



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

Allegato alla rivista
"Cure infermieristiche" 9/10

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
Cristina Treter De Lubomierz

Supervisione

Pia Bagnaschi

Grafica e stampa

Società d'arti grafiche già Veladini &co SA
www.veladini.ch

Foto copertina: Isabelle Avosti

SOMMARIO

Settembre 2010 - n. 3

3 Editoriale

Cronaca regionale

4 La Sanità spettacolarizzata
(Paolo Cattorini)

Approfondimenti

7 Le basi del Primary Nursing
(Annette Biegger)

8 Primary Nursing
Cure basate sulla relazione
(Susanna Brilli)

12 La testimonianza di un reparto dell'Ospedale
Beata Vergine di Mendrisio
(Erika Carrara, Viviana Corti, Michela Martinenghi)

Rubrica

13 Invito alla lettura

Informazioni

14 Giornata di studio

15 Annunci GIITI

Agenda

16 Calendario corsi

Le cure basate sulla relazione



Cari lettori, anche questo numero di Info-ASI ci offre molti spunti per riflettere in merito alla costante evoluzione della nostra professione. Chi sceglie di svolgere questo lavoro, è cosciente che si tratta di un impegno sempre ricco di cambiamenti che richiede, oltre alle mansioni prestabilite dal codice infermieristico, flessibilità, stabilità, creatività e perché no, anche un pizzico di fantasia.

Per essere in grado di erogare cure sempre più specifiche, necessitiamo di un vasto sapere. L'esperienza inoltre ci permette di diventare più critici ma anche di sviluppare schemi di azione più adeguati ai bisogni dei nostri pazienti nell'odierna realtà socio-sanitaria.

L'introduzione del Primary Nursing care nei diversi reparti dell'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) ha suscitato inizialmente un certo timore. Come ben sappiamo, è più facile continuare sullo stesso binario piuttosto che mettersi in discussione davanti ad un nuovo progetto. Tuttavia, sono proprio questi cambiamenti che ci permettono di "crescere" ed espandere il nostro sapere, utilizzando le esperienze vissute quale ricchezza di base per affrontare con la giusta filosofia il cambiamento. Pensandoci bene non è nulla di nuovo ciò che questo progetto ci propone, solo un sistema più specifico che ci permette di pianificare al meglio le cure e darne maggiore visibilità.

La testimonianza del reparto di Chirurgia 2 presso l'Ospedale Beata Vergine di Mendrisio mi è piaciuta molto. Soprattutto il sano approccio con cui i colleghi si sono messi in discussione, partendo dalla filosofia di cure del proprio reparto, considerando i loro valori e le loro esigenze ed integrandole nel nuovo metodo, chiedendosi per chi cambiare e come cambiare.

Fondamentalmente le cure dovrebbero essere sempre basate sulla relazione, visto che la più grande risorsa, indispensabile per la guarigione o perlomeno per il miglioramento del proprio stato di salute, la possiede il paziente stesso. Saperla riconoscere non è evidente se non si instaura prima con lui una buona relazione. Quest'ultima ci permette di utilizzare la sua collaborazione e la sua fiducia, oltre a quella dei suoi familiari, quale forza indispensabile che ci permette di erogare in modo mirato le nostre cure.

Vivere il cambiamento, affrontare gli ostacoli che esso comporta con fiducia e positività, ci aiuta a superare le difficoltà iniziali e sviluppare miglioramenti mirati. Operando ci si accorge di ciò che vale e di ciò che è superfluo o già superato.

Il Prof. Cattorini vede il movimento degli infermieri " come una zolla tettonica, una falda geologica, uno strato mobile della crosta che costituisce la "terra della Sanità" . Questo conferma la nostra forza, il nostro potere di essere in grado di elaborare i costanti cambiamenti nella nostra professione, mantenendo tuttavia la nostra identità davanti alle mutazioni che i problemi socio-economici ci impongono. Lo show business fa subito notizia, scalpore; se pensiamo a Nurse Jackie, Dr. House ed altri. Fondamentale per noi è la cosciente presa di posizione del nostro ruolo e della sua gestione all'interno dell'équipe.

Buona lettura!
Cristina Treter

Conferenza tenuta in occasione dell'Assemblea Generale del 25 marzo 2010 a Lugano

prof. Paolo Cattorini*

La sanità spettacolarizzata

“Doctors don't heal, they diagnose - we heal”
[Nurse Jackie]

Il movimento degli infermieri (in questo contesto preferisco chiamarlo così, piuttosto che gruppo, corporazione, associazione) lo vedo come una zolla tettonica, una falda geologica, uno strato mobile della crosta che costituisce la “terra” della sanità e che, sia pure impercettibilmente, la sposta, la riconfigura, introduce turbolenze, esplose in getti vulcanici, apre o invece assesta pericolose voragini, ridisegna i continenti domiciliari ed ospedalieri che abitiamo come malati o operatori. Non occorre che un infermiere sia iscritto ad un'associazione. Respira comunque i fermenti, di cui il rapporto sanitario-paziente ribolle, e testimonia anch'egli le risonanze, i turbamenti, le speranze generati dal nuovo modo, in cui la città e i professionisti stabiliscono alleanze, rivedono antichi patti, negoziano gli accordi futuri. Ovviamente le associazioni, i collegi, le organizzazioni vivono questo movimento con maggior coscienza critica, con la maggior forza che proviene dal reciproco aiuto (come allearsi con chi soffre, se non possiamo contare - noi stessi vulnerabili - sulla prossimità dei nostri colleghi?). D'altro canto la società, cui promettiamo di dedicare le nostre cure, e la quale investe le nostre azioni di un credito di fiducia, ha tutto il diritto di attendersi che gli infermieri non siano disturbati ed annebbiati da altri interessi confliggenti, e che inoltre informino l'opinione pubblica degli inevitabili conflitti fra valori ed interessi, che intessono ogni esperienza di malattia e di guarigione, riabilitazione, palliazione. “Il gigante dormiente”, così Helga Kuhse, una studiosa australiana di etica, definiva la professione di infermiera (*Prendersi cura. L'etica e la professione di infermiera*, Torino, Edizioni di Comunità, 2000). Forse quel gigante dorme ogni giorno sempre di meno e mentre si stira gli arti, mostra di volersi mettere in moto, sollecitando l'attenzione di tutti: altri professionisti, le istituzioni, gli organi di governo politico, la società.

I medici guariscono? I medici curano? La risposta dell'infermiera Jackie è negativa. No, loro fanno diagnosi. Siamo noi che ci occupiamo di curare. Jackie dice con spontanea franchezza una cosa, per quanto estremizzata, che ad un tempo ci convince (quanti mala-

ti hanno confessato agli infermieri quei bisogni che gli specialisti sembravano sordi ad intendere!) e che ci atterrisce, poiché di un medico, che faccia solo diagnosi, che sia solo un tecnico (e non un professionista che promette fedeltà a certi valori morali), abbiamo tutta la ragione d'aver paura. Eppure sono le strepitose diagnosi, i clamorosi interventi chirurgici, le miracolose manipolazioni estetiche del corpo, sono queste le figure che lo *show business* cerca, carezza ed amplifica. Del lento, paziente, meticoloso corpo a corpo che l'infermiere, come del resto ogni medico eticamente avvertito, pratica quotidianamente, il salotto televisivo, il mega-festival della cultura, la *talk strategy* dell'industria culturale e dei suoi guru non sanno che cosa dire. Peggio per loro, che hanno privilegiato il grande evento mediatico alla silenziosa formazione sul campo. Ne vedranno delle belle, presto.

