

Periodico d'informazione sulle attività dell'associazione svizzera infermiere/i Allegato alla rivista "Cure infermieristiche" N. 9/15

Sezione Ticino Settembre 2015 - n. 3

Cronaca regionale: L'infermiere di famiglia

L'intermiere di tamiglia è presente anche in Ticino

Approfondimenti:

La complessità della gestione di malattie di lunga durata

Gestione del diabete
Un approccio
infermieristico

complesso

Calendario attività ASI-SBK settembre 2015 - aprile 2016

www.asiticino.ch





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

Allegato alla rivista "Cure infermieristiche" 9/15

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 Laura Simoni Michela Tomasoni

Supervisione

Pia Bagnaschi

Grafica e stampa

Arti grafiche Veladini, Lugano www.veladini.ch

Foto copertina: Serena Trombin

SOMMARIO

Settembre 2015 - n. 3

3 Editoriale

Cronaca regionale

- 4 Gestione del diabete. Un approccio infermieristico complesso (Serena Trombin)
- 7 L'infermiera di famiglia (Cesarina Panduci e Marina Santini)

Approfondimenti

 La complessità della gestione di malattie di lunga durata (Laura Canduci e Andrea Cavicchioli)

Invito alla lettura

14 L'educazione terapeutica

Informazioni

15 Giornata di studio

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

Favorire la continuità

«Quello che blocca il cammino permette di fare strada»! Con queste parole di Jean de La Bruyère, scrittore del XVIIesimo secolo, prendo spunto per una riflessione sulla continuità, filo conduttore di questo numero di settembre. Infatti per "continuare" quante volte dobbiamo superare ostacoli, risolvere problemi e trovare sempre nuove strategie? La soddisfazione provata quando si giunge alla meta compensa però in modo proporzionale gli sforzi fatti...

Sia ponte o corda, sul "filo" della continuità non si scherza: risulta facile cadere. In pratica, questa metafora mi fa pensare a concetti base della nostra professionalità che potrebbero formare la rete di sicurezza sotto la fune: la formazione, la continuità delle cure e l'educazione terapeutica, trattati in questo numero a proposito di infermiere di famiglia, di una ricerca sulla complessità della presa a carico dei pazienti e della gestione complessa del paziente diabetico.

La formazione continua professionale va generalizzata e ampiamente applicata, per un aggiornamento dinamico delle conoscenze e una costruzione progressiva delle competenze, associata alla rimessa in questione dell'operato precedente.

La continuità delle cure deve essere garantita al massimo per offrire al paziente un approccio individualizzato e professionale.

L'educazione terapeutica è un denominatore comune costante che mira a favorire la presa a carico nel tempo delle malattie croniche del paziente stesso.

Per permettere la combinazione di questi tre ingredienti legati alla continuità, credo che sia necessario tenere conto di diversi fattori. La continuità può avverarsi solamente in presenza di condizioni favorevoli come il passaggio continuo e immediato delle informazioni, il riconoscimento obiettivo delle competenze di ciascun attore, l'impegno di ogni membro dell'équipe curante e la considerazione del paziente come protagonista.

Queste condizioni saranno determinanti per la qualità dell'assistenza: lavorando in equipe, l'informazione circolerà in modo continuo, fluido e conciso. Si coglieranno dati che daranno un quadro obiettivo del nostro compito, permettendo a tutti di sentirsi coinvolti. Infatti chi non riceve informazione, sia paziente sia curante, può sentirsi escluso dal processo dinamico di assistenza. Il riconoscimento delle competenze invece permette di valorizzare sia l'operato del curante, stimolandolo ad aggiornarsi, sia quello del paziente, gratificato da una buona autogestione. Permette di dare il meglio di sé stessi attraverso una motivazione sempre rinnovata. Sentirsi coinvolti in un processo di cure dinamico e professionale favorirà ovviamente l'armonia in corsia e il processo di guarigione del paziente sarà migliore.

Chiudo con un'altra citazione, di Samuel Beckett: "Impegnarsi per le piccole cose vuol dire pervenire alle grandi cose, con il tempo"... nella quotidianità, ogni gesto, ogni parola, ogni sorriso e sguardo, avrà allora la sua importanza per favorire la continuità delle cure e dunque, di conseguenza, anche la loro qualità.

Buona lettura! Isabelle Avosti



Gestione del diabete

Un approccio infermieristico complesso

di Serena Trombin*





Il diabete
rappresenta una
vera e propria
epidemia e una
delle maggiori sfide
di salute del
21esimo secolo

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel mondo le persone affette da diabete sono 347 milioni e si stima che entro il 2030 il numero arriverà a toccare il mezzo miliardo. Questo aumento è in parte dovuto all'invecchiamento generale della popolazione, ma soprattutto alla diffusione di situazioni di rischio come sovrappeso e obesità, scorretta alimentazione, sedentarietà e disuguaglianze economiche. In Svizzera, in particolare, si stima che ci siano circa 500.000 persone diabetiche¹ e che 149.000² sia il numero dei casi di diabete ancora non diagnosticato.

Il diabete rappresenta, quindi, una vera e propria epidemia e una delle maggiori sfide di salute del 21 esimo secolo. Da qui la necessità di affrontare in modo più efficiente e strutturato questa emergenza di salute pubblica attuando una più efficace prevenzione, una diagnosi più tempestiva ed una più razionale ed integrata gestione del diabete.

Come intervenire

Tutti gli operatori del settore sanitario, perciò, sono direttamente coinvolti in questo piano d'azione e, a mio parere, un ruolo centrale lo assumono gli infermieri. Nel mio lavoro di ricerca, per il conseguimento del Diploma in Cure Infermieristiche, ho voluto evidenziare il contributo delle cure infermieristiche nella promozione, prevenzione, educazione terapeutica e gestione integrata di un paziente diabetico. Per raggiungere gli obiettivi terapeutici è indispensabile che il paziente sia coinvolto nella cura all'interno di un percorso educativo. Dovrebbe essere motivato ad autogestire la propria patologia a lungo termine e ad assumersi la responsabilità della propria salute. L'aspetto educativo è una componente fondamentale della pratica infermieristica: gli infermieri non solo trascorrono più tempo con i pazienti ma possiedono anche le conoscenze e le abilità necessarie per migliorare il livello di competenze del paziente.



¹ L'Associazione Svizzera per il Diabete http://www.diabetesgesellschaft.ch/it/il-diabete/domande-frequenti

² The International Diabetes Federation (IDF) http://www.idf.org/sites/default/files/DA-regional-factsheets-2014_FINAL.pdf

La prevenzione del diabete

Il diabete è una malattia cronica con gravi complicanze invalidanti che riducono notevolmente la qualità di vita delle persone. Nel corso dell'ultimo decennio, l'aumento del tasso di obesità, lo stile di vita sedentario e l'invecchiamento della popolazione sono stati i principali fattori della diffusione del diabete. Viste le gravi conseguenze di questa patologia e le campagne di promozione della salute e prevenzione attuate negli ultimi anni, ci si aspetterebbe una sua graduale diminuzione. Tuttavia si osserva un aumento sia dell'incidenza sia della prevalenza, e risulta poco conosciuta dalla popolazione, molte persone ne sono affette senza saperlo. Mi chiedo quindi come agire per attivare tutta una serie d'interventi preventivi volti ad evitare o almeno ritardarne l'insorgenza, arrestarne la progressione e ridurne le complicanze.

