziente, il sistema prevede delle misure di accompagnamento. Queste comprendono la riduzione dell'importo forfettario per caso se la degenza è più breve di quanto normalmente

previsto, in caso di trasferimento a un altro istituto acuto. Inoltre, per la maggior parte dei DRG, in caso di riammissione entro 18 giorni per la stessa patologia o in seguito ad una complicanza, viene calcolato un forfait unico.

Qualità delle cure

L'ANQ, associazione nazionale per lo sviluppo della qualità delle cure, è incaricata di sviluppare indicatori volti a rendere evidenti eventuali variazioni della qualità delle prestazioni erogate a seguito dell'introduzione dei DRG. Fra gli altri aspetti considerati figurano le riammissioni potenzialmente evitabili. L'apposito indicatore sorveglia il tasso di riammissioni potenzialmente evitabili nei 30 giorni successivi alla dimissione del paziente. Tuttavia, come ha sottolineato Adriana De Giorgi concludendo il suo intervento, per quanto utili possano essere questi strumenti, la sfida per il futuro consiste nel comunicare adeguatamente come interpretare gli indicatori.

Adattarsi ai continui cambiamenti

Per rendere possibile l'implementazione di questi cambiamenti è indispensabile che i vari attori (infermieri, medici, servizi di cure a domicilio e istituzioni varie) collaborino. È la tesi formulata da Michela Martinenghi, capoparto chirurgia OBV. Nel suo intervento si è chiesta quali sono stati i cambiamenti che hanno caratterizzato l'assistenza infermieristica negli ultimi anni in Ticino, oltre ai DRG. I più importanti riguardano il nuovo modello organizzativo delle cure, basate sulla relazione, l'introduzione della gestione condivisa e della cartella infermieristica informatizzata, la formazione e i pazienti e le loro aspettative. L'evoluzione dell'assistenza infermieristica ha sostituito il modello funzionale con il primary nursing, che comprende la comunicazione diretta con il paziente che si trova al centro di ogni processo, la continuità delle cure (infermiera di riferimento per tutta la degenza), ruolo e responsabilità, autonomia e competenze, collaborazione interdisciplinare e conoscenze aggiornate. L'invito di Michela Martinenghi per non farsi travolgere dai cambiamenti è quello di fermarsi e riflettere. Oltre a migliorare la comunicazione, occorre migliorare l'informazione, essere proattivi e puntare sulle collaborazioni. In conclusione la relatrice ha ribadito l'importanza della responsabilità da parte dei curanti nel garantire un trattamento adeguato e il più efficace possibile rispettando i bisogni del paziente.

L'"ospedale per intensità di cura"

L'aspetto relazionale che caratterizza la professione deve essere coniugato con l'aspetto economico per rendere sopportabile nel tem-



Foto Massimo Rodicio

Dall'alto:
Adriana Degiorgi,
Michela Martinenghi

po il sistema sanitario e l'assistenza infermieristica. Per fare questo è importante avere un modello di riferimento. È quanto ha affermato Grazia Monti, dirigente infermieristica ASS, Firenze. Il problema dell'intensità di cura, sostiene, viene affrontato evidenziando la necessità di raggruppare sistematicamente i pazienti rispetto al loro grado di malattia e dipendenza dal nursing, piuttosto che rispetto alla classificazione della patologia e al sesso. Ma che cosa si intende con "intensità di cura"? Si tratta di una filosofia organizzativa dell'ospedale e del reparto che riconosce la diversità del paziente in termini di complessità del quadro clinico e intensità di assistenza di cui necessita. L'intensità assistenziale è legata a fattori individuali quali le capacità cognitive del paziente, il suo grado di autosufficienza/dipendenza, la sua condizione sociale, il suo stato di salute complessivo. Presso l'Azienda Sanitaria di Firenze è stato scelto il metodo dell'"ospedale per intensità di cura". Ciò comporta la gestione dei processi centrati sull'utente e l'organizzazione lean (cioè snella), quindi un'organizzazione semplice e la valorizzazione delle competenze. Presso l'Azienda Sanitaria di Firenze nel 2006 si è proceduto alla conversione al modello lean, lanciando il progetto OLA (Organizzazione lean dell'assistenza). Esso prevede l'abolizione dei reparti, sostituiti dai blocchi di degenza. Il blocco di degenza aggrega i pazienti in funzione dell'intensità assistenziale e non della specificità del bisogno clinico specialistico. Inoltre semplifica i processi organizzativi attraverso l'omogeneità del percorso assistenziale.

La cellula di assistenza

L'organizzazione del lavoro per cellule rappresenta uno degli aspetti più importanti del Lean Thinking. La cellula di assistenza è l'unità produttiva di base, che realizza risposte adeguate e specifiche al paziente. Il Cell design è l'area dove si lavora ad alto valore aggiunto attraverso la riduzione degli sprechi. I principi che stanno alla base dell'organizzazione Lean dell'Assistenza consistono nel creare valore per il paziente, semplificare e modernizzare l'organizzazione, valorizzare e responsabilizzare l'infermiere. Si tratta cioè di cambiare la cultura del lavoro, rimettendo a fuoco il valore del paziente nell'organizzazione del lavoro, attraverso la pianificazione dell'assistenza, la sistematizzazione delle informazioni e la presenza dell'infermiere vicino al paziente, riducendo i tempi che non producono valore. Per raggiungere tale obiettivo sono previste due figure professionali: l'infermiere di processo, responsabile del coordinamento dei rapporti e della pianificazione delle cure, e l'infermiere di cellula, responsabile dell'assistenza diretta al paziente.

La tecnologia al servizio delle cure

"reTIsan - La rete oncologica elettronica condivisa nella rete oncologica ticinese", questo è il titolo della relazione di Omar Vanoni, coordinatore del progetto Rete sanitaria. Questo intervento ha offerto l'occasione di costatare come la tecnologia sia un mezzo per conseguire obiettivi quali efficienza, qualità, ecc. Fra gli obiettivi del progetto iniziato nell'ottobre 2013 nell'ambito della presa a carico nella filiera oncologica, ci sono il miglioramento della collaborazione tra gli attori e dell'accesso alle informazioni, l'empowerment del paziente e la valutazione degli aspetti economici. I vantaggi e i benefici attesi per i pazienti consistono nel gestire meglio la propria malattia con una presa a carico efficiente e di qualità, nel rispetto delle basi legali (diritti di accesso e livelli di confidenzialità). Il progetto prevede la creazione di una piattaforma elettronica per la condivisione delle informazioni riguardanti i pazienti. A questo portale possono accedere sia i professionisti della salute che i pazienti, in conformità con le raccomandazioni in ambito della Strategia nazionale eHealth Suisse. Fra i partecipanti ci sono 50 studi medici, EOC/IOSI, alcune cliniche private, 5 servizi spitex, alcune associazioni e la Lega ticinese contro il cancro.

