



info

Periodico d'informazione sulle attività dell'associazione svizzera infermiere/i
Allegato alla rivista "Cure infermieristiche" N. 6/24

Sezione Ticino
Giugno 2024 - n. 2

Speciale cure palliative

Fonte: iStock



Calendario attività ASI-SBK
GIUGNO 2024

www.asiticino.ch



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

Allegato alla rivista
"Cure infermieristiche" 6/24

Segretariato ASI

Via Simen 8
CH-6830 Chiasso
Tel. 091 682.29.31
Fax 091 682.29.32
E-mail:
segretariato@asiticino.ch
Sito internet:
www.asiticino.ch

Redazione

Mariano Cavolo
Nikola Keller
Roberto Guggiari

Supervisione

Segretariato

Grafica e stampa

Arti grafiche Veladini, Lugano
www.veladini.ch

Copertina:
iStock

Accogliamo con piacere, articoli,
progetti da pubblicare, non esitate
a contattarci all'indirizzo:
segretariato@asiticino.ch.
Le indicazioni in merito alla forma
del testo sono pubblicate sul sito
della sezione e possono essere
scaricate direttamente:
www.asiticino.ch/index.php?id=96

SOMMARIO

Giugno 2024 - n. 2

- 3** Editoriale
(a cura di Ilaria Bernardi Zucca - *Ospite*)

Speciale cure palliative

- 4** Le cure palliative in Ticino
(a cura di Anna de Benedetti)
- 6** La clinica di cure palliative e di supporto,
Ente Ospedaliero Cantonale
(a cura di Micaela Mare e Tanja Fusi-Schmidhauser)
- 8** Evoluzione ruolo infermieristico
nelle cure palliative – una riflessione critica
(a cura di Philip Larkin)
- 10** L'interprofessionalità nelle cure palliative
(a cura di Chiara Mastroianni)
- 12** Il valore della consulenza in cure palliative:
un'onda a beneficio di pazienti, familiari
ed équipe curante
(a cura di Andrea Banfi)

Informazioni

- 15** Verbale Assemblea Generale

Agenda

- 16** Calendario corsi

Le cure palliative in Ticino

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le cure palliative come *la cura attiva, totale dei pazienti la cui malattia non risponde più ai trattamenti curativi e attribuisce importanza fondamentale al controllo del dolore, di altri sintomi e dei problemi psicologici, sociali e spirituali.*

Le cure palliative sono un tema di salute pubblica importante e complesso. Anche se gli ultimi decenni hanno visto crescere rapidamente la consapevolezza della necessità di un'elevata qualità delle cure offerte, il numero di pazienti con patologie croniche evolutive continua a aumentare, e con esso aumentano la complessità dei casi e la sofferenza globale dei pazienti e delle loro famiglie.

Negli ultimi anni, grazie agli importanti lavori portati avanti della Confederazione, ai lavori della Commissione Cantonale di Cure palliative e all'impegno di tutti i professionisti formati e specializzati in cure palliative, in Ticino il tema si è molto sviluppato e si è modernizzato.

La visione delle cure palliative come cure di fine vita è ormai obsoleta lasciando il posto a un approccio più moderno, dinamico, interdisciplinare e integrato di cure attive per tutti i pazienti con patologie croniche evolutive.

Questo numero della rivista vuol dare spazio agli attori principali che hanno contribuito a determinare il cambiamento in atto.

Purtroppo, il numero di pagine a disposizione non consente di pubblicare tutti gli articoli legati a questo speciale dedicato alle cure palliative in Ticino, pertanto l'articolo sulla formazione continua in cure palliative – apparirà nel numero di settembre.

Tuttavia, è comunque già possibile consultare l'offerta formativa in cure palliative scansionando il codice QR sottostante.

Voglio ringraziare la redazione di questa rivista per lo spazio dedicato non solo a questo editoriale ma anche all'intero numero di giugno che speriamo sia di vostro gradimento.