Partiamo da qui. I mezzi di comunicazione si occupano di sanità e questa *divulgazione* ha virtù e vizi. La virtù di spiegare a chi vuol capire e non intende più essere relegato al paternalismo d'altri tempi, il quale purtroppo persiste camuffandosi dietro linguaggi esoterici, pratiche superspecialistiche, persuasioni occulte. Lo stesso infermiere cede a questa demoniaca lusinga quando presume di decidere da solo, in forza della sua competenza ed esperienza, e prescindendo dalla comunicazione col malato, quale sia il *bisogno* primario di quella persona, essendo invece diventato chiaro che la parola “bisogno” significa cose diverse nell'arena pluralistica delle nostre società, e che il bisogno si intreccia sempre ad un desiderio. Il bisogno di una nutrizione artificiale non può essere saturato senza interpretare il senso che il malato attribuisce alla sua vita, alla carenza nutrizionale, al presidio tecnico che dovrebbe provvedervi, alla dignità esistenziale con cui quel soggetto desidera chiudere i propri giorni.

Il cittadino maturo può e vuole conoscere che cosa gli accade e decidere in merito. *Informazione* e *spettacolo* rispondono a questa attesa. Da bambini abbiamo imparato come è fatto il corpo umano, guardando videocassette televisive in cui la squadra dei globuli bianchi combatteva contro i batteri. Spettacolo?



Alcuni principi morali non possono essere insegnati altrimenti che narrando le storie, in cui quei principi hanno preso figura drammatica

Sì. Solo spettacolo? No. Una verità passa attraverso le rappresentazioni filmiche. Anzi alcune verità, come ben sapevano i Greci, possono venire dette solo dentro ad un teatro, dove lo spettacolo è agito dagli stessi spettatori. Alcuni principi morali non possono essere insegnati altrimenti che narrando le storie, in cui quei principi hanno preso figura drammatica e carne e sangue e gli occhi di un personaggio e la trama di una fedeltà o di un tradimento. Lo spettacolo del *mito* genera ancor oggi le sue rivelazioni, nonostante che una certa etica filosofica pensi di essersene immunizzata e nonostante che una certa scienza applicata all'uomo irrida e snobbi le fiabe, le leggende, i racconti.

Tuttavia la resa spettacolare dell'evento terapeutico corre diversi *rischi*, al primo dei quali abbiamo appena alluso: quello cioè di privilegiare l'intervento strepitoso, grandioso, eccezionale, straordinario, rispetto alla pratica quotidiana ordinaria, in particolare rispetto alla prevenzione, che ha una logica dimessa ed una tattica politica di lungo respiro. Molte malattie dipendono infatti da condizioni di vita precarie, disordinate, autolesive, inquinate,

tacolo, fugge dalla vita vera, come ben sa chi ama il cinema.

Un secondo, diffuso rischio è quello di generare collusioni tra pubblicità personale ("il grande medico") o istituzionale (l'ospedale "modello") e interessi di *mercato*. Il fatto che i Codici di deontologia sanitaria siano molto attenti alle condizioni in cui si fa *pubblicità dell'informazione sanitaria* ed affidino agli Ordini professionali il compito di vigilare su di essa, significa che le tecniche seduttive e le lusinghe dell'immagine possiedono una potenza persuasiva, di cui il profano può patire e che la *peer review* (il controllo tra pari, l'auto-scrutinio professionale e la supervisione di comitati d'etica indipendenti o di associazione di malati/utenti) ha il dovere di governare, in nome della verità scientifica e del bene dei cittadini. Se si mostrano solo i punti di eccellenza o i benefici di un centro di cura o di un trattamento; se si nascondono le alternative terapeutico-assistenziali, magari tradizionali, ad un rimedio divenuto "di moda"; se si rivelano, nelle riviste dedicate, solo i risultati positivi dei trial farmacologici condotti; se si fa leva sull'immaginazione miracolistica quando si confezionano *spot* (microcortometraggi con il loro gradevole, garantito *happy end*) su prodotti o interventi che toglierebbero d'incanto dolori e altri sintomi; in questi casi ci si mette su una china scivolosa, lungo la quale il mercato alimenta nuove attese e prepara il consumatore ideale. Quello che non fa troppe domande, perché ha fretta di godere su di sé lo spettacolo promesso. "Il sano è un malato che non sa di esserlo", aveva scritto Jules Romains nel dottor *Knock*. La salute però non è una merce e quindi la legittima pubblicizzazione di obiettivi e metodi sanitari deve inventarsi vie originali di diffusione e non mimare ottuse forme di aziendalismo. Sì, perché c'è anche un aziendalismo illuminato, il quale andrebbe promosso.

La spiegazione scientifica mostra *come* si fa tecnicamente qualcosa, non *perché* la si fa o la si dovrebbe fare. Per rappresentare questi aspetti etici occorre raccontare storie di malattia e vicende di cura, in cui appaiono motivazioni adeguate per prendersi cura di sé e degli altri. Noi abbiamo studiato il caso degli spot sull'Aids ("se lo conosci lo eviti, se lo conosci non ti uccide"). Una cosa però è sapere, altra cosa è cambiare i comportamenti a rischio. Ecco il terzo pericolo. Uno "spettacolo" sulla sanità, che non si ponga anche un *obiettivo etico-narrativo* sarebbe impotente ed illusorio ed una simile competenza a raccontare può venir elaborata solo nella sinergia tra discipline medico-infermieristiche e scienze umane. L'etica non è un optional né per la formazione dell'infermiere, né per il messaggio



foto: www.nydailynews.com

Per rappresentare questi aspetti etici occorre raccontare storie di malattia e vicende di cura, in cui appaiono motivazioni adeguate per prendersi cura di sé e degli altri

stressanti, la cui modifica trascende le competenze tecnico-sanitarie ed invece lega l'igiene ad un rimodellamento degli ambienti di lavoro, famiglia, traffico, aggregazione sociale. Lo scoop abbagliante della cronaca "acceca" a volte queste responsabilità storiche, inducendo talora a privilegiare l'ottica passiva invece che attiva, la medicalizzazione della vita (con la sua iatrogenesi culturale, come l'ha chiamata Ivan Illich in *Nemesi Medica. L'espropriazione della salute*, Milano, Mondadori, 1977) invece che il cambiamento dello stile esistenziale, l'abuso dei rimedi farmacologici invece che il controllo della dieta o delle fonti di ansia. Il *voyeur*, sedotto dallo spet-

trasmesso da chi confeziona documentari, spot, cortometraggi o pagine informative su ciò che fa ammalare o guarire. L'abbiamo detto prima: si sta muovendo un continente sommerso e qui e là spuntano zolle mai viste: c'è una bella novità nel Codice deontologico degli Infermieri italiani (2009, art. 16) quando si scrive che "l'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e promuove il ricorso alla consulenza etica, anche al fine di contribuire all'approfondimento della riflessione bioetica" [abbiamo approfondito il tema nel volume *Bioetica clinica e consulenza filosofica*, Milano, Apogeo, 2008]. Il buon infermiere, insomma, fa etica. Ma quale?