Valutazione della qualità nel settore socio-sanitario

"Non sono io che vivo dove voi lavorate, siete voi che lavorate dove vivo io!!!". Con questa frase di un residente in casa anziani Luisa Lomazzi, sociologa e ricercatrice presso il dipartimento Sanità SUPSI, ha presentato i primi risultati della ricerca sulla qualità percepita nel settore anziani. I dati raccolti con un unico metodo permettono una rilevazione omogenea e un confronto fra gli istituti. Inoltre permettono di trasmettere criteri concreti al cantone per la gestione degli ospiti delle 63 CPA, ad esempio per quanto riguarda la logistica e la struttura architettonica, la dotazione e la professionalità del personale. Per quanto riguarda la valutazione della qualità percepita, la media espressa dai familiari di riferimento e quella espressa dalle persone residenti presentano uno scarto minimo. Con una valutazione media attorno al 4 (scala di valutazione: minimo 1, massimo 5), la qualità percepita risulta buona, ma ci sono ancora ampi spazi di miglioramento, soprattutto per quanto riguarda il rispetto della privacy (camere singole), garantire un'ampia accessibilità alle CPA (mezzi e parcheggi) e una maggior diversificazione e caratterizzazione degli spazi comuni.

Il case management di transizione

Per l'infermiera specialista clinica presso l'Unità mobile di psichiatria di Losanna, Pascale



Foto Massimo Roccio

Dall'alto:
Omar Vanoni,
Luisa Lomazzi

Per quanto riguarda la valutazione della qualità percepita, la media espressa dai familiari di riferimento e quella espressa dalle persone residenti presentano uno scarto minimo

Secondo il professor Manara un contributo dell'infermieristica è senz'altro dato dal proliferare dei campi di applicazione e di specializzazione del pensiero e della prassi infermieristica

Ferrari, garantire la continuità delle cure in psichiatria è un obiettivo di primaria importanza. A tale proposito ha presentato il progetto CMT (Case management di transizione). Le cure psichiatriche vanno oltre il quadro bio-medico, coinvolgendo gli aspetti psicosociali, medico-legali e psicoeducativi complessi. Proprio per la complessità dei disturbi psichici, il nuovo modello tariffario SWISS DRG, basato sulla previsione diagnostica, non può essere applicato alla salute mentale. Grazie al CMT è tuttavia possibile illustrare il ruolo autonomo del personale curante centrato sui bisogni del paziente. Come ha illustrato Pascale Ferrari, il CMT è un intervento che inizia durante l'ospedalizzazione e si prolunga nella comunità per tutti i pazienti tra i 18 e i 65 anni che rientrano al domicilio senza un accompagnamento psichiatrico istituzionale. Ciò permette di garantire la continuità delle cure e una collaborazione fra i vari istituti e professionisti della rete locale (nel caso specifico la regione losannese), di prevenire eventuali ricadute, ridurre il rischio di suicidio e favorire il reinserimento nella comunità, a tutto vantaggio della qualità dell'assistenza e del benessere del paziente.

Ticino Cuore

Sempre nell'ottica della garanzia della qualità della presa a carico, ma in un ambito completamente diverso, Claudio Benvenuti, direttore della Fondazione Ticino Cuore e professore aggiunto presso la SUPSI, ha presentato i risultati e gli effetti prodotti dal programma di rianimazione e defibrillazione precoce, operativo dall'inizio del 2006. Questo programma, unico del genere in Svizzera, prevedeva la creazione di una rete di "first responders" coordinati da una centrale regionale. Gli obiettivi principali consistono nel raggiungere un tasso di sopravvivenza del 50% per situazioni di arresto cardiaco improvviso (in Ticino annualmente si verificano 200-250 casi di ACI), assicurare al cittadino che in caso di ACI gli venga praticata una rianimazione e una defibrillazione entro un tempo massimo di 5 minuti e creare le basi per la realizzazione di una rete strutturata e coordinata di rianimazione e defibrillazione precoce sul territorio cantonale.

Una cultura della "rianimazione"

Nel 2005, all'inizio dell'attività della Fondazione, i defibrillatori presenti sul territorio cantonale erano 15, mentre alla fine del 2012 si contavano ben 807 apparecchi, registrati in una banca dati centralizzata presso Ticino Soccorso 144. In questo periodo si sono inoltre intensificati i corsi di formazione dei soccorritori. La rete è ora composta da circa 3'500 persone "laiche". Grazie a campagne di sensibilizzazione presso tutte le categorie di popolazione (privati, aziende, scuole, am-

ministrazioni pubbliche, ecc.) si è creata una nuova cultura di rianimazione, portando la percentuale di sopravvivenza dal 16% nel 2005 al 35% nel 2012 e collocando il Ticino al quarto posto della graduatoria internazionale, dietro Las Vegas (70%), gli aeroporti americani (50%) e la Contea di Kings, in California (45%).

Il contributo delle discipline infermieristiche

A Duilio Manara, professore in scienze infermieristiche all'Università Vita e salute di Milano, è toccato il compito di chiudere la giornata. E lo ha fatto sollevando provocatoriamente il seguente interrogativo: "Le discipline infermieristiche sono davvero il motore dello sviluppo nei settori che più stanno a cuore agli infermieri di oggi?" Secondo il professor Manara un contributo dell'infermieristica è senz'altro dato dal proliferare dei campi di applicazione e di specializzazione del pensiero e della prassi infermieristica. Tuttavia la specializzazione pone dei rischi, uno dei quali consiste nel perdere la consapevolezza dell'unità e degli ambiti di approfondimento del campo disciplinare di cui gli infermieri sono esperti nella prassi. L'infermiere deve essere estremamente flessibile, questo gli permetterà di non concentrare la sua attenzione unicamente sui risultati dimostrabili empiricamente, ma di gestire il sapere. L'assistenza infermieristica, afferma Manara citando Benner & Wrubel (1989), deve essere intesa come "pratica di cura nella quale la scienza è guidata dall'arte morale e dall'etica della responsabilità (...), nella quale pensiero (scientifico e narrativo), sentimenti e azioni di cura sono fortemente intrecciati e volti a determinare ciò che di saliente sta succedendo in una data situazione esistenziale. Parafrasando Quine ("No entity without identity"), Manara afferma: "No evidence without salience": nessuna evidenza senza salienza, senza attribuzione di senso - soprattutto etico - alle pratiche di cura. In conclusione egli ribadisce la necessità di una nuova consapevolezza nell'utilizzo contestuale ed etico delle conoscenze professionali per lo sviluppo di prassi assistenziali all'altezza della complessità delle cure. E noi ci permettiamo di riassumere il concetto affermando che l'infermiere di oggi, ma soprattutto le nuove leve di domani, devono essere in grado di svolgere la loro professione nel rispetto dell'etica professionale e dell'integrità del paziente, senza assoggettare le loro prassi allo sviluppo tecnologico, compromettendo la qualità delle cure erogate. La tecnologia deve essere al servizio dell'uomo, non l'uomo al servizio della tecnologia. ■