La prevenzione del diabete si focalizza:

- sull'eliminazione dei fattori di rischio, consigliando un corretto stile vita
- sulla prevenzione delle complicanze attraverso controlli periodici ed esami diagnostici specialistici, per evitare le complicanze croniche del diabete.

Educazione terapeutica

Informazioni corrette e aggiornate sulla patologia, sulla terapia, sui controlli necessari, sulle complicazioni, sulla prevenzione e gestione sono parte integrante del progetto educativo, con un programma strutturato ed organizzato, che vede coinvolti più professionisti e prima di tutto il paziente stesso. L'obiettivo è ottenere un miglior controllo del diabete e dei fattori di rischio, sviluppando nelle persone la capacità di prendere decisioni promuovendo la loro autonomia, libertà e responsabilità.

Gli **infermieri**, nello specifico, hanno diversi compiti: valutare i bisogni e le conoscenze del paziente diabetico, gli aspetti psico-sociali e la sua qualità di vita, favorire l'autocontrollo, educarlo all'autogestione, aiutarlo a prevenire le complicanze acute e croniche, promuovere e mantenere il suo stato di salute e contribuire a favorire in lui l'accettazione della patologia e del programma terapeutico. L'approccio terrà ovviamente conto dei principi di andragogia, il cui massimo esponente è Malcolm Knowles, che propone un modello incentrato sulla comprensione della diversità dei bisogni e in-

teressi di apprendimento degli adulti sulla base di sei presupposti:

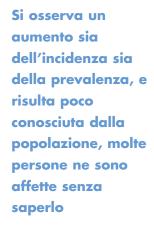
- 1 il bisogno di conoscere
- 2 il concetto di sé del discente
- 3 il ruolo dell'esperienza
- 4 la disponibilità ad apprendere
- 5 l'orientamento verso l'apprendimento
- 6 la motivazione.

Questo modello propone quindi il coinvolgimento diretto degli adulti, dunque del paziente. Informazione ed educazione sono due concetti ben diversi e vorrei sottolinearne la differenza fondamentale: da un processo passivo di semplice trasferimento di messaggi, si vuole invece fare emergere le risorse della persona e tutte le sue potenzialità, affinché sia più autonoma e capace di fare le proprie scelte consapevolmente.

I contenuti delle attività educative riguarderanno, quindi, l'adozione di uno stile di vita sano con l'assunzione di un'alimentazione bilanciata e il rispetto di un'adeguata attività fisica, la corretta gestione della terapia farmacologica, l'automonitoraggio della glicemia con capacità di interpretare i dati e prendere decisioni, la riduzione del rischio di complicanze acute e croniche, lo sviluppo di strategie personali di adattamento e promozione della salute. L'approccio empatico e l'ascolto attivo contribuiranno a creare un rapporto di fiducia con il paziente, per garantire sia l'adesione terapeutica, sia contatti regolari con il servizio di diabetologia.

Gestione integrata

L'assistenza alle persone con diabete, data la complessità della patologia e il numero sempre in aumento di casi, necessita di un passaggio da modelli tradizionali di assistenza, in cui le varie figure assistenziali (quali medici generici, specialisti, infermieri) agiscono in modo isolato, a modelli di assistenza continua, multi e interdisciplinare, che favoriscano l'integrazione degli interventi di presa a carico del paziente da parte dei diversi operatori. Molti Paesi occidentali stanno dunque orientando la loro politica sanitaria verso l'adozione di modelli assistenziali di gestione integrata. Tali modelli prevedono un approccio multidisciplinare e multiprofessionale: medici specialisti (diabetologo, angiologo, oftalmologo, nefrologo, chirurgo, ortopedico, ginecologo, psicologo, e infermieri specializzati del centro di diabetologia, medici di famiglia, infermieri di reparto o domiciliari, dietologi) con l'attivo





coinvolgimento del paziente, l'offerta di trattamenti efficaci, di un'adeguata informazione ed educazione terapeutica, e di un'assistenza continua con controlli periodici, la cui frequenza dipende dalla gravità del quadro cli-

La figura di riferimento, che fa da tramite e collante e si occupa di integrare i vari servizi, organizzando e coordinando gli incontri, gli interventi, le visite specialistiche e gli esami diagnostici, è l'infermiere specializzato in diabetologia. Egli stabilisce e concorda con il paziente il processo di educazione con obiettivi prioritari e secondari e coordina poi i vari interventi di educazione terapeutica.

L'obiettivo comune è fare in modo che il paziente raggiunga un sufficiente grado di autonomia nella gestione della patologia, offrendo un percorso condiviso di educazione terapeutica che inizia dalle sue rappresentazioni.

Autogestione

Il paziente diabetico rimane l'elemento centrale del sistema di gestione integrata. Egli va sempre considerato l'attore fondamentale delle scelte relative al piano di cura e con lui viene stabilito un vero e proprio patto di cura. Il coinvolgimento attivo delle persone nel percorso di cura (patient empowerment), è finalizzato all'acquisizione da parte dell'assistito e dei suoi familiari degli strumenti per autogestirsi e collaborare in forma proattiva con il medico e gli infermieri nella gestione del proprio stato di salute, implementando programmi di promozione e prevenzione.

Grazie al sostegno del centro di diabetologia, il paziente viene aiutato ad autogestir-

si, ad acquisire fiducia in sé stesso e sicurezza nella manipolazione del materiale terapeutico. Il paziente, infatti, deve poter prendere a carico sé stesso al meglio possibile, per evitare che un diabete mal controllato porti a conseguenze invalidanti che peggiorano la qualità di vita. Per fare ciò, vengono forniti al paziente gli strumenti adeguati all'autocontrollo della patologia, e le indicazioni su come curarsi in modo adeguato nel presente, spiegando che ciò può contribuire a diminuire il rischio di gravi complicanze future.

Alcune riflessioni conclusive

Attraverso il mio lavoro di ricerca ho appreso che controllare il diabete non significa solo correggere la glicemia, ma anche intervenire sullo stile di vita, sui fattori di rischio associati, ed identificare precocemente le complicanze, attraverso programmi di prevenzione ed educazione.

Per raggiungere gli obiettivi terapeutici è indispensabile che il paziente sia coinvolto nella cura all'interno di un percorso educativo. Egli, cioè, oltre ad essere consapevole dell'importanza degli obiettivi terapeutici e del loro significato, deve essere motivato ad autogestire la propria patologia a lungo termine e ad assumersi la responsabilità del proprio stato di

Gli infermieri possono offrire un servizio globale di sostegno, consulenza, educazione, prevenzione e trattamento terapeutico al paziente, ispirandosi ai principi della gestione integrata, cioè lavorando in équipe, in un'ottica multidisciplinare in cui ciascun membro ha un proprio ruolo definito e i cui interventi vengono pianificati integrandoli con quelli degli altri. Si può così sviluppare un piano di presa a carico del paziente globale e condiviso con tutta l'équipe e con il paziente, che deve rimanere l'elemento centrale.

Il Servizio di diabetologia può rappresentare una garanzia di successo del progetto educativo dinamico, in quanto il paziente viene seguito in modo costante, con periodiche visite programmate che danno un sostegno nella cronicità della malattia. Ad ogni visita si possono rilevare nuovi bisogni educativi o ritornare su precedenti obiettivi non ancora raggiunti, fornendo spiegazioni personalizzate e favorendo un clima di ascolto, comprensione, collaborazione e fiducia reciproca. Tutto ciò permette al paziente di raggiungere e mantenere una sufficiente autonomia nella gestione della patologia e una migliore qualità di vita.