La *fiction* dice quale etica sta guidando l'infermiere. La *fiction* ha la sua ambiguità: può indurre evasione o coscienza, regressione o maturazione, rivelazioni o illusioni. Gli infermieri nella *fiction* hanno un'immagine a volte esemplarmente umana, contrapposta al cinismo di certi primari, a volte pericolosamente ambivalente, se non francamente brutale. Si pensi a Benigno nel film *Parla con lei* di Almodovar oppure ai paramedici di *Al di là della vita* di Scorsese (per queste notizie rimandiamo al nostro libro *Bioetica e cinema. Racconti di malattia e dilemmi morali*, Milano, FrancoAngeli, 2° ediz. 2006).

Spesso gli infermieri sono in *burn out* per troppo lavoro, come *Nurse Jackie*. *Terapia d'urto*, serie TV creata da Liz Brixius, Evan Dunskey e Linda Wallem. Jackie Peyton (Edie Falco) è una capoinfermiera in lotta con il mondo, più interessata al bene dei malati che ai codici etico-deontologici di comportamento. È la risposta infermieristica al *Dr. House*, il geniale diagnosta zoppo (come il capitano Achab morso dalla balena bianca) e farmacodipendente (come il cerebrale Sherlock Holmes di *Soluzione sette per cento* - di cocaina, oppure come Jekyll/Hyde). Anche l'infermiera Jackie ingurgita eccitanti, è brusca, intollerante delle regole, sfacciata. Però non sfugge dal contatto con i malati, anzi di turni ne fa troppi e per questo deve "tenersi su". Lei non ha paura di entrare in urto con amministratori pigri e medici incapaci e a volte si sostituisce a loro nel prendere decisioni che non le competerebbero. Fa la moralista con i pazienti: tratta meglio chi ha dei meriti, tratta malissimo chi ha fatto torti. Quanto a sè stessa, ha una morale instabile: tradisce il marito (lei è sposata e ha due figlie) con il farmacista dell'ospedale.

Come interpretare questo *serial*? Nurse Jackie sfronda l'angelica filantropia di antichi modelli assistenziali. I fronzoli della retorica cadono: è una donna contraddittoria e sulle soglie di una caduta. Però con la sua vitalità animalesca e la sua aggressività giustizialista esplo-

ra nuove figure relazionali (verso i colleghi, le istituzioni, i degenti, i medici, i familiari, in fondo verso sè stessa). Una cosa Jackie promette: si allea ai malati prima di ogni altra cosa, ai malati "buoni", a quelli cioè che non tradiscono l'alleanza verso ogni altro sofferente. Potete lusingarla, ma lei non svenderà l'indipendenza del suo giudizio, anche a costo di apparire antipatica o eversiva. È la prima a sapere che il perfezionismo è una trappola e Jackie riconosce - citando Sant'Agostino - che c'è una parte buona ed una cattiva dentro di lei. I malati, e gli spettatori che la seguono, non vogliono del resto una nurse santa, ma, per citare Winnicott, un infermiere sufficientemente buono, che ricordi allo staff il suo obiettivo di cura e non nasconda le contraddizioni proprie, degli operatori e delle istituzioni. Vivere consapevolmente queste contraddizioni e analizzarle criticamente (il mestiere delle *medical humanities*), è la condizione per cercare un superamento.

Quando abbiamo scritto il nostro manuale *Bioetica. Metodi ed elementi di base per affrontare problemi clinici*, Milano, Masson-Elsevier, arrivato alla terza edizione nel 2005, abbiamo pensato agli studenti di infermieristica, così appassionati nell'immaginare il loro ruolo nel futuro "spettacolo" della loro professione ed abbiamo inventato per loro una serie di sceneggiature (casi clinici ed avvertenze di metodo per non farsi travolgere dai dilemmi morali). Il *training* è, oltre che tecnica, anche questo: congetturare personaggi originali e coerenti e vederli all'opera come nell'anteprima di uno *show*. Si tratta di scoprire gli infermieri che possiamo e dobbiamo essere. E stare dalla parte di chi soffre e dargli voce ed aiuto. Il finale potrà essere *happy* o *bad*, ma non è quello che conta. Sappiamo tutti, come diceva Hemingway, che la vita può avere solo un tipo di finale, ma vivere nel libro di questa vita e inventarla, per quanto ci è dato, ogni giorno, e lavorare contro quello sporco delitto che è la malattia (Hemingway scriveva: la guerra), questa è una cosa che può darti la felicità di resistere. ■

* **prof. Paolo Cattorini**, Ordinario di Bioetica, Univ. Studi Insubria, Varese, Facoltà di Medicina e Chirurgia; già componente del Comitato nazionale per la Bioetica e della Commissione nazionale per la lotta all'Aids (Roma).



www.papimed.com

Si tratta di scoprire gli infermieri che possiamo e dobbiamo essere. E stare dalla parte di chi soffre e dargli voce e aiuto.

Primary nursing

Le basi del Primary Nursing

di Annette Biegger*



Il termine fu utilizzato per la prima volta da Barton nel 1959, il quale affida il suo programma per combattere la nevrosi istituzionale ad un "primary therapist". Tuttavia questo termine acquisterà un'importanza maggiore solo nel 1968. Il successo del *primary nursing* negli USA è parallelo alla crescente importanza che negli anni '70 acquisivano il processo del nursing, le teorie del nursing e la loro applicazione alla pratica clinica e allo sviluppo sempre più crescente della ricerca infermieristica. Durante gli anni '20 e '30 le infermiere lavoravano in modo autonomo, questo fu il primo segno di professionalizzazione. Per rafforzare questo punto, Marie Manthey negli anni '60 sviluppò il Primary Nursing all'University of Minnesota Hospital (USA).

S. Wright sostiene che il *primary nursing* può essere visto come il ritorno a quella che F. Nightingale considerava come l'assistenza infermieristica di tipo professionale. Il nocciolo del successo del modello diffuso da Manthey, consiste nell'aver trovato un sistema di organizzazione del lavoro in cui vengono enfatizzati responsabilità e professionalismo. Esso non è solo un modello organizzativo assistenziale, ma anche una sorta di opportunità per conseguire comportamenti che sono necessari per affrontare problemi professionali come lo scarso riconoscimento economico, la mancanza di prestigio e di potere, l'esclusione dai processi decisionali e la mancanza di controllo sulla nostra pratica.

Il Primary Nursing era conosciuto nel mondo infermieristico anglosassone già negli anni '70, quando Mundinger pubblicò un lavoro che ne definiva il ruolo e le competenze. Successivamente l'applicazione di tale modello è stata studiata in relazione a diversi risultati, tra i quali la soddisfazione del paziente e la capacità di gestire eventi assistenziali complessi. Fondamentalmente il Primary Nurse prevede che un singolo infermiere/a sia responsabile dell'erogazione, qualità e appropriatezza dell'assistenza non medica per tutta la durata della degenza di un paziente.

Gli elementi costitutivi del Primary Nursing sono:
1. l'attribuzione e l'accettazione da parte di ciascun individuo della responsabilità perso-

nale nel prendere delle decisioni; con questo approccio decisionale decentralizzato il flusso comunicativo viene semplificato e tutte le decisioni prese sono basate sulla conoscenza dei bisogni della/del paziente e sulla relazione con essa/o e con i suoi familiari;

2. l'assegnazione dell'assistenza quotidiana secondo il metodo dei casi (case method);
3. la comunicazione diretta da persona a persona;
4. presenza di una persona operativamente responsabile per la qualità dell'assistenza erogata alle/ai pazienti di un reparto 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana.