* **Pia Bagnaschi:** redattrice "Cure infermieristiche"



Foto Massimo Rodio

Dall'alto:
Claudio Benvenuti,
Duilio Manara

Riabilitazione in oncologia

Quale specificità, quali difficoltà?

di Noëlle Bender*

Da diversi anni in seno allo IOSI, con la partecipazione attiva della Lega ticinese contro il cancro, si è implementato un programma di riabilitazione oncologica, che si svolge ambulatorialmente o in degenza. In questi anni di esperienza si è rilevato a volte difficoltoso trasferire "pari-pari" le competenze e conoscenze di una professione/disciplina nel mondo dell'oncologia. Lo scopo di questo testo è di evidenziare le difficoltà di trattare e di prendere in cura il paziente oncologico.

Spesso da parte degli operatori sanitari come pure da parte dell'utenza, si pone la domanda "in cosa consiste la riabilitazione oncologica?". Se la riabilitazione osteo-muscolare, cardiologica o dopo un danno vascolo-cerebrale, è entrata nel concetto della presa a carico globale del percorso terapeutico di queste patologie, la riabilitazione in oncologia non rientra ancora automaticamente nelle rappresentazioni delle cure oncologiche.

Questa noncuranza deriva forse dalla percezione che per i tumori non serve una riabilitazione. Inoltre, è difficile parlare di riabilitazione per il cancro, ma piuttosto di riabilitazione in funzione dei diversi tipi di cancro.

Guarire o anche convivere con questa malattia può già sembrare una vera fortuna per l'immaginario collettivo per cui sembra impossibile non pagare un riscatto.

Il costo di questo riscatto può tradursi in astenia importante e cronica, in cambiamento irreversibile dell'immagine corporea, in difficoltà estrema nella nutrizione, nella respirazione, nella salivazione e nell'elocuzione, in impossibilità di procreare o in difficoltà sessuali. Queste conseguenze spesso si ripercuotono anche nel mantenimento delle attività sociali, la protezione di una vita familiare e di coppia o della vita lavorativa.

L'onere è dunque molto importante per le persone colpite e le conseguenze possono ripercuotersi a distanza di anni.

Riabilitare

L'etimologia di riabilitare è "rendere di nuovo abile"¹, e la definizione "riportare una parte del corpo alla capacità di movimento: r. un arto; riportare qlcu. in salute"².

Seguendo questa etimologia sembra difficile riabilitare una persona colpita di cancro.

In francese la traduzione di riabilitazione è "réadaptation" ovvero s'adapter de nouveau³, definizione che a me suona più adatta per l'oncologia. Il nostro concetto è di dare degli strumenti al paziente al fine di aiutarlo ad adattarsi nuovamente alle circostanze create dalla malattia. Una nuova sfida nelle cure oncologiche è il sostegno e il reinserimento dei pazienti nella vita socio-professionale. Non è scontato dopo un percorso di terapie oncologiche riuscire a riprendere la vita là dove è stata lasciata, ma molte volte si è costretti a dirottare la propria vita verso un percorso meglio adatto alla trasformazione causata dalle conseguenze della malattia.

Riabilitare in questo contesto implica conoscere i bisogni della persona ammalata, conoscere il contesto in cui vive, il cambiamento effettivo che ha subito il paziente e/o la sua famiglia, la loro percezione della malattia, le aspettative di reinserimento, la prognosi e le rappresentazioni che questa malattia comporta.

Dunque un programma di riabilitazione deve essere personalizzato in funzione dei bisogni espressi dal paziente e accertati durante un colloquio approfondito. I bisogni possono variare a dipendenza della localizzazione della malattia, della sua prognosi, dei trattamenti che possono essere più o meno mutilanti o invasivi, ma pure del sesso, dell'età, del ruolo nella famiglia, del ruolo professionale, del vissuto personale e delle risorse individuali.

Una rete di professionisti motivati

Costruire una rete di professionisti motivati permette l'attivazione di prestazioni più appropriate; permette un'evoluzione dell'expertise e della conoscenza nel campo specifico e dunque una qualità dell'offerta riabilitativa ottimizzata. In effetti, parlare di riabilitazione in oncologia è parlare di team multidisciplinare composto di varie specialità e di varie competenze. Il concetto di riabilitazione richiama spesso il concetto di fisioterapia, come attuato in varie specialità (osteo-muscolare, cardiologica...). Se la fisioterapia ha un ruolo considerevole nel reinserimento del paziente onco-



Costruire una rete di professionisti motivati permette l'attivazione di prestazioni più appropriate

¹ <http://www.etimo.it/>

² http://dizionari.corriere.it/dizionario_italiano/R/riabilitare.shtml

³ <http://www.cnrtl.fr/etymologie/readapter>

logico, non può essere efficace se utilizzata in modo standardizzata e isolata. Deve inserirsi in un contesto articolato, con specificità e obiettivi definiti per il paziente oncologico.

La complessità della riabilitazione in oncologia è la difficoltà di non poter appoggiarsi su schemi prestampati, di dover concedere maggior tempo alla conoscenza del paziente, delle terapie che sta seguendo o che ha già seguito, degli effetti collaterali che queste hanno causato e delle conseguenze di questi effetti sulla percezione del suo corpo oltre che sulle nuove paure e credenze che ne sono scaturite.

La riabilitazione è un ambito nuovo in oncologia e deve costruirsi su basi ancora incerte. Le conoscenze sviluppate in riabilitazione osteomuscolare, in cardiologia o soprattutto in neurologia possono essere di supporto, ma non sono applicabili "tali e quali" in oncologia. Dobbia-

presentare uno degli aspetti dove l'intervento precoce del servizio sociale permette un reinserimento favorevole della vita socio-professionale.