Ilaria Bernardi Zucca



Le cure palliative in Ticino

a cura di
Dr. Med. Anna De Benedetti*

Non è sicuramente con l'avvento di Chat GPT che l'IA ha guadagnato rilevanza anche nell'ambito delle cure infermieristiche. Sono almeno venti anni che i primi applicativi che vedono l'automazione in aiuto dei curanti fanno ormai parte della nostra quotidianità. Basti solo pensare ai presidi che preparano in automatico le terapie da assumere.

Di sicuro vi è stata invece un'accelerazione verso l'intelligenza artificiale e sono almeno 4 anni che anche le Si è soliti ricondurre l'origine delle cure palliative in ambito sanitario alla dottoressa Dame Cicely Saunders, un medico inglese che fondò la prima casa hospice per alleviare le sofferenze dei malati terminali nel lontano 1948. Fu il successo della dottoressa Saunders nel Regno Unito, nel migliorare la qualità di vita dei suoi pazienti che la portò a condividere il concetto di hospice con altri medici, che riconobbero il valore deontologico del rispetto dei desideri delle persone e dei loro bisogni nel fine vita.

Sono passati ormai più di 10 anni dalla pubblicazione della prima fase della Strategia sulle cure palliative da parte dell'UFSP (2012), promulgata con l'obiettivo di diffondere l'approccio delle cure palliative in tutti i luoghi di cura. In quell'anno il nostro Paese iniziava formalmente a colmare un ritardo sanitario e socioculturale sulla presa in carico delle persone affette da malattie incurabili, progressive o terminali. Diversi autori ritengono che questo ritardo è da ricercarsi nella natura frammentata del sistema sanitario e nella valorizzazione della medicina acuta e dei trattamenti curativi.

Già prima della pubblicazione della Strategia nazionale, il Cantone Ticino si era attivato grazie al gruppo di lavoro, istituito dal Consiglio di Stato nel 2011, con l'obiettivo di "elaborare un progetto operativo al fine di valutare la possibilità di implementare nel Cantone Ticino una strategia di Cure Palliative". Questo progetto darà origine alla Strategia Cantonale (2015). La Strategia ha come mission lo svi-

luppo di un accesso equo alle cure palliative per il paziente e i suoi famigliari, attraverso un approccio interdisciplinare, favorendo una buona qualità di vita lungo tutto il percorso di malattia.

Semplificando possiamo affermare che l'approccio palliativo è teso a migliorare la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie. Qualunque sia la patologia che determina sofferenza, il paziente e i suoi affetti più cari sono al centro delle cure e dell'assistenza quale obiettivo di una medicina palliativa "umana" e contemporanea.

La Strategia nazionale ha fatto sì che dal 2015, nelle formazioni di base sia incluso un modulo comune interprofessionale di sensibilizzazione alle cure palliative per fisioterapisti, ergoterapisti e infermieri (corso A2). Inoltre, quasi tutti gli operatori sanitari attivi al domicilio e nelle cure di lunga durata, diplomatisi prima del 2015, hanno potuto seguire il corso A2, contribuendo alla diffusione dell'approccio alle cure palliative.

Nell'ambito della formazione continua SUPSI e SSSCI la Strategia cantonale ha influito positivamente nel rafforzare la formazione continua: SUPSI dal 2012 ha istituito il CAS in cure palliative, seguito un paio d'anni dopo dal DAS. Dal 2013 è attivo il corso di cure palliative generali per medici e, dall'anno accademico 2023/24, la formazione teorica per la formazione approfondita in medicina palliativa per i medici è assicurata in Ticino da SUPSI DEASS FC.

Per migliorare la comprensione e gli indirizzi di presa in cura, identificando i pazienti che necessitano di cure palliative generali o specializzate è stato creato lo strumento di screening denominato *Flow-chart*, sostituito nel 2023 con l'ID-PALL, strumento di valutazione multidimensionale validato dal CHUV e EOC, teso all'identificazione dei pazienti con malattia in una fase palliativa (generale o specialistica) con uno schema di riferimento che individua le aree d'intervento di cui potrebbe beneficiare il paziente. Lo scopo è di anticipa-



re l'intervento di cure palliative qualora necessario, identificando precocemente il paziente che ne potrebbe beneficiare

Lo strumento è ampiamente utilizzato dagli operatori sanitari grazie alla pubblicizzazione dello stesso e ai corsi gratuiti online.