Alcune parole chiavi relative a questo concetto: **autorità decisionale** delle/degli infermieri, cioè fino a che punto si spinge il loro diritto a prendere una decisione nell'area professionale laddove sono responsabili, e conseguentemente ad agire.

Il concetto di **responsabilità** (responsibility) ha un duplice aspetto; si riferisce a: - attribuzione, delega o cessione della responsabilità assistenziale (o anche solamente di un compito definito) all'infermiere rispetto a un paziente - un processo di accettazione di responsabilità (**accountability**)².

Una/un infermiere/e primaria/o dovrebbe essere in grado di motivare in qualsiasi momento di fronte alla/al paziente, ai suoi familiari, ma anche di fronte alle/ai superiori quali siano state le sue scelte terapeutiche e quale sia il substrato di conoscenze scientifiche su cui esse si basano. Solo in questa maniera una/un infermiere/e può dimostrare di essere effettivamente responsabile, nel senso più ampio del termine, della/del paziente che le/gli è stato assegnato e di cui ha accettato la responsabilità dal ricovero fino alla sua dimissione.

La difficoltà di introdurre un'innovazione di questo tipo è prioritariamente culturale e organizzativa. Emergono rigidità professionali e stereotipi di ruolo che resistono e si oppongono ai cambiamenti, evidenziando la permanenza di modelli professionali ormai superati³. ■

* **Annette Biegger**, Bachelor HES in infermieristica a Friburgo, da ottobre 2008 lavora all'ospedale universitario di Zurigo

1 Bowers L, *The significance of primary nursing*, Journal of Advanced Nursing (14) 1989.

2 Biblioteca medica virtuale, glossario. www.bmv.bz.it/content.asp?L=1&idmen=165&subc=1535.

3 Zanotti R, *IL MODELLO ORGANIZZATIVO DEL PRIMARY NURSING. PER LE UNITÀ OPERATIVE DI OSPEDALE*. www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/...C48E.../IICAP1588.pdf.

Il Primary Nursing era conosciuto nel mondo infermieristico anglosassone già negli anni '70

Primary Nursing

Cure basate sulla relazione: un modello per trasformare la pratica

di Susanna Brilli*



Nel 2005 l'Area infermieristica dell'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), l'ospedale multisito del Ticino, ha definito tra le sue priorità l'elaborazione, lo sviluppo e la concretizzazione del Concetto di cura EOC.

Lo studio della realtà infermieristica dell'EOC ha evidenziato come negli ultimi anni le cure si sono lentamente trasformate da un sistema funzionale a quello del team nursing che, sebbene si orienti maggiormente verso il paziente, non favorisce ancora la sua presa a carico globale.

Il traguardo del Concetto di cura EOC è quindi rappresentato dal miglioramento dell'offerta infermieristica volta a incrementare la soddisfazione del paziente e al contempo quella dei curanti, tenendo costantemente in considerazione le peculiarità socio-economiche e culturali dell'attuale momento storico.

Ma in cosa consiste tale concetto?

Il discorso portante nasce e si sviluppa a partire dal concetto base delle Cure basate sulla relazione, che sottolinea l'importanza della valorizzazione della relazione non solo tra il paziente e l'infermiera¹, bensì tra tutte le persone coinvolte nella sua cura, quindi anche quella tra i professionisti medesimi.

Nell'ambito della pratica infermieristica le Cure basate sulla relazione creano i presupposti per un'assistenza in termini di effettiva presa a carico del paziente che, insieme al suo entourage, risiede al centro dell'attenzione.

Il cambiamento dell'assetto relazionale pa-

ziente-infermiera costituisce dunque il fulcro del Concetto di cura EOC.

Primary Nursing e Cure basate sulla relazione

La pratica delle Cure basate sulla relazione² si realizza attraverso l'attivazione di 7 distinte dimensioni:

- contesto di cura
- leadership
- lavoro di équipe multiprofessionale
- pratica infermieristica professionale
- **modello dell'assistenza infermieristica**
- pratica guidata dalle risorse
- valutazione dei risultati

Il modello dell'assistenza infermieristica in questione è il **Primary Nursing**.

Il Primary Nursing (PN) è, secondo la definizione elaborata dal gruppo operativo Concetto di cura EOC, un sistema organizzativo assistenziale focalizzato sulla relazione empatica tra il paziente e l'infermiera. La cura del paziente è garantita, dall'ammissione alla dimissione, dall'infermiera di riferimento assegnata. Le cure erogate derivano da obiettivi stabiliti con il paziente e riflettono la capacità



1 Col termine infermiera si intende anche la sua versione maschile.

2 Le Cure basate sulla relazione costituiscono di fatto lo sviluppo del Primary Nursing. Questo concetto di cura è concretizzato dal Clinical Health Care Management. Tale organizzazione sostiene gli ospedali fornendo i mezzi necessari, come ad esempio la formazione specifica LEO (vedi L'offerta formativa), al fine di realizzare le 7 dimensioni sopra enunciate.

dell'infermiera di lavorare in modo autonomo e responsabile.

Il Primary Nursing non è solo una filosofia o un modo di pensare, ma è anche un modello organizzativo. Marie Manthey (ideatrice del PN negli anni '60 negli USA) descrive questa filosofia di cura asserendo che "con PN l'infermiera diplomata assume personalmente la responsabilità di tutto quanto avviene con il paziente 24 ore su 24, dal ricovero alla dimissione. È quindi l'infermiera "primariamente" assegnata al paziente che pianifica e coordina le cure con o per lui. Il legame personale più profondo con l'ammalato richiede maggior impegno dell'infermiera, le garantisce però maggior soddisfazione professionale."³

Obiettivi del PN

- maggior soddisfazione dei pazienti, che saranno meglio informati e tranquillizzati da una relazione individualizzata e competente
- maggior soddisfazione per le infermiere attraverso la responsabilizzazione, che a sua volta aumenta anche la loro professionalità
- maggior soddisfazione della famiglia, meglio informata e integrata nelle cure
- migliore collaborazione tra i membri del team curante
- appiattimento della gerarchia infermieristica
- cure più sicure perché vi sono meno passaggi d'informazione e meno persone coinvolte nella cura del singolo paziente
- possibilità di sviluppare maggiormente la collaborazione con le cure domiciliari

La relazione ininterrotta dall'ammissione alla dimissione è il mezzo attraverso cui l'infermiera di riferimento è in grado di tessere e detenere il "fil rouge infermieristico" relativo alla degenza e quindi all'esperienza del paziente a lei assegnato e che, di conseguenza, le consente di concretizzare una presa a carico effettiva, divenendo come tale la coordinatrice del piano dell'assistenza infermieristica.

Questa relazione richiede la capacità dell'infermiera di agire in termini di **responsabilità infermieristica**, di cui la disponibilità delle informazioni, la decisione di come devono essere erogate le cure e la pianificazione della dimissione, costituiscono le tre principali aree di detta responsabilità; la **comunicazione di-**

retta con tutti gli interlocutori del caso (infermieri, medici, altri professionisti, pazienti stessi, parenti) grazie alla quale favorire e mantenere la dinamica relazionale istaurata; la **cura** come risultante di un continuo e dinamico processo delle cure; l'**assegnazione del paziente secondo il metodo dei casi** che consente l'erogazione di cure infermieristiche che rispettano la visione globale e l'approccio olistico commisurati al livello di competenze e all'esperienza professionale dell'infermiera. In sintesi, il modello di assistenza infermieristica secondo Primary Nursing fornisce la prerogativa organizzativa per le Cure basate sulla relazione.