*Serena Trombin: formazione infermieristica nel 2014 presso la SSSCI di Lugano e attualmente impiegata in un reparto di medicina dell'EOC.

Gli infermieri possono offrire un servizio globale di sostegno, consulenza, educazione, prevenzione e trattamento terapeutico al paziente, ispirandosi ai principi della gestione integrata

L'infermiere di famiglia è presente anche in Ticino

di Cesarina Prandi, Marina Santini *

Risultati preliminari della prima esperienza condotta alla SUPSI nel 2014-15



Da sinistra: Francisca Anaja Cintas, Cesarina Prandi, Marina Santini

Oggi la necessità di implementare nuovi modelli di pratica clinica assistenziale sul territorio è cogente OECD (1) colloca la Svizzera fra i paesi europei con il miglior sistema sanitario per rispondenza ai bisogni di salute dei cittadini e per efficienza. Individua l'entità del costo del sistema come un possibile problema soprattutto in previsione di trasformazioni complessive socio economiche e della transizione demografica e la diffusione delle malattie croniche. Sono disponibili alcuni consigli per fronteggiare una realtà che già manifesta i primi segnali di difficoltà. Sono cinque le aree di miglioramento indicate dall'OECD:

- l'area della gestione strategica e della disponibilità di migliori informazioni per il sistema
- l'area del finanziamento della sanità e degli accordi di acquisto al fine di realizzare nuovi e più efficaci obiettivi
- l'area del potenziamento e della pianificazione del personale sanitario nazionale volto ad assicurare che in futuro il sistema sanitario svizzero sia in grado di soddisfare le crescenti richieste e le variazioni dei modelli di morbilità
- l'area del potenziamento del processo di miglioramento della salute e garanzia della qualità dell'assistenza
- l'area del rafforzamento dell'efficienza nell'approvvigionamento e nella spesa farmaceutica

L'articolo 32 della legge sull'assicurazione malattie LAMal, richiama la necessità di prestazioni efficaci, adeguate ed economiche. È indubbio il richiamo al concetto di appropria-

tezza, che contiene al proprio interno la necessità di scelte basate sull'evidenza, sulle preferenze espresse dalle persone che si assistono, alla riflessione sull'esperienza clinica e dalle condizioni espresse nel contesto socio culturale locale. Nel documento "Cure infermieristiche in Svizzera – Prospettive 2020" del SBK-ASI viene ribadita la necessità che gli infermieri siano espressione di una professionalità all'avanguardia, pronto a sviluppare, valutandone i risultati nuovi modelli di assistenza. In particolare "Si tratta di produrre, descrivere, implementare e valutare programmi modello. Ne sono un esempio i servizi di promozione della salute, come le visite preventive a domicilio, oppure l'offerta di cure infermieristiche a persone che soffrono di malattie croniche fisiche o psichiche. Si dovranno valutare gli effetti delle cure domiciliari sullo stato di salute e sulla qualità di vita del paziente oppure sulla riduzione della durata e del numero di degenze in ospedale e strutture". (2) Oggi la necessità di implementare nuovi modelli di pratica clinica assistenziale sul territorio è cogente. Ma le indicazioni giungono molti anni or sono, e per certi versi sono state sottovalutate. Infatti l'OMS (3) nel 2000 indica agli stati membri lo sviluppo dell'infermiere di famiglia come provider assistenziale preposto ad una lettura dei bisogni più prossimo alle persone nei loro luoghi di vita quotidiana. In effetti già all'epoca veniva proposta una formazione avanzata di tipo specialista clinico, per mettere nelle condizioni gli infermieri di diventare leader nelle cure primarie (4). Questa formazione adattata al contesto socioculturale dei cittadini, dei professionisti e delle organizzazione dei servizi è diventata anche in Canton Ticino un percorso di Diploma of advanced studies a partire dall'anno accademico 2014-2015. Vogliamo qui presentare l'esperienza della prima edizione attraverso una prima valutazione dei risultati ottenuti.

Materiali e metodi

È stata analizzata la modalità e le risultanze della progettazione e della realizzazione del percorso formativo e sono stati considerati alcuni indicatori del processo formativo. A conclusione del percorso da parte di tutti gli studenti sarà possibile tracciare una valutazione anche dei risultati di apprendimento finale e successivamente di impatto.

La costruzione del progetto formativo

La Supsi a partire dal 2013 ha avviato, attraverso il Dipartimento di Sanità, uno studio di fattibilità del progetto di formazione basandosi sui seguenti fattori:

- nell'assistenza domiciliare gli infermieri sono esposti a sempre più importanti responsabilità
- sono coinvolti in prima persona in valutazioni sia delle condizioni del malato, che delle risorse di contesto compreso i famigliari e gli altri servizi
- svolgono il servizio a casa del malato con una scarsa possibilità di confronto istantaneo con colleghi più esperti (tipico delle strutture ospedaliere)
- basano le cure sulle informazioni che vengono fornite in un tempo differito rispetto al luogo di erogazione, si pensi al tempo e luogo della pianificazione, dell'erogazione, del passaggio di informazioni fra professionisti.

È stato istituito un gruppo di progetto che ha utilizzato una metodologia di analisi del contesto attraverso delle osservazioni dirette sul campo (SACD) e interviste a professionisti che prestano servizio direttamente. Le risultanze, che consistevano in 8 punti chiave, sono state presentate e analizzate con i responsabili dei servizi a livello del Cantone. Rispetto ai punti chiave proposti c'è stata totale condivisione e dichiarazione di aderenza al progetto. Sono state apportate alcune peculiarità di contesto come: la metodologia del lavoro di assessment assistenziale e gli aspetti di tutela della persona. È stata elaborata una seconda versione del progetto che è stato presentato ai direttori amministrativi e sanitari dei SACD, i quali a loro volta hanno espresso raccomandazioni, variazioni, integrazioni. Il vantaggio di questa metodologia è riconducibile alla possibilità di: 1) Confronto

continuo e diretto fra evidenze, raccomandate da tutti gli organismi internazionali, e la realtà locale che già opera e garantisce l'assistenza ai cittadini del Cantone; 2) Flessibilità del prodotto formativo che si andava a progettare, comunque in linea e coerenza con le indicazioni legislative, professionali e cliniche; 3) Sensibilizzazione dei soggetti coinvolti nelle fasi di discussione (SACD); 4) Apertura e contatto con la pratica clinica dei formatori (SUPSI).