Per aumentare l'offerta in cure palliative geriatriche è stato creato un reparto in 3 case per anziani ticinesi, autorizzati di volta in volta ad accogliere persone, non ancora in età AVS, che necessitano di cure palliative.

Infine, la Strategia ha favorito, a partire dal 2022, la creazione condivisa di una cartella clinica elettronica uguale per Hospice e Triangolo, partendo da un *Minimum Data Set* comune, favorendo le sinergie tra i due servizi e una raccolta dati omogenea.

La Strategia cantonale ha pure favorito e promosso la visibilità di Palliative ti, quale ente deputato alla divulgazione delle cure palliative a livello di popolazione. L'attivismo del nuovo Comitato direttore teso a promuovere eventi e a sviluppare un'App per il coordinamento delle cure palliative dei pazienti, sono attività che aiutano alla sensibilizzazione sulle cure palliative.

Nonostante, le difficoltà insite nella natura frammentata del sistema sanitario e nelle attuali misure di contenimento dei costi a carico degli enti al beneficio di contratti di prestazione col Cantone, la presa in carico palliativa dei pazienti è una realtà nel nostro Cantone. L'enorme lavoro degli ultimi 10 anni degli enti

e professionisti coinvolti accompagnato dagli investimenti nella sensibilizzazione e formazione del personale curante rappresentano un'importante rete a sostegno delle cure palliative generali e specialistiche. Inoltre, la migliore conoscenza delle stesse presso la popolazione, e la consapevolezza quale loro diritto, dovrebbe garantire nel tempo che i risultati fin qui ottenuti con la Strategia non vadano persi.

* **Dr. Med. Anna De Benedetti,**
Caposervizio Vigilanza e qualità
Ufficio del Medico cantonale
Presidente commissione cantonale di cure palliative.



Consulta il nostro
sito internet!

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



Clinica di cure palliative e di supporto, Ente Ospedaliero Cantonale

a cura di
Micaela Mare,
Tanja Fusi-Schmidhauser*

Da qualche decennio a questa parte, stiamo assistendo a sostanziali modifiche nella nostra società, dettate anche dai profondi rivolgimenti in ambito scientifico e tecnologico, che si susseguono ormai di giorno in giorno. Ovviamente, anche il sistema sanitario deve adattarsi a questi cambiamenti. Dunque, la medicina moderna si muove all'interno di questo contesto.

Da una parte abbiamo gli sviluppi di una scienza medica, che ha fatto passi da gigante e che oggi ci permette di "cronicizzare" alcune patologie, un tempo con prognosi di vita veramente molto limitata; dall'altro lato, abbiamo una popolazione che invecchia e che diventa sempre più fragile, in quanto l'allungamento della speranza di vita non determina forzatamente un miglioramento della qualità di vita.

Il paziente, inoltre, non è più quello che seguiva in modo passivo il consiglio del scior dutur, del medico, unico depositario del "sapere sanitario", che decideva gli esami da eseguire e le terapie più appropriate, senza coinvolgere il suo assistito. Il paziente, al pari di un bambino, non veniva considerato in grado di

assumere alcuna decisione rispetto alla materia della salute, era considerato un "profano" e per questo era tenuto lontano dal processo decisionale.

Questo modello paternalistico della "vecchia" medicina, negli ultimi decenni è stato soppiantato da un nuovo paradigma, in cui il paziente deve essere informato dal medico della sua condizione clinica e, insieme al professionista sanitario, individua il programma diagnostico-terapeutico che ha maggiormente senso per lui in quel determinato momento della sua vita e della sua traiettoria di malattia. I due vengono a formare una squadra, che ha l'obiettivo di pianificare il percorso più indicato per quel paziente (possiamo parlare di una medicina "sartoriale" o, come dicono i colleghi anglofoni, tailored). Della squadra fa inoltre parte anche la famiglia e la rete sociale del paziente, secondo i suoi desideri e le sue volontà.