L'efficacia del Primary Nursing è documentata dalla letteratura anglosassone e tedesca.

La realizzazione del modello delle Cure basate sulla relazione presso l'EOC

L'attuazione di questo modello di cura ha necessariamente tenuto in considerazione le particolarità e la complessità in senso lato che caratterizzano l'ospedale multisito EOC, costituito da 9 istituti ospedalieri. Il primo passo in tale direzione è consistito nella costituzione, a fine 2005, del gruppo operativo Concetto di cura EOC, capitanato da Yvonne Willems Cavalli, responsabile dell'Area infermieristica EOC, e composto da infermieri che rappresentano tutte le sedi degli ospedali EOC e di vari livelli gerarchici, nonché dal capo servizio della qualità dell'EOC⁴.

Il mandato principale di questo gruppo è la definizione e la realizzazione di quanto necessario per concretizzare tale modello di cura. In tal senso le attività da esso svolte possono essere sintetizzate come segue:

- traduzione in lingua italiana del libro di M. Manthey relativo al Primary Nursing;
- definizione di linee guida che potessero sostenere le équipes infermieristiche dei reparti ove tale modello di cura viene implementato. Queste linee guida sono state raccolte nel Manuale operativo del Primary Nursing;
- allestimento del pacchetto formativo per poter rispondere ai bisogni di formazione in ambiti diversi;
- creazione del sistema di valutazione al fine di poter valutare l'effettivo cambiamento vissuto dalle équipes infermieristiche;
- collaborazione con i responsabili delle diverse sedi degli ospedali EOC al fine di sostenere l'implementazione fattiva del modello nei reparti di cura.

Il modello di assistenza infermieristica secondo Primary Nursing fornisce la prerogativa organizzativa per le Cure basate sulla relazione

3 Willems Cavalli, Yvonne. *Come ottimizzare le Cure Infermieristiche? Raccomandazioni per il futuro: Concetto di cura EOC*. Bellinzona: Servizio Infermieristico EOC, 2005, p. 11.

4 I membri attuali sono: Yvonne Willems-Cavalli, Susanna Brillì, Erika Carrara, Teresa Chiaravallotti, Viviana Corti, Adriana De-giorgi, Enrica Fasani, Irma Koenig, Noretta Scaramella, Romina Sirica, Nicole Vago.

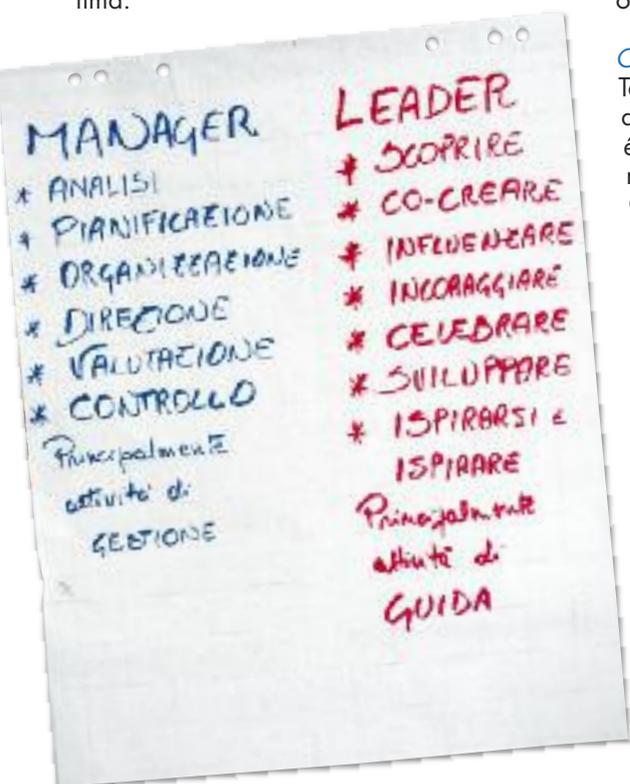
Approfondimenti

Per lo svolgimento delle sue attività il gruppo operativo si avvale della collaborazione dei servizi di formazione infermieristica, di qualità, di comunicazione e della revisione interna EOC.

Il discorso avviato e approfondito dal gruppo operativo EOC è stato in seguito ripreso all'interno di ogni ospedale ove vi è un capo progetto locale che, affiancato e sostenuto dal responsabile del servizio infermieristico e in collaborazione con i capi settore infermieristico, coordina tutte le attività di preparazione e di realizzazione del cambiamento.

All'interno di ogni singolo reparto tale discorso si articola a partire dalle peculiarità di vario genere (dunque organizzative, legate alla tipologia di specialità medica, derivanti dal tipo di dinamiche relazionali e dalle necessità di vario genere ivi presenti). È quindi il gruppo di lavoro di reparto (costituito da alcuni infermieri, assistenti di cura e dall'infermiera specialista clinica) che studia la modalità di applicazione effettiva del Primary Nursing presso il proprio reparto. All'interno di questo percorso il capo reparto ha un ruolo altrettanto fondamentale in quanto funge da ispiratore, promotore e supervisore del cambiamento.

Il progetto coinvolge anche altre figure professionali implicate nella cura del paziente. È pertanto fondamentale che tutti, dal medico alla dietista, siano informati e coinvolti da subito nella sua realizzazione. In modo particolare, il nuovo assetto relazionale paziente-infermiera genera un'interazione medico-infermiera che beneficia della miglior presa a carico globale del paziente da parte di quest'ultima.



Breve cronistoria

- **2005:** Definizione Concetto di cura EOC
- **2005:** Creazione manuale di progetto relativo all'implementazione del Primary Nursing - Cure basate sulla relazione e approvazione da parte della Direzione generale EOC
- **2005:** Creazione gruppo operativo Concetto di cura EOC
- **2006:** Preparazione fase pilota presso i reparti di degenza del Dipartimento di Medicina dell'Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, sede San Giovanni
- **2007:** Valutazione fase pilota
- **2007:** Preparazione quadri infermieristici Ospedale Regionale di Lugano
- **2008:** Preparazione équipe infermieristica di altri 9 reparti
- **oggi:** 26 reparti attivi nelle diverse sedi dell'ospedale multisito EOC e altrettanti in fase di preparazione

L'offerta formativa

Un cambiamento di tale portata, sia dal punto di vista culturale che organizzativo, genera bisogni formativi specifici per i quali il pacchetto formativo creato appositamente si sviluppa su 6 assi:

Concetti di cura

Tale formazione viene proposta all'avvio delle attività di preparazione a tutti i membri delle équipes dei reparti che si prestano ad adottare il modello assistenziale Primary Nursing - Cure basate sulla relazione. Essa è obbligatoria e dura mezza giornata.

Colloqui infermieristici

L'adozione delle Cure basate sulla relazione comporta inevitabilmente un cambiamento dell'assetto relazionale con il paziente. Tale formazione ha quindi per scopo lo sviluppo delle competenze relazionali nell'ottica di un agire infermieristico più professionale e responsabile. Anche essa è obbligatoria, è della durata di una giornata ed è destinata alle infermiere diplomate.