Inoltre il sostegno che questa figura offre nella gestione amministrativa e finanziaria permette al paziente in fase di debilitazione fisico-emotiva, di spostare le energie per affrontare con meno carichi le terapie spesso molto impegnative. L'assistente sociale deve quindi sviluppare delle competenze molto acute al fine di identificare le problematiche economiche e sociali spesso argomenti ancora tabù. Queste competenze sono comunicative, gestionali, psicologiche, di conoscenze specifiche sulle varie assicurazioni e sulle leggi che reggono le assicurazioni sociali. Inoltre andando al domicilio del paziente, questi operatori sono spesso confrontati alle difficoltà che possono provare anche i familiari e dunque sapere gestire le problematiche conseguenti alla malattia sugli altri membri del nucleo familiare.

Il ruolo dell'assistente sociale ha spesso una funzione di coordinamento con le varie strutture e vari medici. Può diventare per il paziente la persona di riferimento e di sostegno per tutto il percorso oncologico.

Il fisioterapista rappresenta una sorta di coach per il paziente, con il compito di sostenerlo negli sforzi di recupero, di rinforzare il potenziale già esistente, aiutarlo nel processo di cambiamento con il quale dovrà oramai convivere.

Il servizio di fisioterapia ha il compito di aiutare il paziente a mantenere il più possibile la massa muscolare se non ad incrementarla, ma ha anche il ruolo non meno importante di favorire la percezione del paziente del proprio corpo e della sua immagine. Spesso dopo un

percorso terapeutico in oncologia, il paziente dimostra una scarsa stima del suo potenziale e della sua immagine. Il cambiamento è considerevole e pensare di ritrovare l'aspetto precedente alla malattia richiede un'energia che la persona non possiede da sola.

Il fisioterapista dovrà dunque sviluppare sia delle conoscenze di tecniche specifiche per patologie oncologiche, sia un sapere legato a problematiche non sperimentate con altre malattie (astenia, cachessia, anoressia, anemia, neutropenia, trombocitopenia), sia delle tecniche di comunicazione, di sostegno, di ascolto specifiche a pazienti con diagnosi spesso infauste o a connotazioni negative. Deve quindi adattarsi continuamente all'andamento del paziente - che può variare giornalmente progredendo o regredendo in funzione degli effetti dei trattamenti eseguiti -, nell'evoluzione della malattia e i sintomi di quest'ultima, mutevoli anche nella stessa giornata. La motivazione del paziente a seguire un programma di fi-



foto Fotolia

Il fisioterapista rappresenta una sorta di coach per il paziente, con il compito di sostenerlo negli sforzi di recupero, di rinforzare il potenziale già esistente

mo quindi costruirsi un bagaglio di conoscenza e di esperienza, mettere in comune le varie competenze e aver un pensiero critico sulle nostre attività al fine di migliorare l'offerta destinata al paziente in via di remissione.

Specificità dei vari ruoli in riabilitazione oncologica

In modo non esaustivo vorrei qui di seguito tentare di parlare della specificità del ruolo degli intervenenti in riabilitazione.

L'assistente sociale ha un ruolo preponderante in questo contesto. La valutazione degli aspetti socio-professionali già all'inizio del percorso terapeutico del paziente permette di anticipare delle problematiche che spesso sorgono in fine trattamento con delle conseguenze considerevoli per il paziente e la sua famiglia. Mantenere sospesa un'attività lavorativa, aiutare un'eventuale riconversione professionale, facilitare l'ottenimento dei propri diritti (assicurazioni, Al, rimborsi delle casse malati....) rap-

Cronaca regionale

sioterapia viene dunque messa in discussione a dipendenza di questi sintomi. La capacità del professionista di adattarsi a queste variazioni è essenziale per raggiungere degli obiettivi prefissati. Raggiungere traguardi con pazienti in cure oncologiche non sarà un percorso lineare, ma spesso ostacolato da interferenze psico-fisiche. L'astenia per esempio è un sintomo ricorrente, spesso sottovalutato o non sempre compreso dai terapisti che possono interpretare la difficoltà di continuare il percorso stabilito, come una non adeguatezza delle indicazioni a proseguire la fisioterapia.

Queste considerazioni valgono per ogni attività o terapie consigliate ai pazienti. Il programma di riabilitazione prevede dunque delle interruzioni, dei cambiamenti e degli adattamenti del percorso, in funzione delle possibilità e dunque di rivalutare gli obiettivi. Porre de-



gli obiettivi è un'altra difficoltà in cui spesso è confrontato il professionista. Importante è la flessibilità e l'adattabilità di fronte ai cambiamenti che sorgono durante il percorso terapeutico oncologico.

La dietista ha un compito fondamentale nella presa a carico del paziente oncologico. Il consulto dietetico riprende il vissuto, le rappresentazioni sociali, le emozioni e le interpretazioni dell'ammalato e del suo entourage in relazione al cibo. Le competenze del dietista oltre a quelle strettamente legate alle diete devono essere anche performanti nel sostegno e nelle risposte ad incertezze e paure risultanti da cambiamenti fisici, dalla repulsione a certi alimenti, dai sensi di colpa per un'igiene alimentare non sempre corretta, dalla depressione e dall'astenia; ma devono pure tener conto delle difficoltà economiche e dei miti che circondano spesso le abitudini alimentari.

Il suo ruolo ha dunque una valenza educativa e di sostegno sia dal punto di vista fisico che psicologico. Le difficoltà alle quali deve fare

fronte, risultano spesso dalla connotazione culturale del cibo, dal rapporto tra alimentazione e salute e dall'angoscia che può generare la difficoltà di assunzione di cibo o la perdita di peso.

La psicologa ha pure un ruolo importante nel percorso terapeutico del paziente. Il suo intervento può avere luogo al momento della diagnosi, al momento di un'eventuale recidiva, alla fine delle terapie o in qualsiasi momento del suo iter oncologico.

Le sue competenze, sono anch'esse assai specifiche: comunicare con persone con diagnosi nuove spesso infauste, sostenere la famiglia della persona coinvolta, accompagnare all'accettazione della malattia e/o della morte, favorire l'espressione dei vari disagi legati al cambiamento dell'immagine, migliorare la qualità della vita del paziente, promuovere l'empowerment e atteggiamenti attivi, ecc. Il sostegno psicologico in fase riabilitativa aiuta a dare un senso a quello che è avvenuto con la malattia. Con l'intervento della psicologa e del team di riabilitazione, il paziente può permettersi di ricostruire un progetto di vita.

L'esperienza di lavoro in oncologia permette alla psicologa di acquisire conoscenze e esperienze specifiche alla persona in fase di sofferenza fisico-emotiva intensa legata ad una diagnosi di cancro.

Ci sono ovviamente molte altre figure che rientrano nel processo di riabilitazione del paziente affetto di tumore. Dalla consulente in sessualità, passando dall'arteterapista, l'estetista, alla volontaria, ognuno deve sviluppare per esperienza e per formazione delle competenze specifiche in linea con il proprio ruolo in oncologia al fine di essere di sostegno e di aiuto al paziente e alla sua famiglia.