Tale modello, almeno in parte, è scaturito dalla sempre crescente quantità di informazioni che si trovano al giorno d'oggi su ogni argomento, anche in materia sanitaria. Ma una maggiore quantità di informazione non è sinonimo di maggiore competenza decisionale: infatti, non sempre la qualità delle notizie che si ot-



Fonte: Alain Infraina

tengono dalle fonti a disposizione è elevata. Il ruolo del medico, dunque, non è più quello di decidere da solo, ma di sapere guidare e supportare il paziente nel percorso di consapevolezza della sua malattia. Sicuramente, è un approccio che richiede tempo, ma è gratificante per entrambi gli attori e il paziente si sente rispettato e accolto.

Il principio di autonomia del paziente non può però prescindere dall'appropriatezza delle terapie: nel caso di una patologia cronico-evolutiva a prognosi limitata è necessario e naturale porsi la domanda rispetto a cosa sia sensato fare. Il tema della futilità di alcuni trattamenti in determinate situazioni è molto sentito ed è quello con cui quotidianamente ci confrontiamo. Un percorso decisionale condiviso prevede che il paziente e i suoi famigliari siano informati dei rischi e benefici di alcune terapie, delle conseguenze (positive e negative) che possono derivarne e dell'impatto di queste sulla qualità di vita della persona. In questo contesto, una comunicazione trasparente, onesta e condotta per tempo porta a scelte consapevoli ed appropriate.

Si passa, dunque, da un paradigma di cura della malattia ad uno di cura della persona. In questo ambito si muovono le cure palliative, volte al riconoscimento e alla presa in carico dei bisogni, non solo fisici, ma anche psicologici, sociali ed esistenziali di un paziente e della sua famiglia. Fino a qualche anno fa, le cure palliative si rivolgevano ad una platea prettamente caratterizzata dal malato oncologico; oggi sappiamo dalla letteratura scientifica che il vantaggio di introdurre precocemente le cure palliative è presente anche nelle patologie cronico-evolutive non oncologiche a prognosi di vita limitata (malattie renali, cardiache, polmonari, neurologiche). Questo perché la medicina ha reso possibile una maggiore sopravvivenza di questi pazienti, aspetto che tuttavia induce ad una convivenza con i sintomi della malattia per un tempo maggiore. Le cure palliative vogliono proprio affrontare insieme al paziente e ai suoi cari il tema della finitudine e dare senso e qualità al tempo che resta. Per fare questo, non possiamo occuparci solo dei bisogni fisici del paziente, ma anche della dimensione etica, sociale, esistenziale, psicologica. Non si può lavorare da soli, ma abbiamo la necessità di guardare il paziente con occhi diversi dai nostri. Ed ecco spiegata l'esigenza delle cure palliative di lavorare in team con figure professionali diverse, che aiutano a completare il puzzle e che permettono una presa in carico globale del "sistema" paziente-famiglia.

Questo sistema, però, sta subendo dei cambiamenti a cui non eravamo preparati e che nei prossimi anni diventeranno maggiormente evidenti: le famiglie sono sempre più spesso monoparentali, le persone sono più frequentemente sole rispetto al passato, più fragili e più bisognose di una rete sociale che in molti casi fatica ad essere riconosciuta e, a volte, manca del tutto. Nei prossimi anni l'inesorabile invecchiamento della popolazione comporterà degli adattamenti del nostro sistema sanitario e sociale a cui dovremo iniziare a pensare fin da subito.

Dunque, di lavoro da fare ne abbiamo! La Clinica di Cure Palliative e di Supporto segue circa 1'600 pazienti all'anno, suddivisi tra i due reparti specialistici dell'Ospedale San Giovanni e dell'Ospedale Italiano, le cure palliative integrate nei reparti di medicina ed oncologia, le consulenze ospedaliere per tutti i pazienti dell'EOC e i cinque ambulatori, tra cui anche uno che si occupa di pazienti con patologie non oncologiche. Prevediamo pertanto che, con la sempre maggior diffusione di una corretta informazione, sia tra i professionisti della salute che nella popolazione generale, le cure palliative potranno raggiungere una popolazione sempre più vasta, prendendo in carico in maniera sempre più precoce i pazienti con patologie croniche ed evolutive non guaribili.