Leading an Empowered Organization (LEO)

Questa formazione è destinata ai quadri infermieristici. Nella realtà lavorati-

Tale formazione ha quindi per scopo lo sviluppo delle competenze relazionali nell'ottica di un agire infermieristico più professionale e responsabile

va caratterizzata dal modello assistenziale secondo le Cure basate sulla relazione, il capo reparto riveste un ruolo essenziale, rispetto al sostegno del cambiamento, ma soprattutto nella conduzione del suo team. Essa è obbligatoria e si svolge sull'arco di tre giorni.

Sostegno del cambiamento

Essa è destinata ai capi reparto e alle infermiere specialista clinica direttamente responsabili di delineare e sostenere il cambiamento effettivo all'interno di ogni équipe. Tale formazione si svolge in due giornate.



Formatori LEO: Andrea Cavicchioli, Monica Bianchi, Paolo Ferrara

Il processo dell'assistenza infermieristica

Nelle Cure basate sulla relazione l'agire professionale infermieristico si basa essenzialmente sulla pianificazione delle cure. Questa formazione è nata anche in seguito alla richiesta da parte del personale coinvolto nella fase pilota. Essa è facoltativa.

Analisi interdisciplinare dei casi clinici

Al fine di sviluppare le competenze cliniche delle infermiere a partire dalla pratica professionale, quindi da frangenti di cura concreti, viene analizzata una situazione clinica di un paziente. Tale formazione favorisce il confronto professionale, la conoscenza interdisciplinare e lo sviluppo di uno spirito critico e creativo contribuendo così alla realizzazione della pratica guidata dalle risorse (vedi 7 dimensioni delle Cure basate sulla relazione). Essa è facoltativa.

Nel suo insieme l'offerta formativa riveste un ruolo fondamentale nella realizzazione delle Cure basate sulla relazione nei termini delle 7 dimensioni di cui sono costituite (inizio articolo), permettendo lo sviluppo del ruolo infermieristico (sia rispetto alle competenze cliniche, sia a quelle relazionali), dello spirito critico e della leadership clinica da parte dei quadri infermieristici.

La valutazione dell'implementazione

La valutazione riveste un ruolo fondamentale anche nell'ambito di questo percorso di implementazione. Soltanto attraverso la misurazione dei risultati è possibile agire nell'ottica del miglioramento continuo, e ciò non unicamente per quanto attiene alla qualità delle cure, ma in primis rispetto al cambiamento organizzativo e culturale. Durante il percorso di

implementazione ogni reparto vive 3 momenti valutativi:

Audit aspetti strutturali a tempo 0

Poco prima di iniziare ad assegnare i pazienti, l'assistente di progetto accerta che siano presenti le premesse strutturali ed organizzative.

Audit clinico a tempo 6 mesi

A circa 6 mesi dall'inizio assegnazione pazienti ha luogo un audit clinico che permette di effettuare un punto della situazione rispetto alla realizzazione del Primary Nursing, nella fattispecie per quanto attiene agli elementi che lo costituiscono (responsabilità infermieristica, comunicazione diretta, cura e assegnazione del paziente secondo il metodo dei casi). L'audit clinico prevede l'analisi di alcuni Documenti di cura Orientati al paziente, lo studio di alcuni aspetti strutturali importanti e l'intervista semi-strutturata a tutti coloro che sono coinvolti nella cura (pazienti, infermiere, capo reparto, infermiera specialista clinica, assistente di cura, assistente amministrativa, medici ed altri professionisti come ad es. il fisioterapista).

Tale audit è svolto da parte dell'assistente di progetto, del capo servizio qualità EOC, del capo progetto locale, del capo settore del reparto in questione e dell'infermiera specialista clinica.

Il rapporto di audit viene elaborato e restituito all'équipe il giorno stesso in cui ha luogo, in occasione di un incontro di reparto.

Valutazione a tempo 12 mesi

Una volta passati circa 12 mesi dall'inizio dell'assegnazione pazienti, a tutti i professionisti attivi presso il reparto in questione e ai pazienti viene chiesto di esprimere il vissuto e il parere tramite un questionario.

Ogni reparto riceve l'esito della valutazione.

Anche queste attività di valutazione si inseriscono in una dimensione fondamentale delle Cure basate sulla relazione (vedi pagina 8).

Il cambiamento

L'esperienza di implementazione delle Cure basate sulla relazione costituisce sicuramente un cambiamento organizzativo a cui soggiace quello prettamente di tipo culturale che risulta dal percorso e dal contributo di ogni singolo. All'interno di ogni équipe infermieristica la riflessione inerente il ruolo e il senso delle cure è di fondamentale importanza, ed altrettanto importante è che essa venga ispirata, stimolata e sostenuta dai quadri infermieristici.

* **Susanna Brilli**, infermiera specialista clinica, assistente di progetto Concetto di cura EOC, infermiera di cure intense presso l'Ospedale Regionale di Lugano.

Nel suo insieme l'offerta formativa riveste un ruolo fondamentale nella realizzazione delle cure basate sulla relazione

La testimonianza di un reparto dell'Ospedale Beata Vergine di Mendrisio:

Il Nostro PN

La testimonianza che segue riporta l'esperienza di un'équipe di chirurgia dell'Ospedale Beata Vergine che da diversi mesi ha intrapreso un cammino in questi termini.

di Erika Carrara
(capo reparto),
Viviana Corti, Michela
Martinenghi (infermiere
specialista clinica) -
Chirurgia 2,
Ospedale Beata Vergine
di Mendrisio

Il nostro reparto, Chirurgia 2 Ospedale Beata Vergine Mendrisio, ha deciso di iniziare il Viaggio PN con una riflessione sul ruolo e la responsabilità dell'infermiere e assistente di cura, necessità emersa nell'ambito di una riunione di reparto.

Questo per quale motivo?

Semplice: non vogliamo partire con dei cambiamenti organizzativi, che indubbiamente ci saranno, ma vogliamo provare a partire da un cambiamento molto più profondo e radicato, quello della filosofia di cura del reparto.

La riflessione inerente la responsabilità di ogni curante e la possibilità di confrontarsi personalmente sul tema Progetto PN con la capo reparto e l'infermiera specialista clinica hanno portato ogni collaboratore a poter esprimere le proprie idee, le proprie emozioni, le proprie paure, i propri dubbi, le proprie ansie, le proprie perplessità e domande in un incontro di 90-120 minuti, a gruppetti di 2-3 persone.



Parte del team al termine di un incontro privilegiato.

Un incontro privilegiato:

- per tutta l'équipe è stato un momento importante di condivisione e chiarificazione degli aspetti più oscuri.
- tutti si sono sentiti liberi di esprimere il proprio giudizio.
- è stato un momento importante per il confronto.
- tutti si sono sentiti a loro agio.

Gli altri elementi che sono emersi e che riteniamo necessari sono la chiarezza e la trasparenza fra tutti i membri dell'équipe di cura: una comunicazione chiara, trasparente permette di poter confrontarsi in modo costruttivo, creando fiducia, sostegno reciproco e collaborazione.

Ci rendiamo conto che serve tempo per poter cambiare una cultura di cura radicata, molta costanza e molta motivazione, oltre che molte energie.

Il risultato non è assicurato, perché i fattori che entrano in gioco sono veramente infiniti, ma se non si prova, se non si rischia, non riusciremo mai a costruire basi solide e sicure per poter permettere al cambiamento di cre-

scere senza essere distrutto dal primo soffio di vento.