Conclusione

Le difficoltà della presa a carico riabilitative nascono dalla specificità delle varie patologie oncologiche e dell'impatto psico-emotivo che esso comporta. Non tenere conto di questa caratteristica/specificità rischia di portarci in situazione di sconfitta o di frustrazione. Gli obiettivi fissati per la riabilitazione devono essere individuali, a corto-medio termine e rivalutati periodicamente in funzione dell'andamento della malattia.

Lavorare in una rete multidisciplinare permette di ottenere dei risultati ottimizzati dalle competenze specifiche di ogni professionista e dunque avere una visione dei bisogni del malato su più aspetti. ■

* **Noëlle Bender**, infermiera specialista in oncologia e specialista clinica livello 2, coordinatrice della riabilitazione oncologica, lega ticinese contro il cancro.

Gli obiettivi fissati per la riabilitazione devono essere individuali, a corto-medio termine e rivalutati periodicamente

di François Genoud e
Pierre Brennenstuhl

Uno studio sul tempo che le infermiere dedicano all'informatica

Via al cronometro!

Le infermiere trascorrono parecchio tempo davanti al loro computer per "nutrire" il sistema informatico. A Ginevra, lo studio CHRONO ha misurato e analizzato con precisione il tempo che esse dedicano a questa attività per ogni paziente.

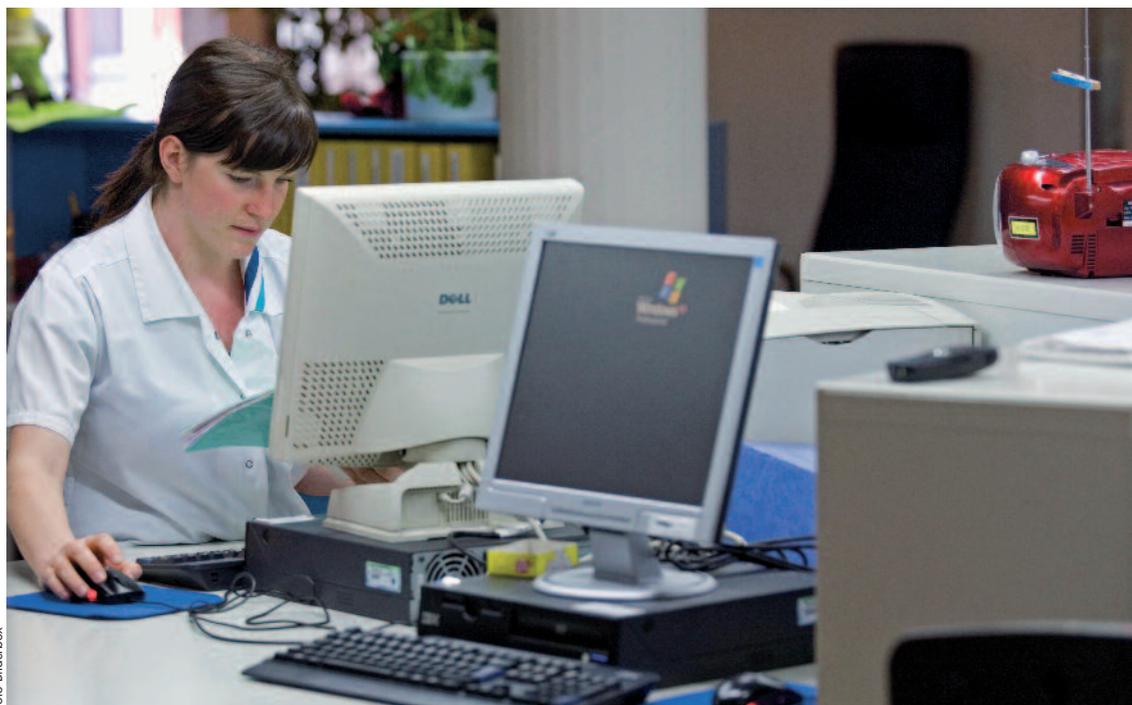


foto Bilderbox

L'informatica è spesso considerata dalle infermiere e dagli infermieri come un'attività il cui carico di lavoro indotto sembra sottovalutato e non sufficientemente riconosciuto

Da una ventina d'anni, l'uso dell'informatica nelle cure e il numero di applicazioni informatiche utilizzate negli Ospedali universitari di Ginevra (HUG) continuano ad aumentare. L'informatica è spesso considerata dalle infermiere e dagli infermieri come un'attività il cui carico di lavoro indotto sembra sottovalutato e non sufficientemente riconosciuto. "Siamo sempre occupate con l'informatica anziché dedicare il nostro tempo ai pazienti" ci dicono alcune infermiere. O ancora "Le infermiere passano il loro tempo davanti ai loro computer, non vedono più i pazienti" dicono i loro colleghi aiuto-curanti e altri professionisti della salute.

Lo studio CHRONO, svolto presso gli Ospedali universitari di Ginevra tra il 2009 e il 2010, intendeva misurare il tempo trascorso sulle applicazioni informatiche dalle infermiere e gli infermieri, levatrici e aiuto-curanti nei vari reparti. In particolare si volevano confrontare i nuovi dati con quelli ottenuti all'inizio degli anni novanta e determinare i tempi amministrativi o afferenti (il tempo dedicato alla comunicazione, agli spostamenti e alle attività logistiche) attribuiti con il metodo PRN (Progetto di ricerca in

nursing) che permette di misurare il carico di lavoro nelle cure infermieristiche. Questo metodo misura il carico di cure (adeguamento tra la domanda di cure e l'offerta di personale). Ai minuti di cure dirette e indirette sono aggiunti tempi diversi, che non hanno subito modifiche nei vent'anni trascorsi dall'implementazione del metodo.

Documentazione e ordinazione di materiale

Oggi questi diversi tempi riguardano, da una parte la documentazione clinica e la trascrizione delle prescrizioni mediche nella cartella del paziente integrata, le varie richieste nominative inerenti il paziente (laboratorio, esami, trasporto, ecc.), i movimenti interni e esterni (cartella del paziente amministrativa), l'ordinazione del pasto e la scelta del menu e, d'altra parte, le varie richieste informatiche per procedere al rifornimento di medicinali e materiale di medicazione per il reparto.