Le cure palliative, quindi, si inseriscono in un contesto socio-sanitario che evolve e che è passato da un modello paternalistico della medicina ad un modello informato e condiviso che sia di pieno sostegno al paziente. Esse stesse stanno assistendo a sostanziali modifiche, passando dalla cura di malati oncologici, pressoché terminali, alla presa in carico precoce di pazienti affetti da malattie non oncologiche, con la necessità di un bagaglio di conoscenze e competenze del tutto nuove per il team interprofessionale che eroga le cure. Avviare sin da subito un percorso di consapevolezza del paziente e dei suoi famigliari riguardo alla malattia tramite una comunicazione chiara e aperta è la chiave del successo. ■

* **Dr.ssa med. Micaela Mare**, Capoclinica. Clinica di cure palliative e di supporto (CCPS) - Ente Ospedaliero Cantonale.

PD. Dr.ssa. med. Tanja Fusi Schmidhauser, Primaria Clinica di cure palliative e di supporto (CCPS) - Ente Ospedaliero Cantonale.

Evoluzione ruolo infermieristico nelle cure palliative – una riflessione critica

a cura di
Philip Larkin*

Il ruolo dell'assistenza infermieristica come componente essenziale delle cure palliative è ben documentato nella letteratura sia storica che contemporanea. La fondatrice del movimento moderno delle cure palliative, Cecily Saunders, lei stessa infermiera, aveva chiaramente sostenuto il ruolo inestimabile dell'infermiera/e nell'assistenza ai pazienti in fase terminale. Nelle sue lettere pubblicate nel 2005, nota che "gran parte dell'assistenza palliativa è semplicemente una buona pratica infermieristica" (Clark 2005:15).

Anche se l'idea della professione infermieristica come vocazione è stata oggetto di critica nella letteratura, soprattutto perché il focus sull'assistenza infermieristica come occupazione femminile non rappresenta l'immagine della professione, autori come White (2002) sostengono che la vocazione abbracci tradizioni, norme e significati importanti in merito al lavoro di chi cura. Può dunque, questo approccio storico vocazionale descrivere il concetto moderno dell'infermiera/e nelle cure palliative? La risposta è probabilmente sì.

Le cure palliative come disciplina stanno rapidamente evolvendo da una pratica focalizzata sul cancro e sulla fine della vita a un'iniziativa di salute pubblica basata sulla popolazione (Abel e Kellehear 2022). L'attività infermieristica rimane un elemento critico nella fornitura di cure cliniche ottimali. Tuttavia, un aspetto importante di questa nuova visione dell'assistenza palliativa è un cambiamento da una pratica specialistica a un approccio più generale che tutti gli operatori sanitari devono abbracciare.

Questo è particolarmente importante per l'attività infermieristica poiché una domanda critica è cosa differenzi infermiere/i di cure palliative da altre/i infermiere/i, ugualmente coinvolte/i nell'assistenza ai pazienti con esigenze di cure palliative e alle famiglie. Si sostiene qui che una comprensione più profonda delle tradizioni e delle norme associate alla pratica infermieristica nelle cure palliative possa aiutare a determinare più chiaramente

ciò che un'infermiera/e di cure palliative fa e come questo dovrebbe plasmare la pratica professionale in futuro.

Una revisione dello studio originale di Davies e Oberle del 1990 sul ruolo di supporto dell'infermiere nelle cure palliative (Newton e McVicar 2014) ha identificato che molti di quegli elementi originali associati alla pratica, come la valorizzazione del paziente, l'empowerment e la connessione, erano ancora apprezzati ed essenziali per le cure fornite. Questi sono integrati da nuovi approcci alla pratica infermieristica come la capacità di mostrare competenza e di influenzare altri operatori sanitari attraverso il lavoro interprofessionale, riflettendo un cambiamento verso ruoli di pratica più avanzati, di leadership e di maggiore autonomia. Tuttavia, i cambiamenti nel modo in cui vengono fornite le cure palliative, l'ampliamento dello spettro di pazienti assistiti e la tendenza a intervenire più precocemente lungo il decorso delle malattie croniche invalidanti e non solo nella fase terminale, significano che le/gli infermiere/i devono sviluppare un nuovo insieme di strategie di impegno clinico. Queste strategie includono competenze avanzate di valutazione clinica, coordinamento e lavoro di rete, gestione della complessità e affrontamento di un ampio mandato che può includere la pianificazione anticipata delle cure e, in alcune giurisdizioni come la Svizzera, il sostegno nel suicidio assistito.