Tipologia di progetto formativo

Il progetto formativo predisposto si basa sulla letteratura internazionale di riferimento all'istituzione di questa professionalità specialistica e

agli elementi forniti dal contesto (3, 4, 5), per rendere applicabile quando proposto e sperimentabile. Coerentemente e in continuità con la metodologia che la Formazione Continua del Dipartimento di sanità si era dotato negli anni, il Das è costituito da moduli didattici autonomi fra loro fortemente centrati sulle competenze che lo studente deve acquisire. Il DAS prevede una formazione che si svolge in dieci mesi, parallelamente all'attività professionale. Si tratta di 48 giorni di lezione e 5 di stage. L'impegno globale consente allo studente di acquisire 35 ECTS (ogni ECTS corrisponde a 30 ore di impegno per lo studente suddiviso fra lezione, esercitazione e studio personale). Come si può già evincere da quanto dichiarato, l'approccio educativo scelto si basa fortemente sull'andragogia (6), sul costruttivismo e socio costruttivismo. Vengono proposte esperienze di pratica riflessiva per al meglio comprendere la rilevanza dell'apprendimento e il valore teorico-pratico di esso, per costruire la competenza. Il programma del DAS in Infermiere di famiglia (7) è composto da moduli didattici: 3 comuni, 3 specifici e uno che li precede, rivolto a coloro che non hanno acquisito precedentemente competenze di utilizzo delle risorse della ricerca.

I partecipanti

Sedici sono gli infermieri che si sono iscritti in Ticino alla formazione DAS Infermiere di famiglia. Due avevano già acquisito un Das in psichiatria; 4 sono infermieri e 12 infermiere. I luoghi di provenienza lavorativa erano i SACD, gli SPITEX, gli infermieri indipendenti e le case anziani. Tredici hanno concluso la formazione superando tutti le prove di valutazione dei singoli moduli e stanno preparando il lavoro di Diploma. Tre si sono fermati prima della conclusione con l'intenzione di proseguire negli anni successivi.

Il progetto
formativo
predisposto si basa
sulla letteratura
internazionale di
riferimento
all'istituzione di
questa
professionalità
specialistica



I docenti

I docenti intervenuti nei moduli specifici del DAS Infermiere di famiglia provengono dall'ambito clinico per il 60% con provenienza dal Canton Ticino, il 30% provengono dal Canton Ticino e da altri Cantoni e si occupano di processi organizzativi, di integrazione delle cure e dei processi o sono stakeholders del Progetto formativo. Il 10% sono docenti provenienti dall'estero esperti del settore in cui sono intervenuti.

La metodologia didattica

Occuparsi dell'apprendimento vuol dire porre attenzione ai diversi fenomeni che intervengono nell'azione di Learning e la scelta delle metodologie occupa un posto centrale. Le metodologie utilizzate sono state concordate congiuntamente dai responsabili dei moduli con i docenti. Si basano sulle caratteristiche dell'apprendimento dell'adulto (5). In modo specifico è stato progettato e monitorato che almeno il 50% del tempo dedicato ai moduli specifici fosse centrato su esperienze pratiche he prevedevano sostanzialmente due tecniche didattiche: il case report e la pratica riflessiva. Gli studenti hanno così potuto sperimentare via via quanto veniva proposto su un piano teorico di aggiornamento alla pratica clinica avanzata e si sono dotati di una metodologia di revisione della pratica attraverso l'applicazione del pensiero critico e della riflessione strutturata.

Le valutazioni di apprendimento

Il processo di valutazione (8) si è articolato in due segmenti: la valutazione formativa, sviluppata prevalentemente attraverso l'accompagnamento pedagogico previsto dall'organizzazione della formazione continua in ambito di DAS; e la valutazione certificativa. Quest'ultima è stata condotta tendendo conto della varietà degli apprendimenti e quindi sono state progettate diverse tipologie di prove adattate anche al contenuto specifico del modulo. Il piano di valutazione si completa con la preparazione e successiva difesa del Lavoro di diploma che gli studenti si trovano a condurre nel periodo fra giugno e novembre in coerenza a quanto richiesto agli studenti appartenenti agli altri DAS.

La valutazione dei risultati

La metodologia utilizzata per condurre la valutazione dei risultati del percorso formativo si riferiscono al modello di Kirkpatrick, Kraiger e Alliger che prevedono che i risultati siano osservati e valutati da: discenti, formatori e organizzatori e che siano osservati fattori inerenti il soggetto in apprendimento, soggetti formatori, contesto di formazione e contesto di lavoro. La valutazione degli stu-

denti è stata condotta con il sistema di rilevazione in uso in Supsi che richiede di accedere alla piattaforma interna al termine di tutte le lezioni e di compilare online la valutazione richiesta. In una scala likert a sei punti la valutazione globale del corso è stata di 5 nel 62% dei rispondenti, del 15% rispettivamente 4 e 6. Un soggetto ne dà una valutazione 2. Così rispetto alla valutazione dell'importanza del corso nei punteggi 4, 5, 6 si colloca oltre il 90% dei rispondenti con il 76% che rispondono 5 e 6. Sono rilevanti e di interesse per la loro controtendenza i dati relativi alla valutazione dell'articolazione dei moduli, in cui il 50% dà un valutazione 4, e solo l'8% affida 6 alla propria valutazione. Nell'item sulla valorizzazione delle proprie esperienze l'85% ne dà una valutazione fra 4 e 5 e il 15% 6.

I docenti hanno riportato prevalentemente dei dati concordanti rispetto all'interesse dimostrato dai partecipanti, alle domande poste in termini di pertinenza e coerenza; le difficoltà sono relative alla concentrazione sul programma integrato, al confronto fra colleghi, alle attività di riflessione.

Conclusione

La formazione continua rappresenta una delle principali forme di mantenimento e sviluppo delle risorse persone – professionisti che si possa adottare. Essa deve via via rispondere in maniera situata alle esigenze dei cittadini e per certo nel settore sanitario questi bisogni vanno intercettati, accolti e trasformati in politica sanitaria. Una formazione che sia basata sulla costruzione delle competenze (9, 10) agite dai professionisti, cioè da quella composizione di conoscenza, abilità e destrezza che permetta agli infermieri di andare oltre il fare bene, verso il fare pensato e adattato alla situazione complessa. L'assistenza infermieristica a domicilio fornita nel futuro a un numero sempre maggiore di persone, con casi clinici assistenziali sempre più complessi per le loro caratteristiche sia sanitarie che economicosociali potrà essere un volano sia per garantire la qualità del servizio, che per rendere maggiormente autonomi e aderenti i malati medesimi, e ad evitare dei ritardi negli interventi di aggravamento dei malati cronici, o di integrazioni di differenti servizi presenti sul territorio.

*Cesarina Prandi Responsabile del Das Infermiere di famiglia – Docente ricercatrice al DEASS – SUPSI; **Marina Santini**, responsabile del Modulo 5 del Das Infermiere di famiglia e Direttrice Sanitaria ALVAD di Locarno

L'articolo e le relative tabelle sono consultabili sul sito www.asiticino.ch

Bibliografia

- (1) OECD, Valutazione e raccomandazioni- consultato file:///C:/Users/Cesarina/Dow nloads/Sommario+rapporto+O CSE.pdf (8-7-2015)
- (2) SBK, ASI, Cure infermieristiche in Svizzera Prospettive 2020, 2011
- (3) WHO, The family health nurse context, conceptual framework and curriculum, 2000 (4) ICN, Fornire qualità servendo la comunità: infermieri leaders nell'assistenza sanitaria primaria, 2008
- (5) Schroeder, M., Affara, F.(2001) L'infermiera di famiglia. Linee guida per l'esercizio professionale. Elaborato per l'ICN, tradotto e stampato a cura di CNAI. Acqui Terme: Impressioni grafiche Aqui Terme
- (6) D. Knowles, Quando l'adulto impara, Franco Angeli, 1996
- (7) Prandi Cesarina, Piano di studio, Diploma of advanced studies di Infermiere di famiglia, 2014-15 Disponibile in www.supsi.ch/deass
- www.supsi.cn/ deass
 (8) Lichtner M., La qualità delle azioni formative, Franco Angeli.
 (9) Levati, W., Saraò, M.V. Il modello delle competenze: un contributo originale per la definizione di un nuovo approccio all'individuo e all'organizzazione nella gestione e sviluppo delle risorse umane, Franco Angeli, 1998
 (10)Le Boterf G., Costruire le competenze individuali e collettive, Guida, 2008