Con cronometraggio

Il metodo scelto è il cronometraggio, da parte di osservatori, del tempo attivo passato con il

sistema informativo (rilevamento, consultazione, edizione), distinguendo l'applicazione informatica utilizzata. Questa misurazione è stata effettuata per mezzo di un formulario di raccolta dati per rilevare il tempo dedicato alle applicazioni informatiche da ogni curante. Il numero di osservatori presenti contemporaneamente nel reparto è stato determinato in base a una previsione delle punte d'attività legate all'informatica. A seconda delle punte di attività, erano presenti nel reparto da uno a tre osservatori.

Si sono svolte 17 misurazioni in due fasi: uno studio preliminare con tre misurazioni in febbraio e maggio 2009 e 14 misure in luglio 2010. Queste misurazioni sono state eseguite in quindici reparti degli HUG, ad eccezione dei reparti di cure intense adulte e pediatriche, considerando la specificità degli strumenti informatici utilizzati in questi luoghi. Le misurazioni hanno avuto luogo tra le 6.00 e le 23.00 (cioè sull'arco di 17 ore) durante una giornata caratterizzata da un carico di lavoro ritenuto rappresentativo per l'attività del reparto. Il numero di pazienti e le risorse di personale curante presenti nel reparto nel giorno della misurazione sono pure stati documentati.

Analisi dei dati

La raccolta e l'analisi dei dati sono state realizzate su Excel. I risultati sono presentati in parte in modo descrittivo e in parte sotto forma di analisi incrociate dei tempi misurati con i tempi afferenti parametrati secondo il metodo PRN (comunicazioni sul cliente & attività amministrativa e di colloquio). Infine è stata fatta un'analisi incrociata tra i pazienti e il personale presente per oggettivare il rapporto per paziente e per equivalente tempo pieno del personale curante. Il valore di un equivalente tempo pieno corrisponde a 445mn/giorno.

Risultati principali

Lo studio ha mostrato che l'11% degli equivalenti a tempo pieno sono mobilitati, in ogni tipo di reparto per ragguagliare le varie applicazioni informatiche utilizzate nelle cure. Gli studenti e l'infermiera o infermiere responsabile del reparto non sono compresi nell'equilibrio tra offerta e domanda di cure, anche se hanno contribuito in varia misura alla documentazione delle cure. Per questa ragione la proporzione considerata degli equivalenti tempo pieno reali mobilitati è basata sui tempi informatici misurati senza l'infermiera responsabile del reparto e gli studenti.

Risultati per applicazione

I risultati che seguono riguardano l'insieme dei tempi misurati, compresi quelli per l'infermiera responsabile di reparto, la segretaria e gli studenti:

- oltre l'80% dell'attività informatica è dedicata alla documentazione clinica attraverso la cartella del paziente integrata
- il restante 20% riguarda le altre applicazioni informatiche legate ai pasti, ai laboratori, ai movimenti e ordinazioni di materiale.

Suddivisione dell'attività

Il cronometraggio ha permesso di indentificare per ogni reparto le punte in cui l'attività informatica accumulata è superiore o uguale a mezz'ora.

Queste punte sono indicatori dell'organizzazione del reparto e/o delle punte di attività legate alle ammissioni e alle trascrizioni delle prescrizioni mediche. L'appropriazione dell'infermiera responsabile dei risultati del suo reparto aiuta a migliorare l'organizzazione o a chiedersi il motivo di una data punta, legata ad esempio alla trascrizione delle prescrizioni mediche, come nel reparto di onco-ematologia dove si sono rilevate otto punte di attività informatica nelle quali la trascrizione delle prescrizioni mediche è dominante e occupa oltre l'80% del tempo informatico in tre punte su otto e più del 60% del tempo informatico in cinque punte su otto.

L'attività di trascrizione delle prescrizioni mediche è particolarmente elevata alla mattina e in prima serata. Questa attività è presente per ogni punta. La documentazione delle cure negli appositi moduli è presente in diverse punte di attività, in particolare nelle due punte superiori a un'ora (12.00-12.30 e 15.30-16.00), quella dalle 15.30 alle 16.00 coincide con la fine dell'orario di lavoro dell'équipe del mattino.

Per l'insieme dei reparti, la mediana del tempo dedicato alla raccolta, la consultazione e l'edizione informatica è di sei punte superiori a mezz'ora per reparto.

Si sono rilevate al massimo otto punte di attività superiori o uguali a mezz'ora, in sei reparti. Punte di attività informatica superiori a un'ora sono state osservate in ogni reparto, con un'unica eccezione.

L'analisi incrociata dei dati CHRONO con i tempi afferenti mostra che i tempi informatici misurati rappresentano in media il 40% dei tempi afferenti parametrati e calcolati dal programma di misurazione del carico di lavoro.

Il cronometraggio ha permesso di indentificare per ogni reparto le punte in cui l'attività informatica accumulata è superiore o uguale a mezz'ora

L'insegnamento principale di questo studio è che il tempo passato davanti al computer è essenzialmente necessario per documentare le cure nella cartella del paziente

La tracciabilità diventa importante

Benché la proporzione del tempo totale parametrato sia soddisfacente, da un'analisi dettagliata risulta che il parametraggio dedicato alla documentazione clinica è sottovalutato. Probabilmente ciò è dovuto al passaggio dalla documentazione manoscritta alla documentazione elettronica, all'aumento delle esigenze relative alla tracciabilità e all'obsolescenza dei tempi afferenti stabiliti una ventina di anni fa.

L'analisi incrociata tra i dati CHONO, gli equivalenti tempo pieno reale (cioè senza l'infermiere responsabile e gli studenti) e i pazienti presenti di ogni reparto ha lo scopo di identificare il tempo medio consumato per curante per ragguagliare il sistema di informazione e attribuire un valore di tempo per ogni paziente presente. L'analisi mostra che in media ogni equivalente tempo pieno reale dedica 50 minuti durante il suo orario di lavoro ad aggiornare il sistema informativo. Riferito ai pazienti presenti, ciò rappresenta 31 minuti per paziente al giorno. In conclusione, lo studio CHONO mostra che l'80% dell'attività informatica è dedicato alla documentazione clinica attraverso la cartella del paziente integrata e che il rimanente 20% riguarda le altre applicazioni informatiche.

Vale comunque la pena osservare che si tratta di una media mobile per tutti i professionisti (soprattutto le infermiere e gli infermieri o levatrici e aiuto-curanti). Quindi, a seconda dei reparti, ciò può rappresentare più o meno tempo per categoria di professionista presente, in base al contributo degli aiuto-curanti, in particolare nella documentazione delle cure e/o nello svolgimento di una data richiesta informatica. Di conseguenza, il tempo teorico restante che ogni curante può dedicare ai pazienti è importante se si deduce il tempo dedicato ad aggiornare il sistema d'informazione.

Questo studio mostra che il metodo di calcolo del carico di lavoro attraverso i tempi afferenti tiene in considerazione – almeno parzialmente – il carico legato alla documentazione.