Ci vogliono creatività, impegno costante e, fondamentale, la presenza e il sostegno da parte del capo reparto e dell'infermiera specialista clinica, oltre all'appoggio fornito da altre figure professionali coinvolte in questa metamorfosi (capo settore, capo progetti, responsabile infermieristica).

Ma allora il segreto del successo qual è?

Perché cambiare?

Due domande sbagliate: il segreto del successo non è il PN, o un protocollo di implementazione, o un cambiamento organizzativo.

In fin dei conti che cosa è il successo, se non il benessere globale dei nostri pazienti?

Il segreto del nostro lavoro è quello di mettere veramente il paziente al centro delle nostre cure.

Non dobbiamo farci la domanda "perché cambiare?", ma la domanda dovrebbe essere semplicemente: **per chi cambiare? E come cambiare?**

Non esiste la perfezione, se non alla televisione o nei nostri sogni, è inutile indossare maschere: ogni équipe di cura affronterà percorsi di cambiamento diversi, con risorse diverse e metodi diversi.

**Ogni équipe di cura
affronterà percorsi
di cambiamento
diversi, con risorse
diverse e metodi
diversi**

L'essenziale è vivere il cambiamento, viverlo tutti i giorni in reparto, crederci e affrontare la realtà delle cure, la concretezza dei bisogni dei pazienti e perché no, anche dei nostri.

L'introduzione del PN porterà a cambiamenti anche a livello organizzativo; il nostro prossimo passo è quello di creare dei gruppi di lavoro interni al reparto per lavorare sulle diverse tematiche.

Il Primary Nursing oggi

Ad oggi il modello delle Cure basate sulla relazione è stato implementato in oltre 20 reparti e altrettanti sono impegnati nelle attività di preparazione.

Presso le équipe in cui il PN è già stato implementato, è di fondamentale importanza sostenere il cambiamento accompagnando le persone lungo questo cammino, oggi così come domani.



I valori che ci caratterizzano e le emozioni da affrontare

Bibliografia

Koloroutios, Mary. *Relationship-Based Care. A Model for Transforming Practice*. Minneapolis: Creative Health Care Management, 2004.

Manthey, Marie. *La pratica del Primary Nursing. L'erogazione dell'assistenza basata sulle relazioni e guidata dalle risorse*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2008.

Gruppo operativo EOC. *Manuale operativo del Primary Nursing*. Bellinzona: Area infermieristica EOC, 2009. Documentazione EOC.

Willems Cavalli, Yvonne. *Manuale di progetto: Concetto di cure infermieristiche EOC*. Bellinzona: Servizio infermieristico EOC, 2006. Documentazione EOC.

Willems Cavalli, Yvonne. *Come ottimizzare le Cure Infermieristiche? Raccomandazioni per il futuro: Concetto di cura EOC*. Bellinzona: Servizio Infermieristico EOC, 2005. Documentazione EOC.

<http://www.chcm.com/>

Invito alla lettura



Marie Manthey

La pratica del primary nursing

L'erogazione dell'assistenza basata sulle relazioni e guidata dalle risorse

Adottato per la prima volta nel 1968 dallo University of Minnesota Hospitals, il Primary Nursing è un sistema organizzativo utilizzato da molti ospedali negli Stati Uniti e nel mondo. La nuova edizione del volume di Marie Manthey illustra in dettaglio gli elementi operativi del Primary Nursing, esplora il suo sviluppo e fornisce ai lettori una guida per implementarlo. Sol-

tanto il Primary Nursing si è dimostrato in grado di fornire il tipo di assistenza basata sulla relazione di cui gli ospedali oggi hanno bisogno.

Marie Manthey è una pioniera del Primary Nursing, e ha progettato e implementato sistemi di Primary Nursing in molti ospedali. La sua vasta esperienza - ha occupato posizioni ad ogni livello dell'organizzazione infermieristica - le conferisce un'approfondita conoscenza del lavoro di corsia dell'infermiera e allo stesso tempo una visione di ampio respiro del futuro della professione. ■



SUPSI

Scuola Universitaria Professionale
della Svizzera Italiana

DSAN

Dipartimento Sanità



EDUQUA

SCEF 034

Schweizerisches Qualitätszertifikat für Weiterbildungsinstitutionen
Certificat suisse de qualité pour les institutions de formation continue
Certificato svizzero di qualità per istituzioni di formazione continua



Scuola Specializzata Superiore in
Cure Infermieristiche

EDUQUA

SCEF 070

Schweizerisches Qualitätszertifikat für Weiterbildungsinstitutionen
Certificat suisse de qualité pour les institutions de formation continue
Certificato svizzero di qualità per istituzioni di formazione continua

GIORNATA DI STUDIO

organizzata dall'Associazione Svizzera Infermiere/i Sezione Ticino, dalla Scuola Specializzata Superiore in Cure Infermieristiche e dalla Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana – Dipartimento Sanità

VENERDÌ 3 DICEMBRE 2010

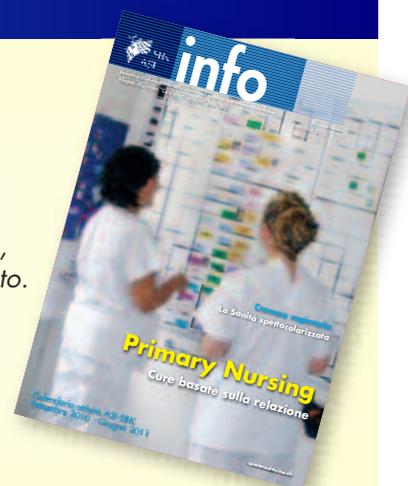
**AULA MAGNA
UNIVERSITÀ DELLA SVIZZERA ITALIANA
LUGANO**



Collabora anche tu!

Cari Colleghi,
Se desiderate pubblicare articoli, progetti, riflessioni o esperienze vissute, sia in ambito professionale o di medicina naturale, vi invitiamo caldamente a prendere contatto con il segretariato ASI Ticino, mandando il vostro testo preferibilmente in 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 sempre benvenute.
Restiamo a vostra disposizione per concordare eventuali adattamenti della vostra pubblicazione, arricchendoci a vicenda.
Il Comitato di redazione pubblicherà gli articoli in base ai temi ed agli spazi disponibili nella rivista. Vi attendiamo numerosi!

E-mail: segretariato@asiticino.ch



Informazioni GIITI (Gruppo Infermieri Indipendenti Ticino)

Assemblea straordinaria GIITI: " Modifica del regolamento GIITI, articolo 8"

DATA: 30 agosto 2010; LUOGO: Rivera, Rist. La Bricola; ORARIO: 18.30 - 19.30 ca.; ISCRIZIONI: non necessarie.

"Presentazione dello strumento di valutazione multidimensionale per il paziente ad uso delle / degli infermieri indipendenti", parte testata

Come richiesto dalla LaMal, per il nuovo sistema di finanziamento, dal 1 gennaio 2011

DATA: 18 novembre 2010; LUOGO: presso la Sala Auditorium BancaStato a Bellinzona, Via H. Guisan 5 (Posteggi nelle vicinanze: Via H. Guisan 3, Autosilo Piazza del Sole, Autosilo Cervia, Posteggi Ex Stallone, Stazione); NOTA: durante il pomeriggio saranno presenti alcune ditte espositrici, tra le quali la EasyProg (ditta che ha elaborato il programma di fatturazione proposto in primavera 2010); ORARIO: dalle 14.00 alle 18.00; COSTO: FR.- 30.-, da pagare sul luogo; ISCRIZIONI: g.r.otto@bluewin.ch entro il 10.11.10 (iscrizioni tardive non avranno l'attestato di partecipazione!).