La complessità della gestione di malattie di lunga durata

di Laura Canduci e Andrea Cavicchioli*

a ricerca testimonia che la multi morbilità, le comorbilità multiple o la presenza di più patologie croniche sono eventi comuni e aumentano notevolmente la complessità della gestione della malattia nei pazienti. Nelle nazioni sviluppate, circa un adulto su quattro ha almeno due patologie croniche e il numero di patologie aumenta con l'avanzare dell'età (Barnett et al., 2012; Boyd and Fortin, 2010). Spesso il termine "multimorbilità" è utilizzato come sino-nimo di "comorbidità", in realtà il primo indica la coesistenza di due o più condizioni croniche, mediche o psichiatriche, tra le quali non vi è una relazione causale in cui una non è necessariamente più centrale rispetto alle altre (Boyd and Fortin, 2010). La comorbilità invece indica tecnicamente una condizione o condizioni che coesistono nel contesto di una malattia principale (ibidem), ma entrambe le condizioni comportano una presa a carico complessa sia per le risorse che per il numero di operatori coinvolti che, infine, per gli esiti di salute (Harrison et al. 2014). La multimorbilità influenza direttamente la qualità della vita, la capacità di lavorare, la capacità funzionale, la disabilità e l'aspettativa di vita, ma soprattutto è associata con l'utilizzo elevato di risorse sanitarie.

È ormai noto che l'aumento della speranza di vita comporta un numero crescente di pazienti anziani con co-patologie da gestire per periodi lunghi e un notevole costo per i sistemi sanitari. (Giustini and Thiry, 2013). Le persone con malattie croniche multiple sono più a rischio di esito negativo per la salute, necessitano di frequenti incontri clinici, spesso con più fornitori che rappresentano diverse discipline, ed entrano in contatto con molti ambienti sanitari (ambulatorio, ospedale, pronto soccorso, strutture di degenza a lungo termine o di riabilitazione, assistenza domiciliare) (Boyd and Fortin, 2010). I passaggi attraverso i differenti luoghi di cura, in particolare per i pazienti complessi, sono stati identificati come opportunità ad alto rischio di errori medici (Zwarenstein, Goldman, Reeves, 2009).

È stato stimato che, negli Stati Uniti, un paziente anziano con 1 condizione cronica vede 4 diversi operatori sanitari in 1 anno e questo numero aumenta a 14 in presenza di 5 diverse condizioni croniche (Fraccaro et al., 2015). Aumentando il numero di professionisti sanitari coinvolti si crea una esplosione combinatoria di interfacce di comunicazione e, per il paziente, una maggiore difficoltà a comprendere, ricordare e seguire le indicazioni di cura (Fraccaro et al., 2015). In particolare i problemi maggiori si possono riscontrare nell'assenza di piani di assistenza congiunti, nella fornitura di raccomandazioni e informazioni contraddittorie da parte dei diversi sanitari, nei costi inutili e nel peso del trattamento.

Il coordinamento di un piano di assistenza uniforme è certamente una componente essenziale per garantire un' assistenza di alta qualità ai pazienti complessi e deve avvenire attraverso una stretta comunicazione tra tutti gli attori della cura (caregivers formali e non) (Fraccaro et al., 2015). La comunicazione diretta tra pazienti, operatori sanitari, caregivers informali è spesso il modo migliore per colmare le lacune di conoscenza e ottenere il consenso informato; anche le cartelle cliniche elettroniche facilitano l'accesso e la condivisione di informazioni tra i professionisti e sono utili per coordinare le cure (Whitson and Boyd, 2014). Nonostante i diversi strumenti a disposizione, i vincoli di tempo della maggior parte delle pratiche cliniche e l'andamento fluttuante nel tempo, tipico delle patologie croniche e delle polimorbidità, rendono difficile la coordinazione di un piano di assistenza globale. A questi fattori si aggiunge l'influenza che i caregivers informali hanno sull'adesione e il processo decisionale del paziente (Boyd and Fortin, 2010).

Continuità delle cure

Studi recenti dimostrano come la continuità delle cure, definita come una partnership duratura tra paziente e clinico, è considerata un elemento centrale della qualità delle cure (McAlister et al., 2013), ma è resa difficoltosa dai cambiamenti nella gestione della sanità, compresi gli spostamenti verso pratiche di gruppo multidisciplinari e la discontinuità dell'accesso ai professionisti.

Talvolta i ruoli dei professionisti non sono chiari per i pazienti, i loro caregivers e per i professionisti stessi.

Quest'ultimo fattore, associato all'incertezza della traiettoria della malattia e la mancanza di collaborazione tra operatori sanitari, costituisce una ulteriore barriera per una cura efficace (Oishi and Murtagh, 2014).

Vi è dunque un interesse notevole nella comprensione del ruolo della continuità delle cure nel determinare gli esiti sanitari (Shin et al., 2014).





Il coordinamento di un piano di assistenza uniforme è certamente una componente essenziale per garantire un' assistenza di alta qualità

Approfondimenti



Teoricamente, un "medico personale", che ha accumulato nel tempo la conoscenza della storia e dei valori del paziente, potrebbe fornire una migliore assistenza

Uno studio di coorte retrospettivo (Staples, Thiruchelvam, Redelmeier, 2014) in 21 ospedali di cure acute in Canada (Greater Toronto and Hamilton Area) impostato tra il 1995 e il 2010, ha testato l'ipotesi che la riammissione di un ospedale alternativo sia associato ad un aumento della mortalità rispetto alla riammissione nell'ospedale del primo ricovero (pazienti riammessi entro 30 giorni dopo la dimissione). È stato costatato che la riammissione in un ospedale alternativo è associata con un più alto rischio di morte rispetto alla riammissione in ospedale originale.

In Corea del Sud, uno studio di coorte (Shin et al., 2014) su un campione casuale (3%) arruolato tra gli iscritti al Korean National Health Insurance ha mostrato che a indici più bassi di continuità assistenziale corrispondono indici più elevati di mortalità e eventi infausti, nonché maggiori costi di cura. La discontinuità di cura tra i diversi professionisti della salute è una fonte importante di problemi di sicurezza, in particolare per i pazienti polimorbidi.

Poiché la continuità delle cure è un buon predittore di outcome positivi nei pazienti, teoricamente, un "medico personale", che ha accumulato nel tempo la conoscenza della storia e dei valori del paziente, potrebbe fornire una migliore assistenza con costi inferiori. Inoltre prima della dimissione, i pazienti dovrebbero essere informati dei potenziali vantaggi, nel caso siano richieste cure di emergenza, di una eventuale riammissione al loro ospedale di partenza (Shin et al., 2014; Staples et al., 2014). La considerazione di persone con multimorbilità è essenziale nella progettazione e valutazione dei sistemi sanitari. Le persone

con multimorbilità dovrebbero ricevere un approccio incentrato sul paziente e sulla famiglia e la comprensione di come fornire questo tipo di assistenza, in modo efficace ed efficiente, è un enorme sfida e un'opportunità, per tutti i professionisti della salute (Boyd and Fortin, 2010). L'obiettivo di questo lavoro è di esplorare la complessità della presa a carico di eventi di malattia in funzione della loro durata e del numero di professionisti intervenuti (singolarmente o in team).