Tutto ciò richiede una solida formazione accademica e clinica sia nell'arte che nella scienza delle cure palliative e la comprensione di come l'una influenzi l'altra.

Perché la componente infermieristica delle cure palliative è così importante?

Una recente pubblicazione sulla necessità di ottimizzare la forza lavoro infermieristica globale per alleviare le sofferenze gravi legate alla salute (SHS) e promuovere l'accesso universale alle cure palliative (Rosa et al 2022) mette in evidenza una serie di elementi critici



che sostengono la logica di rafforzare la capacità infermieristica:

- Con una forza lavoro globale di 28 milioni, il corpo infermieristico rappresenta quasi il 60% della forza lavoro sanitaria e il 90% di tutti i contatti sanitari con i pazienti.
- Specialmente nei paesi a basso e medio reddito (LMIC), infermiere e infermieri sono spesso l'unico operatore sanitario che un paziente incontrerà.
- Infermiere/i sono strategicamente posizionate/i all'interno del settore delle cure palliative per guidare e affrontare il cambiamento.
- I ruoli di pratica avanzata sono sempre più evidenti, anche nei LMIC, con il potenziale di fornire cure di qualità superiore ai pazienti e alle famiglie, con un accesso tempestivo e nel luogo da loro scelto.

Una componente essenziale è il ruolo della compassione come prerequisito per l'eccellenza nella pratica. Con l'espansione dell'ambito delle cure palliative e di fine vita, è importante che il processo decisionale clinico si basi su principi chiave che sono alla base della nostra pratica professionale e della nostra umanità. Infatti, se la compassione è importante per il modo in cui ci prendiamo cura, deve diventare un requisito esplicito per l'eccellenza dell'assistenza, non solo un'aspirazione. La compassione riguarda le azioni compiute, per quanto piccole, che fanno la differenza nell'esperienza del paziente e della famiglia.

Le cure palliative dovrebbero essere fornite da personale infermieristico competente, motivato e compassionevole, in grado di fornire gli standard più elevati di cura per ottenere i migliori risultati possibili per i pazienti e le famiglie. Inoltre, il valore di una assistenza compassionevole nelle cure palliative e terminali deve essere considerato nel contesto dell'approccio multiprofessionale che è essenziale nella gestione delle complesse transizioni dalla vita alla morte.

Rappresentando la più grande forza lavoro nel percorso quotidiano delle cure palliative e terminali, infermiere e infermieri hanno opportunità uniche e specifiche per illuminare, affrontare e trasformare ultimamente la sofferenza attraverso le loro azioni compassionevoli.

Il termine francese "l'accompagnement" incarna l'ideale di una pratica di cure palliative compassionevole. Si tratta di sapere cosa fare, nel modo giusto e al momento giusto.

Nel complesso, si tratta di una presenza terapeutica oltre che di competenza clinica.

Infine, data l'importanza strategica dell'assistenza infermieristica nelle cure palliative, rimane aperta la domanda su come preparare la prossima generazione di infermiere/i ad assumersi i ruoli e le responsabilità attesi da loro. L'istruzione, soprattutto a livello universitario e attraverso la formazione continua, è essenziale. Nuovi metodi di apprendimento online e di simulazione possono migliorare la conoscenza e la competenza.

La figura del mentore è una componente vitale per una forza lavoro sostenibile. Pertanto, l'attenzione al valore della formazione è importante quanto lo sviluppo dei servizi clinici per garantire che gli infermieri siano preparati per le "nuove" cure palliative e che il loro contributo unico sia valorizzato e rispettato.

Sarebbe difficile immaginare futuri modelli di assistenza palliativa senza infermiere/i. Tuttavia, ciò non significa che la professione debba essere compiacente.