Aggiornamento programma per la fatturazione

Per le/gli infermiere/i indipendenti, che hanno già effettuato il corso PC fatturazione.

Con aggiunta della prescrizione medica, l'aggiornamento delle nuove tariffe per il 01.01.2011, ecc.

Ulteriori informazioni seguiranno (per e-mail o invio postale).

Corso PC fatturazione per infermieri indipendenti

DATA: da stabilire ed in base al numero di partecipanti! (novembre - dicembre) Pubblicazioni ulteriori sul sito asitico.ch, ev. su "Cure infermieristiche", ed ev. su "INFO ASI"

LUOGO: da stabilire; ORARIO: 14.00 - 18.00; COSTO: 130.- da versare sul luogo.; ISCRIZIONI: obbligatorie! presso g.r.otto@bluewin.ch a partire da subito, per raccogliere il numero dei partecipanti e poter in seguito confermare ed informare sulla data.

PER IL NOSTRO BENE.



FELICITÀ IN FORMATO FAMIGLIA.

È quanto vi auguriamo di tutto cuore. Inoltre, ci impegniamo seriamente per la vostra sicurezza e per il vostro budget familiare. Non è certo un caso se SWICA Organizzazione sanitaria vuole essere particolarmente vicina alle famiglie.

Agite subito e approfittate:
0800 80 90 80 o www.swica.ch

SALUTE E SICUREZZA **SWICA**
ORGANIZZAZIONE SANITARIA

CALENDARIO ATTIVITÀ ASI-SBK SEZIONE TICINO

CORSI – CONFERENZE – ATELIER – ASSEMBLEE **SETTEMBRE 2010 – GIUGNO 2011**

DATA	CORSO	TERMINE ISCRIZIONE	ANIMATORE	PARTECIPANTI	LUOGO
27-28-29 settembre 2010	Kinesiologia: touch for health I	30 agosto 2010	Marlene Scalisi	aperto a tutti	Bellinzona
30 settembre 2010 - 1 ottobre 2010	Comunicazione e relazione staff – famiglia	30 agosto 2010	Marco Malnati	operatori del ramo sanitario	Stabio
4 ottobre 2010	Processo delle cure: difficoltà di applicazione	1 settembre 2010	Anna Abbonandanza	infermieri/e assistenti geriatrici/che operatori sociosanitari	Stabio
5 – 6 ottobre 2010 23 – 24 novembre 2010 10 – 11 gennaio 2011 22 – 23 febbraio 2011 20 – 21 aprile 2011 7 – 8 giugno 2011	Corso per volontari del sorriso	6 settembre 2010	Sonia Fioravanti Leonardo Spina Diversi formatori Associazione Ridere per Vivere	operatori del ramo sanitario	Bellinzona
7 ottobre 2010	Fitoterapia	6 settembre 2010	Lilia Nodari Cereda	operatori del ramo sanitario	Mendrisio
11 -12 ottobre 2010	Efficacia personale e performance collettiva	8 settembre 2010	Mariano Cavolo	aperto a tutti	Lugano
15 ottobre 2010	Uno sguardo panoramico sulle principali psicopatologie degenerative dell'anziano e sulle possibili manifestazioni aggressive	13 settembre 2010	Alfredo Bodeo	operatori del ramo socio-sanitario	Stabio
18 ottobre 2010	Gestione dei sintomi gastro intestinali nelle cure palliative	15 settembre 2010	Antonella Palumbo Silvia Walther Veri	infermieri/e	Lugano
18-19-20-21 ottobre 2010 1-2-3 dicembre 2010 1-2-3 febbraio 2011 11-12-13 aprile 2011 6 giugno 2011	Riflessologia del piede	15 settembre 2010	Antonio Maglio	assistenti geriatrici/che operatori del ramo sanitario con una formazione minima di 150 ore in anatomia e fisiologia	Bellinzona
25 – 26 ottobre 2010	Prevenzione del mal di schiena	22 settembre 2010	Marlene Scalisi	aperto a tutti	Bellinzona
27 ottobre 2010	L'ultima flebo: elementi per la gestione dei conflitti etici alla fine della vita	27 settembre 2010	Graziano Ruggeri	operatori del ramo sanitario	Lugano
8 – 9 novembre 2010	Kinesiologia educativa I	4 ottobre 2010	Marlene Scalisi	aperto a tutti	Bellinzona
12 novembre 2010	Il piano di cura negli istituti per anziani	11 ottobre 2010	Michele Battaglia	infermieri/e assistenti geriatrici/che operatori sociosanitari	Stabio
15 novembre 2010	La consulenza etica nelle cure palliative: obiettivi, metodi e casi clinici	11 ottobre 2010	Paolo Marino Cattorini	aperto a tutti	Chiasco
18 -19 novembre 2010	Adolescenti: limiti e risorse fra prevenzione e attività di counseling	18 ottobre 2010	Vincenzo Santoro	operatori del ramo socio-sanitario	Stabio
22 novembre 2010	La fragilità nell'anziano: interventi di prevenzione delle cadute negli anziani	18 ottobre 2010	Morena Generelli	operatori del ramo sanitario	Stabio
25 - 26 novembre 2010	Affrontare relazioni difficili in ambito professionale	25 ottobre 2010	Patrizia Gasparetti	operatori del ramo socio-sanitario	Stabio
3 dicembre 2010	L'atteggiamento dell'equipe curante nell'accoglienza e nell'inserimento del nuovo ospite in casa anziani	2 novembre 2010	Alfredo Bodeo	operatori del ramo socio-sanitario	Lugano
6 – 7 dicembre 2010	Le abilità organizzative	3 novembre 2010	Mariano Cavolo	aperto a tutti	Mendrisio
13-14-15 dicembre 2010	Kinesiologia: touch for health II	8 novembre 2010	Marlene Scalisi	aperto a tutti coloro che hanno partecipato al seminario "Kinesiologia: Touch for Health I"	Bellinzona
16 - 17 dicembre 2010	Autostima e fiducia in sé stessi	15 novembre 2010	Vincenzo Santoro	operatori del ramo socio-sanitario	Mendrisio
20 dicembre 2010	Cure palliative e dolore	17 novembre 2010	Piero Sanna Manuela Colla	infermieri/e assistenti geriatrici/che operatori sociosanitari	Lugano
14 gennaio 2011 21 gennaio 2011	Trattamento ulcera crurale venosa e/o arteriosa e cura delle lesioni cutanee – cura e prevenzione delle ulcere diabetiche	13 dicembre 2010	Fabio Cattaneo Giovanna Elia	infermieri/e	Lugano
17 – 18 gennaio 2011	Kinesiologia educativa II	13 dicembre 2010	Marlene Scalisi	aperto a tutti coloro che hanno partecipato al seminario "Kinesiologia educativa I"	Bellinzona
24 gennaio 2011	La disfagia nelle cure palliative	20 dicembre 2010	Claudia Gamondi Palmesino Silvia Walther Veri	infermieri/e assistenti geriatrici/che operatori sociosanitari	Lugano
26 - 27 gennaio 2011	Laboratorio di scrittura teatrale comica	20 dicembre 2010	Tatiana Giudici Leonardo Spina	operatori del ramo sanitario	Bellinzona