Materiali e metodi

È stata eseguita un'indagine descrittiva.

I dati presentati in questo articolo sono stati raccolti a complemento della presentazione del Prof. Andrea Cavicchioli "Gli aggiustamenti del governo clinico: riposizionare le modalità dei percorsi assistenziali alle nuove emergenze", nell'ambito della Giornata di studio "La sfida della continuità assistenziale nel sistema sanitario che cambia" organizzata in collaborazione da ASI SBK Ticino e SUPSI DE-ASS, svoltasi l'11 dicembre 2014.

Il campione è rappresentato dai partecipanti alla giornata di studio (n. 340 fonte ASI SBK Ticino). Si tratta di infermieri professionisti attivi nella pratica, iscritti e non all'Associazione Svizzera Infermieri, studenti SUPSI del Bachelor in Cure Infermieristiche (3° sem.), studenti SUPSI di formazione continua (DAS e Mas in clinica), Docenti SUPSI in Cure infermieristiche. Per la rilevazione dei dati è stato utilizzato un questionario creato appositamente, ad autocompilazione, composto da 6 domande a risposta multipla. È stato richiesto di pensare ad un evento di malattia, concluso o ancora in cor-

Approfondimenti

so, di qualsiasi tipo, accaduto a qualcuno molto prossimo al compilatore del questionario e di descrivere: la durata dell'evento, la sua risoluzione, quanti professionisti sono interventi singolarmente e quanti team di curanti, se sono state fatte scelte di modifica del percorso terapeutico e se queste ultime sono state influenzate dalla consultazione in internet.

L'analisi dei dati è stata eseguita utilizzando il programma SPSS.

Risultati

Dei 250 questionari distribuiti, ne sono pervenuti 167 (66.8 %), tutti valutabili.

La durata degli eventi di malattia segnalati è stata nel 65.8% superiore alle due settimane e nel 38.3% superiore o uguale a 3 mesi.

La risoluzione dell'evento è stata complessivamente favorevole in 67 casi (40.1%), 38 dei quali (56.7%) con una durata dell'evento inferiore alle due settimane.

Nel 47.8% (N= 80) dei casi il problema è cronico e/o sono in corso ancora dei trattamenti e degli accertamenti, in particolare negli eventi di durata ≥ ai tre mesi (71.8%; N=

La conclusione infausta (11.9%) corrisponde in particolare a eventi di durata superiori alle due settimane (N=10).

In 58 casi (34.7 %) sono intervenuti 4 o più professionisti , in particolare nelle situazioni con una durata \geq ai tre mesi (N= 37).

Nei casi di breve durata, < alle due settimane (N= 57), non vi è l'intervento di professionisti nel 21 % dei casi (quindi si è proceduto con un comportamento di autocura), mentre nel 10, 5 % dei casi intervengono 4 o più professionisti.

Nei casi di lunga durata, ≥ ai tre mesi, intervengono nel 49.2 % dei casi (N= 31) 3 o più team curanti.

Nei casi in cui l'evento di malattia si è risolto si evidenzia un maggior coinvolgimento di un unico professionista (38.8%) o di nessun team curante (44.6%).

Nelle situazioni croniche o dove i trattamenti sono in corso, si evidenzia il coinvolgimento di 4 professionisti e oltre rispettivamente nel 40% e 45.7% dei casi.

In più della metà delle situazioni (54.5%) in cui sono in corso i trattamenti, vengono coinvolti tre o più team curanti.

Anche nei casi in cui l'evento ha avuto un esito infausto (decesso) sono stati coinvolti numerosi professionisti: 4 o più professionisti nel 55 % dei casi e/o tre e oltre team curanti nel 65% dei casi.

Rispetto ai 167 eventi di malattia, 151 perso-

ne hanno risposto alla domanda inerente la consultazione di internet, da parte loro o del paziente; di questi il 60.9 %(N= 92) ha dichiarato che vi è stata una consultazione in internet per avere maggiori informazioni. Il consulto maggiore (44.5%) è avvenuto per i casi di durata ≥ ai 3 mesi.

Solo il 13.4 % (N= 12) di coloro che hanno consultato internet dichiara che questo ha portato modifiche nel percorso terapeutico, nel 76.9 % (N= 70) non è stato modificato il percorso, il 10.8% (N= 10) dichiara di non sapere.

Discussione

Questo studio descrittivo, seppur con un campione di popolazione limitato, mostra la prevalenza di eventi di malattia di lunga durata per presenza di patologia cronica o necessità di trattamenti e accertamenti sul lungo termine, in particolare per gli eventi di durata ≥ ai tre mesi (38.3%).

L'intervento di lunga durata e la presenza di più team curanti fa supporre la presenza di polimorbidità o comorbidità, comunque la presa in carico di situazioni complesse. In effetti, il campione dichiara che nel 47.8% (N= 80) dei casi il problema è cronico e/o in corso ancora di trattamenti e accertamenti.

La prognosi appare favorevole se i casi sono di breve durata e quindi di complessità minore. Complessivamente un minor coinvolgimento

di professionisti e/o di team curanti si evidenzia nei casi di breve durata e con una risoluzione dell'evento malattia.

I dati di maggiore coinvolgimento di professionisti trovati sono allineati alla letteratura, nella quale si evidenzia che ai casi di maggior complessità e durata corrisponde un maggior coinvolgimento di professionisti (Fraccaro et al., 2015; Boyd and Fortin, 2010).

Nello studio 92 individui dichiarano che vi è stata una consultazione in internet; si evidenzia come tale bisogno sia maggiore nei casi di durata ≥ ai 3 mesi, ma non abbia sostanzialmente modificato il percorso terapeutico definito. Il fatto che siano state ricercate fonti di informazione in internet può far supporre che un aumento della complessità della comunicazione sia intervenuta tra professionisti, pazienti e caregiver informali.

Conclusioni

I risultati di questo semplice studio esplorativo sono allineati a quanto mostrato dalla letteratura in ordine al rapporto direttamente proporzionale fra lunghezza degli eventi di malattia, presenza di malattie croniche e aumen-

Numerose sono le possibili piste di ricerca che potrebbero derivare da queste semplici conclusioni

Approfondimenti

to di accertamenti e trattamenti. È ancora in linea con la letteratura indagata il risultato che, ad aumento della lunghezza dell'evento di malattia, corrisponde un incremento di professionisti e team curanti coinvolti nel percorso diagnostico/terapeutico. Numerose sono le possibili piste di ricerca che potrebbero derivare da queste semplici conclusioni; fra queste, una di quelle che appare di più diretto interesse per la professione infermieristica, potrebbe riguardare lo studio dell'influenza dell'infermiere nel determinare modifiche nei percorsi di cura, e/o nell'uso delle risorse sanitarie a disposizione. Appare inoltre evidente come la questione del coordinamento fra i curanti risulti essere una questione centrale nei percorsi di cura che accompagnano gli eventi di malattia.