L'affermarsi di modelli di assistenza sanitaria e sociale significa che alcuni aspetti della pratica infermieristica rischiano di essere erosi.

L'infermieristica deve abbracciare il cambiamento, ma anche essere chiara riguardo al suo ambito e ai suoi valori e fornire solidi argomenti sul proprio ruolo in un approccio moderno alla gestione delle malattie croniche, della morte e del morire.

* **Philip Larkin**, titolare della Cattedra Kristian Gerhard Jebsen in Cure Palliative Infermieristiche presso il Servizio di Cure Palliative e Assistenza del Centro Ospedaliero Universitario (CHUV), affiliato all'Istituto per l'Istruzione Superiore e la Ricerca sulla Salute (IUFRS) dell'Università di Losanna.

Dirige un gruppo di ricerca infermieristica sulle cure palliative presso il CHUV e continua a tenere conferenze a livello nazionale e internazionale sulle cure palliative, sulla pratica infermieristica e sulla compassione nell'assistenza.

Bibliografia

Abel J, Kellehear A (2022) *Public health palliative care: reframing death, dying, loss and caregiving*. *Palliative Medicine* (editorial), vol 36(5), 768-769.

Clark D (2005) *Cecily Saunders Founder of the modern hospice movement. Selected letters 1959 - 1999*. Oxford University Press.

Newton J, McVicar A (2014) *Evaluation of the currency of the Davies and Oberle (1990) model of supportive care in specialist and specialised palliative care settings in England*. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1662-1676.

Rosa W et al., (2020) *The global nursing workforce: realizing universal palliative care*. *The Lancet Global Health*, vol 8(3), E327-E328.

White K (2002) *Nursing as vocation*. *Nursing Ethics*, 9(3), 279-290.

L'interprofessionalità nelle cure palliative

a cura di
Chiara Mastroianni*

L'interprofessionalità o pratica collaborativa (PC)⁽¹⁾ in cure palliative rappresenta un elemento fondamentale nella gestione del paziente in fase avanzata di malattia. Non si tratta soltanto di un concetto teorico, ma di un principio che informa la pratica clinica e orienta l'assistenza fornita ai pazienti⁽²⁾. Questo approccio, definito e promosso da organizzazioni internazionali come l'OMS⁽³⁾, è stato ampiamente esplorato in letteratura⁽⁴⁾.

Per comprendere meglio la PC come elemento ispiratore dell'assistenza in ambito palliativo, va esplorato il significato del termine *Cura*, terreno su cui operano i professionisti palliativisti, fatto non solo dall'insieme di trattamenti e terapie, ma anche e soprattutto da atteggiamenti di sollecitudine, preoccupazione e dedizione verso l'altro⁽⁵⁾. La *cura* è innanzitutto una forma di relazione, una relazione terapeutica tra chi cura e chi viene curato, che si basa sull'incontro delle competenze dei professionisti e della persona malata, l'unica che possiede conoscenze specifiche sulla propria malattia e sulla propria sofferenza⁽⁶⁾.

La PC si fonda sull'incontro di diverse competenze. Non si costruisce dall'alto, ma si sviluppa intorno al paziente, con il contributo unico di ognuno⁽⁷⁾. La premessa della PC è che ogni componente del team sia a conoscenza del contributo specifico che gli altri possono apportare⁽⁸⁾. Un secondo elemento che caratterizza la PC è la predisposizione di ciascun professionista a valorizzare i contributi e le prospettive degli altri professionisti con cui collabora^(9,10,11) guidata quindi dal confronto e dalla valorizzazione delle competenze altrui. Un terzo elemento definitorio è rappresentato dalla capacità dei professionisti di sapersi integrare. L'integrazione è "quel processo attraverso cui più professionisti individuano i diversi aspetti di un problema, esplorano costruttivamente le proprie differenze e cercano soluzioni che vadano al di là della personale visione di cosa sia possibile"⁽¹²⁾.

La PC, basata sui tre elementi menzionati in precedenza, si manifesta tramite la *cura* che si

basa sulla relazione e quindi l'interprofessionalità si realizza negli ambienti di cura attraverso una combinazione dinamica di "relazioni che curano".