Infine, l'insegnamento principale di questo studio è che il tempo passato davanti al computer è essenzialmente necessario per documentare le cure nella cartella del paziente, secondo lo standard professionale richiesto, poiché la documentazione delle cure è una componente della qualità e della sicurezza delle cure. Questi risultati permettono alla direzione delle cure di riflettere e prendere delle decisioni per l'attualizzazione del parametraggio del carico di lavoro legato alla documentazione clinica.

Risultato CHONO

1.09 equivalente tempo pieno – ossia l'11% degli equivalenti tempo pieno – è stato mobilitato tra le 6.00 e le 23.00 (media di tutti i reparti) per aggiornare le varie applicazioni informatiche utilizzate nelle cure.

Rapporto per funzione

Le infermiere sono più a lungo al computer

Il contributo dell'infermiere per aggiornare il sistema d'informazione è maggiore in ogni reparto rispetto alle aiuto-curanti (oltre il 60% fino a oltre il 90%). Si riscontrano però delle notevoli differenze: in alcuni settori le aiuto-curanti contribuiscono in modo rilevante alla documentazione delle cure, fino al 30% nella riabilitazione e in geriatria. Anche gli studenti e le segretarie, quando ci sono, contribuiscono ad aggiornare il sistema d'informazione. Infine, le infermiere responsabili del reparto vi contribuiscono in diversa misura in alcuni reparti.

La cartella del paziente integrata è soprattutto utilizzata con una proporzione di oltre l'80% in media rispetto all'insieme delle applicazioni informatiche. Inoltre, all'interno della cartella del paziente, la documentazione clinica che riguarda il ruolo infermieristico autonomo rappresenta l'80% del tempo. Il rimanente 19% riguarda la trascrizione delle prescrizioni mediche e della consultazione della cartella medica. La documentazione clinica infermieristica comprende principalmente le trasmissioni mirate (34.5%), la pianificazione delle scadenze del paziente (20%) e le prescrizioni di cure autonome (16%). ■

Il rapporto completo su questo studio può essere richiesto agli autori.

François Genoud è infermiere e si occupa di studi economici e di gestione delle cure presso gli HUG, Pierre Brennenstuhl è direttore aggiunto delle cure presso gli HUG.
Contatto: francois.genoud@hcuge.ch

Traduzione di Pia Bagnaschi - cure n°4-2013

ASI/SBK Free4Student

Adesione gratuita per studenti in cure infermieristiche

Per permettervi di fare la sua conoscenza l'ASI/SBK offre a tutti gli studenti in cure infermieristiche la possibilità di entrare gratuitamente nell'associazione ASI/SBK. Questo vi permetterà di beneficiare di tutti i vantaggi proposti dall'ASI/SBK durante gli studi, e delle prestazioni della più grande e importante associazione professionale infermieristica in Svizzera: consulenza giuridica, consigli per la carriera, formazione continua post-diploma, sostegno degli interessi professionali durante le negoziazioni sindacali, abbonamento alla rivista mensile "Cure infermieristiche" e trimestrale "InfoASI Ticino". Liberi da strutture formali, i membri dell'ASI/SBK s'impegnano promuovendo nuovi approcci creativi. Grazie alla presenza dei gio-



vani nelle sezioni ASI/SBK si può influenzare in modo mirato il futuro della professione! Diventa adesso membro dell'ASI/SBK sezione Ticino! ■

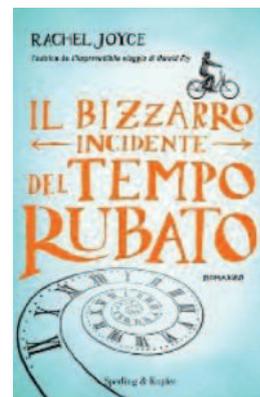
Invito alla lettura

Il bizzarro incidente del tempo rubato

Rachel Joyce è nata nel Gloucestershire, dove vive tuttora con il marito, i quattro figli e molti animali. Ha lavorato diversi anni per i canali radiofonici della BBC. Il suo primo romanzo, «L'imprevedibile viaggio di Harold Fry», è stato un bestseller da un milione di copie, pubblicato in trentaquattro Paesi e candidato al Man Booker Prize. Questo è il suo secondo, attesissimo, romanzo.

Nel 1972 Byron Hemmings ha undici anni e una vita perfetta: vive in una grande casa elegante, ha una mamma impeccabile che fa impallidire tutte le altre, frequenta una scuola privata che è l'anticamera di una carriera dorata e il suo migliore amico, James, è il ragazzino più sveglio che conosca. Tanto sveglio da leggere il Times e da scovare la notizia del secolo: quell'anno verranno aggiunti due secondi al tempo, per allineare gli orologi al movimento naturale della Terra. Mentre James considera l'evento l'ennesima conquista del Ventesimo secolo – l'uomo è persino andato sulla Luna – per Byron quei due secondi diventano un'inquietante ossessione: come si può alterare il tempo senza provocare conseguenze irreparabili? La conferma ai suoi dubbi arriva la mattina in cui, come sempre, la mam-

ma lo sta portando a scuola con la sua Jaguar fiammante: è in ritardo e, per fare più in fretta, rompe lo schema ordinato di ogni giorno imboccando una strada nuova. Dalla fitta nebbia sbucano case fatiscenti, alberi giganteschi e, all'improvviso, una bambina su una bicicletta rossa. Proprio mentre Byron vede le lancette del suo orologio andare indietro di due secondi. Poi tutto sembra tornare normale: la mamma non si è accorta di nulla, la scorcioia li ha fatti arrivare puntuali e il tempo ha ricominciato a scorrere con il suo ticchettio regolare. Soltanto Byron sa che quell'attimo ha cambiato ogni cosa, che la sfera perfetta della sua esistenza si è impercettibilmente incrinata e che quella scalfittura è destinata ad allargarsi col passare dei giorni. Forse degli anni. Eppure la vulnerabilità di un bambino, la fragilità di una madre, l'impensabile, a volte tragica, irregolarità del tempo possono essere riscattate. Da un unico, altrettanto inatteso, gesto d'amore. Dopo il successo de "L'imprevedibile viaggio di Harold Fry", Rachel Joyce ci regala un'altra storia originalissima e diversa, con personaggi indimenticabili, buffi e teneri, sempre un po' bizzarri, ma anche veri e toccanti. Memorabili. ■





ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA

Giovedì 27 Marzo 2014

Ore 17.00

Riservata ai membri ASI-SBK

**Ospedale Regionale di Mendrisio Beata Vergine
via Alfonso Turconi 23 - 6850 Mendrisio - Auditorio**

ORDINE DEL GIORNO:

1. Apertura dell'Assemblea da parte del Presidente
2. Designazione degli Scrutatori
3. Approvazione verbale Assemblea Generale Ordinaria del 21.03.2013
4. Rapporto del Presidente ed approvazione
5. Presentazione dei conti 2013
Rapporto Revisori dei Conti
Approvazione dei conti d'esercizio 2013 e scarico al Comitato
6. Preventivo 2014 ed approvazione
7. Nomine statutarie
8. Approvazione nuovi Statuti ASI-SBK Sezione Ticino
(i documenti sono consultabili sul sito www.asiticino.ch)
9. Diversi

RINFRESCO

Giovedì 27 Marzo 2014 - Ore 19.00 - Ospedale Regionale di Mendrisio Beata Vergine

Conferenza pubblica



Il Dipartimento sanità, attento ai problemi di salute pubblica e consapevole dell'importanza e della delicatezza del tema della donazione di organi, promuove azioni di sensibilizzazione sull'argomento in modo tale da rendere

maggiormente consapevoli ed informate le persone sulla tematica. Una conferenza pubblica si terrà lunedì 28 aprile 2014 dalle ore 17.00 alle 19.00 nella nuova sede del Dipartimento Sanità della SUPSI in via Violino a Manno.



GIITI (Gruppo Infermieri Indipendenti Ticino)

ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA GIITI

8 aprile 2014 - Dalle ore 14.00 alle ore 17.30

Luogo: ristorante La Bricola a Rivera.

Ulteriori informazioni, trattande ed ultimo verbale consultabili sul sito dal 1.2.2014 ca.

CALENDARIO ATTIVITÀ ASI-SBK SEZIONE TICINO

CORSI – CONFERENZE – ATELIER – ASSEMBLEE **APRILE – GIUGNO 2014**

DATA	CORSO	TERMINI ISCRIZIONE	ANIMATORE	PARTECIPANTI	LUOGO
3 aprile 2014	Il profilo di rischio, la sua valutazione e la prevenzione	03.03.2014	<ul style="list-style-type: none"> • Anna Abbondanza • Sabrina Fratantonio • Graziano Ruggieri 	aperto a tutti gli operatori del ramo sanitario	Bellinzona
4 aprile 2014	Dal piano di cura cartaceo a quello informatizzato	03.03.2014	Michele Battaglia	<ul style="list-style-type: none"> • infermieri/e • assistenti geriatrici/che • operatori/trici sociosanitari/e 	Lugano
7 aprile 2014	Cure Palliative in pazienti non oncologici	05.03.2014	<ul style="list-style-type: none"> • Tanja Fusi Schmidhauser • Silvia Walther Veri 	<ul style="list-style-type: none"> • infermieri/e • assistenti geriatrici/che • operatori/trici sociosanitari/e 	Lugano
9 – 16 aprile 2014	Conosciamo sul terreno le erbe medicinali	10.03.2014	Lilia Nodari Cereda	aperto a tutti gli operatori del ramo sanitario preferibilmente che abbiano seguito il seminario "Fitoterapia"	Nerocco - Banco
10 – 11 aprile 2014	Approccio al paziente psichiatrico a domicilio	10.03.2014	Lara Pellizzari Bernasconi	infermieri/e	Lugano
14 aprile 2014	BLS-DAE® SRC Defibrillazione Automatica Esterna	12.03.2014	Insegnante CRV	infermieri/e	Pregassona
15 aprile 2014	Come affrontare il ruolo pedagogico dell'infermiera/e?	12.03.2014	Fulvio Poletti	infermieri/e che hanno partecipato al corso "Da infermiera/e a formatrice/tore: passaggio ad un ruolo pedagogico"	Bellinzona
16 aprile 2014	La polifarmacoterapia fattore a rischio di caduta negli anziani: l'importanza dell'osservazione costante	12.03.2014	Morena Generelli	<ul style="list-style-type: none"> • infermieri/e • assistenti geriatrici/che 	Lugano
28 aprile 2014	Protezione dati nel settore infermieristico	26.03.2014	Giordano Costa	infermieri/e	Lugano
5 maggio 2014	Maschi e femmine: le differenze di genere nella pratica quotidiana	02.04.2014	Mariano Cavolo	aperto a tutti gli operatori del ramo socio-sanitario	Lugano
7 maggio 2014	La farmacoterapia nel paziente anziano	07.04.2014	Marco Bissig	infermieri/e	Lugano
9 maggio 2014	La solitudine e la depressione dell'anziano	07.04.2014	Marco Malnati	aperto a tutti gli operatori del ramo socio-sanitario	Mendrisio
12 maggio 2014	Importanza della comunicazione in Cure Palliative	09.04.2014	<ul style="list-style-type: none"> • Paola Zanotti • Silvia Walther Veri 	<ul style="list-style-type: none"> • infermieri/e • assistenti geriatrici/che • operatori/trici sociosanitari/e 	Lugano
13 – 14 maggio 2014	Riflessologia del piede: ripasso	09.04.2014	Antonio Maglio	operatori del ramo sanitario che hanno partecipato al corso "Riflessologia del piede"	Bellinzona
16 maggio 2014	Cure a domicilio: con quale spirito affrontarle quando il contesto culturale e religioso del paziente e dei suoi familiari richiede delle competenze relazionali etnopsicologiche che oltrepassano il nostro orizzonte quotidiano	14.04.2014	Alfredo Bodeo	aperto a tutti gli operatori del ramo socio-sanitario	Mendrisio
20 maggio 2014	La comunicazione in campo professionale	16.04.2014	Michela Tomasoni-Ortelli	aperto a tutti gli operatori del ramo socio-sanitario	Bellinzona
22 – 23 maggio 2014	La gestione dello stress	22.04.2014	Vincenzo Santoro	aperto a tutti gli operatori del ramo socio-sanitario	Bellinzona
26 maggio 2014	Cosa è il Counseling Sessuologico e come può essere integrato nella rete sanitaria	23.04.2014	Claudia Pesenti-Salzmann Bellinzona	aperto a tutti	
3 – 4 giugno 2014	Riflessologia zonale e Wu-Wei agire senza agire	30.04.2014	Antonio Maglio	operatori del ramo sanitario con formazione di base in riflessologia	Bellinzona
10 giugno 2014	Modulo di sensibilizzazione al tema del maltrattamento nei confronti degli anziani - Teatro Forum "Senza Zucchero"	07.06.2014	<ul style="list-style-type: none"> • Sabrina Alippi • Carla Sargenti • Lia Wächter 	aperto a tutti gli operatori del ramo socio-sanitario	Manno