*Laura Canduci, Docente- ricercatrice, SUPSI Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale, CH

Andrea Cavicchioli, Professore, SUPSI Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale, CH Corresponding author: laura.canduci@supsi.ch

L'articolo e le relative tabelle sono consultabili sul sito www.asiticino.ch

Bibliografia

Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. The Lancet, 380(9836), 37-43

Boyd, C. M., Fortin, M. (2010). Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design. *Public*

Health Rev, 32(2), 451–474.
Fraccaro, P., Arguello Castelerio, M., Ainsworth, J., & Buchan, I. (2015). Adoption of Clinical Decision Support in Multimorbidity: A Systematic Review. JMIR Medical Informatics, 3(1), e4. http://doi.org/10.2196/medinform.3503

Giustini, S., Thiry, S. (2013). Medicina Generale, multimorbilità e politera-

pia nei pazienti anziani. *Rivista SIMG*, 6, 11–4. Harrison, C., Britt, H., Miller, G., & Henderson, J. (2014). Examining dif-

Harrison, C., Britt, H., Miller, G., & Henderson, J. (2014). Examining different measures of multimorbidity, using a large prospective cross-sectional study in Australian general practice. *BMJ open*, 4(7), e004694. McAlister, F. A., Youngson, E., Bakal, J. A., Kaul, P., Ezekowitz, J., & van Walraven, C. (2013). Impact of physician continuity on death or urgent readmission after discharge among patients with heart failure. *Canadian Medical Association Journal*, cmaj-130048.

Shin, D. W., Cho, J., Yang, H. K., Park, J. H., Lee, H., Kim, H., E. (2014). Impact of Continuity of Care on Mortality and Health Care Costs: A Nationwide Cohort Study in Korea. The Annals of Family Medicine, 12(6), 534-541

http://doi.org/10.1370/afm.1685

Staples, J. A., Thiruchelvam, D., & Redelmeier, D. A. (2014). Site of hospital readmission and mortality: a population-based retrospective cohort study. CMAJ Open, 2(2), E77-E85.

http://doi.org/10.9778/cmajo.20130053 Whitson, H. E., Boyd, C. M. (2014). Managing multiple comorbidities. Up-

Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. In The Cochrane Collaboration (A C. Di), Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley &

http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000072.pub2



Collabora anche tu!

Cari Colleghi,

Se desideraste 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

L'Educazione Terapeutica

Jean Philippe Assal

aureato in medicina Jean Philippe Assal osservò all'inizio della sua carriera di aiuto all'Ospedale Cantonale Universitario di Ginevra che nelle malattie croniche molti ricoveri erano dovuti alla cattiva osservanza da parte del paziente delle terapie prescritte. Si pose allora il problema di come migliorare questa osservanza. Dalle sue riflessioni nacque l'Educazione terapeutica. Nel 1975 Assal aprì l'Unità per l'insegnamento nel trattamento del diabete nell'ambito dell'Ospedale di Ginevra. Nel '95 l'Unità divenne la Divisone per l'educazione terapeutica nelle malattie croniche. Consulente dell'Organizzazione mondiale della sanità, Assal ha fondato nel 79 il Gruppo di studio sull'educazione nel diabete nell'ambito della Associazione europea per lo studio del Diabete.

L'educazione terapeutica, l'insieme di conoscenze e sensibilità che permette al personale sanitario di orientare davvero il paziente verso un rispetto delle terapie prescritte e un autocontrollo reale è l'oggetto di un corso postuniversitario dedicato a medici, infermieri dietisti o personale amministrativo che si confrontano con le malattie croniche.

La prescrizione medica

Ginevrino, Jean Philippe Assal è uno dei pochi studiosi ad avere approfondito quel che avviene dopo la prescrizione, reinterpretata dai malati cronici. Solo uno o due su cinque pazienti cronici seguono correttamente le prescrizioni del medico. La grande maggioranza adotta una propria versione della terapia. La terapia di un paziente cronico richiede una serie di comportamenti che incide su tutti gli aspetti della vita di una persona: lavoro, amici, tempo libero, abitudini alimentari e di vita. Al paziente cronico il medico proibisce mille attività, ne impone cento altre. Chiede di prendere a orari definiti decine di pillole al giorno. Ci sono patologie la cui terapia richiede al paziente tre ore di impegno al giorno. Altre, come il diabete, chiedono una decina di atti fra misurazioni e iniezioni. E questo ogni giorno per tutta la vita. Il medico fa bene, ma fa presto a scrivere su un foglio: faccia quattro controlli della glicemia e tre insuline al giorno. Si parla allora di cambiare completamente la vita di una persona, e anche l'immagine che il paziente ha di sé stesso. Nella patologia cronica il malato deve ricostruire l'idea che ha di sé stesso intorno alla malattia. Le patologie acute, invece, per gravi che possano essere, hanno un tempo definito. Nella maggior parte dei casi poi sono seguite in ospedale, dove il paziente segue la terapia, è passivo, è portatore di una patologia. Nella malattia cronica il paziente è questa malattia, ci convive e la qualità della relazione con il medico diviene centrale. Il fatto è che le malattie croniche oggi sono sempre più diffuse: l'80% delle visite mediche è dovuto a malattie croniche. Difficilmente la malattia cronica sarà ben curata se manca un'ottima relazione paziente – medico.

A proposito di "compliance"

I medici spesso dicono del paziente che 'non collabora'; ma perché non collabora? Chi dovrebbe creare e gestire la sua motivazione? Il fatto è che il paziente cronico segue un iter psicologico ben preciso che parte, è normale, con la negazione della malattia e arriva alla accettazione. Dall'accettazione si passa a quell'atteggiamento di sfida che è il più fruttuoso: "Bene: ho il diabete, l'asma bronchiale, l'epatite... ma se seguo certe regole posso condurre una vita normale e lunga". Ma questo tragitto è molto complesso, prevede passaggi intermedi e binari morti. Se i curanti non gestiscono questo processo, alla accettazione non si arriverà mai.

Un passaggio molto frequente è la contrattazione: il paziente dice: "Va bene: ho il diabete ma accetto solo una parte delle indicazioni che mi è stata data non farò quattro controlli al giorno della glicemia ma solo due", oppure "Va bene ho l'epatite cronica ma un bicchiere di vino a pasto ogni tanto me lo bevo". Se il rapporto con il medico/curante non è buono, il paziente nega, non racconta il suo vissuto della malattia. E finisce col fare anche degli errori: magari aumenta la dose di farmaci o li cambia, convinto che non siano efficaci. E invece la terapia era giusta, solo che mancava una educazione terapeutica.

Relazione medico/paziente

Il medico dovrebbe chiedere al paziente cosa sia per lui la patologia, dovrebbe capire come il paziente ha ricostruito la sua vita intorno alla patologia. A quel punto è facile individuare i problemi. Chiedere: "Ha seguito le mie prescrizioni?" è inutile. Meglio chiedere con aria noncurante: "Trova difficile seguire la terapia?", "Come riesce a conciliarla con la sua vita lavorativa o di svago?". Sicura-





J.P. Assal e A. Lacroix

Invito alla lettura

mente la capacità di educare alla terapia dovrebbe essere parte del bagaglio formativo dei medici. Ma non è certo l'unica tra le sfide che la malattia cronica ci pone!

Un medico espertissimo deve contrattare con una persona che ha una cultura e conoscenze completamente differenti, di fatto il paziente dovrebbe co-decidere per garantire l'autogestione corretta della malattia cronica. È difficile perché la medicina conosce solo l'accettazione piena e completa da parte del paziente. Seguendo la sua identità professionale il medico continua a seguire il paradigma ospedaliero e vede nella contrattazione una insubordinazione, una perdita di potere e di controllo. Del resto si può capire questo atteggiamento. Contrattare vuol dire anche correre dei rischi. A meno che il medico non sia così abile da applicare la terapia ideale dando l'impressione di essere sceso a un compromesso. L'alternativa è che il medico impone una terapia e il paziente non la segue e non glielo dice. Il rischio di crisi è uguale, anzi è molto maggiore. Nel primo caso però il medico gestisce il processo, nel secondo non lo gestisce. Del resto, come si fa a insegnare a un bambino ad andare in bicicletta? Gli si consegna un dépliant divulgativo? Si fa una conferenza? In una prima fase si tiene in equilibrio la bicicletta. Subito dopo si starà vicino pronto a intervenire se il bambino cade. E cade, di sicuro! Si fa male? Sì, probabilmente sì, un pochino. Ma bisogna essere lì a gestire questo processo. Se cade troppo spesso magari abbasso il sellino, cambio bici.

L'importanza della condivisione

Il paziente dovrebbe trovare un ambiente favorevole all'espressione del suo vissuto, dovrebbe potere parlare liberamente. Dipenderà della relazione di fiducia stabilita dal primo consulto e costruita man mano nel tempo. Alla mancanza di controllo il medico preferirà una terapia meno efficace ma seguita. Una prescrizione non condivisa dal paziente non serve a nulla, il nostro lavoro è compiuto solo quando il paziente ha accettato quello che gli si sta dicendo.

Sintesi di Isabelle Avosti

Informazioni

Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana



Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale





Giornata di studio

ABITARE LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE NELLA SOCIETÀ DEI "PAZIENTI PER SEMPRE"

Organizzata dall'Associazione Svizzera Infermiere/i Sezione Ticino e dalla Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana – Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale

giovedì 10 dicembre 2015

aula magna SUPSI, Trevano

Agenda

CALENDARIO ATTIVITÀ ASI-SBK SEZIONE TICINO

(non esaustivo, vedere sul sito gli aggiornamenti)

CORSI - CONFERENZE - ATELIER - ASSEMBLEE SETTEMBRE 2015 - APRILE 2016

00.00.	MELLIN MOSEMBLE SETTEMBRE 2015				
DATA	CORSO	TERMINE ISCRIZIONE	ANIMATORE	PARTECIPANTI	LUOGO
29 settembre 2015	Alzheimer: la malattia, la comunicazione, l'assistenza al paziente	26.08.2015	Tomasoni Ortelli Michela	operatori ramo socio-sanitario	Bellinzona
5 - 6 ottobre 2015	Tecnica zonale cromatica	02.09.2015	Maglio Antonio	operatori ramo sanitario formazione base in riflessologia	Bellinzona
5 ottobre 2015	Scelte nel fine vita	02.09.2015	Tosi Imperatori Daniela	operatori ramo socio-sanitario	Lugano
7 ottobre 2015	Corso base di elettrocardiografia	07.09.2015	Calzari Sergio	infermieri operatori sociosanitari	Lugano
8 — 9 ottobre 2015	Come il disagio moderno dei disturbi d'ansia (paure, fobie, attacchi di panico, pensieri operatori sociosanitariessivi) condiziona la relazione terapeutica? Indagine fra il nostro passato e l'attuale empatia con i pazienti	07.09.2015	Santoro Vincenzo	operatori ramo socio-sanitario	Mendrisio
12 ottobre 2015	Sintomi complessi in Cure Palliative: dolore, total pain, dispnea e stato confusionale	09.09.2015	Bardelli Donata Monteverde Maja	infermieri	Lugano
13 ottobre 2015	Igiene orale nelle cure	09.09.2015	Scaroni Milena	operatori ramo sanitario	Lugano
16 ottobre 2015	Le demenze precoci: malattie che si vorrebbero dimenticare o patologie emergenti da non scordare?	14.09.2015	Bodeo Alfredo	operatori ramo socio-sanitario	Mendrisio
19 – 20 ottobre 2015	Conoscenza delle dinamiche di gruppo	16.09.2015	Cavolo Mariano	aperto a tutti	Chiasso
22 ottobre 2015	Processo delle cure: difficoltà di applicazione	21.09.2015	Abbondanza Anna	infermieri assistenti geriatrici operatori sociosanitari	Lugano
2 novembre 2015	La riflessologia del piede come mezzo comunicativo: interpretazione e comportamento	30.09.2015	Maglio Antonio	operatori ramo sanitario formazione base in riflessologia	Bellinzona
4 novembre 2015	Alla ricerca della salienza: la decisione clinica orientata dai principi etici e dal senso di responsabilità	30.09.2015	Manara Duilio F. Moranda Dina	infermieri	Mendrisio
6 novembre 2015	La solitudine e la depressione dell'anziano	05.10.2015	Poletti Barbara	operatori ramo socio-sanitario	Chiasso
10 novembre 2015	Narrazione cura e identità	07.10.2015	Pezzoli Lorenzo	infermieri assistenti geriatrici	Lugano
12 novembre 2015	Uno sguardo in CPA: la realtà della Casa per Anziani nel 2015	12.10.2015	Cariboni Bruno Musso Christian	infermieri	Giubiasco
16 — 17 novembre 2015	Come diventare infermiere indipendente: aspetti legali, procedura ed esercizio della funzione	13.10.2015	Beretta Alessandro & Johnny Ferrari Grandi Nadia Marvin Giovanni	infermieri	Chiasso
19 — 20 novembre 2015	Intelligenza emotiva: la razionalità al cospetto dell'emozione. Scontro o sfida fra ragionamento logico e gestione delle pulsioni emotive	19.10.2015	Santoro Vincenzo	operatori ramo socio-sanitario	Mendrisio
25 novembre 2015	Il ruolo di formatore nella prassi infermieristica	21.10.2015	Tosi Imperatori Daniela	infermieri	Lugano
30 novembre 2015 1 — 2 dicembre 2015 4° giorno da definire	Affrontare situazioni difficili sviluppando abilità relazionali	27.10.2015	Gasparetti Patrizia	aperto a tutti	Bellinzona
4 dicembre 2015	Primi soccorsi a domicilio	02.11.2015	formatore diplomato	infermieri assistenti geriatrici	Lugano
14 — 15 dicembre 2015	Prendersi cura del curante	11.11.2015	Sangiovanni Barbara	aperto a tutti	Novazzano
16 — 17 — 18 dicembre 2015 3 — 4 febbraio 2016 4 — 5 — 6 aprile 2016	Riflessologia del piede: parte neuro-muscolare	16.11.2015	Maglio Antonio	operatori ramo sanitario formazione base in riflessologia	Bellinzona
17 dicembre 2015	Farsi capire e "amare" dai propri pazienti. Migliorare le abilità di comprensione etica e lo stile comunicativo e decisionale dell'infermiere in Ticino, oggi	16.11.2015	Cattorini Paolo Marino	aperto a tutti	Chiasso

Per informazioni ed iscrizioni: Segretariato ASI-SBK Sezione Ticino Tel. 091/682 29 31 - Fax 091/682 29 32 - e-mail: segretariato@asiticino.ch