Nel contesto delle cure palliative è possibile attribuire a questo concetto tre chiavi di lettura. La PC è fatta di *relazioni che curano*:

- quando si riesce ad AIUTARE l'altro a continuare a VIVERE attraverso una varietà infinita di attività, di natura tecnica, relazionale ed educativa, che mirano a mantenere e custodire la vita e a permetterle di continuare ad esprimersi anche nelle condizioni di conclamata malattia⁽¹³⁾; *le relazioni che curano* sono anche in grado di FAR RIFIORIRE L'ESSERE⁽¹⁴⁾, non limitandosi semplicemente a trattare le conseguenze della malattia o i sintomi, ma riuscendo a mobilitare tutte le risorse vitali necessarie ai pazienti per affrontare le alterazioni nel loro stato di salute.
- quando è in grado di spostare l'attenzione dalla malattia alla biografia della persona. È quella capacità dell'equipe di riconoscere l'unicità e anche l'irripetibilità della persona assistita^(15,16). È quella capacità che riesce ad inserire qualsiasi gesto di cura prima di tutto nella storia di vita di quella persona, di quella famiglia con la consapevolezza che può servire non solo ad alleviare la sofferenza fisica dei sintomi ma soprattutto ad alleviare quel dolore totale che la malattia e il suo progredire hanno provocato e che travolge e stravolge la vita di chi è coinvolto.
- quando i professionisti diventano capaci nel loro lavoro di donare se stessi attraverso un'assistenza fatta di mente e cuore. Cecily Saunders scriveva: "L'abbraccio della vera è fatta di cuore e mente. Gli operatori sanitari qualunque fede abbiano devono prima di tutto offrire se stessi e solo dopo la loro competenza. Cuore e Mente. Sembra niente eppure questo trasforma i pazienti. E gli operatori. Perché fa scoprire la ricchezza del donarsi a vicenda. E fa scoprire che solo il dono è il modo giusto di misurare il tempo"⁽⁷⁾.



La PC così articolata ed interpretata dai professionisti che ne sono parte sostanziale riesce a impattare efficacemente su pazienti e familiari trasmettendogli quel senso di appartenenza ad una comunità⁽¹⁷⁾ che permette loro di “non sentirsi più schiacciati dal dolore, riesce a farli tornare a percepire un nuovo contatto con chi ci sta attorno, conosciuti e sconosciuti, un contatto che produce calore e un nuovo incontro con se stessi”⁽¹⁷⁾. Anche la ricerca scientifica beneficia di un approccio di questo tipo; è proprio davanti al problema che non si riesce a risolvere perché gli strumenti che si hanno a disposizione non sono adeguati, che scatta nella mente del team quella scintilla di desiderio di esplorare nuovi approcci alla ricerca di soluzioni innovative. Se ogni volta che ci troviamo di fronte a un paziente in difficoltà e dolore decidessimo di abbandonarlo, la medicina non avrebbe fatto più alcun progresso dai tempi di Ippocrate. È la sfida del cercare di farsi carico del dolore della sofferenza altrui e cercare di alleviarla che muove e ispira la ricerca in cure palliative⁽¹⁸⁾. Uno stile di cura interprofessionale riesce anche ad avere un rilevante impatto comunicativo; trasmette messaggi importanti legati ai valori così detti intangibili delle cure palliative⁽¹⁹⁾, sia dentro i contesti di cura che nella società⁽²⁰⁾.

Quando si lavora in team il “noi” deve prevalere sull’“io” e lo sguardo del “noi” (quell’intreccio che deriva dalla sinergia di più professionisti) è l’unico che può cogliere la complessità che c’è dietro ogni storia di vita di malattia di esseri umani. È questo sguardo che ci permette di stare «...con la sofferenza, nella sofferenza, accanto alla sofferenza...» e di trovare i migliori percorsi per affrontarla.

La letteratura evidenzia come tale collaborazione non è scontata, ha necessità di essere adeguatamente formata⁽²¹⁾ realizzandosi proprio quando discendenti di due o più professioni vengono messi nelle condizioni di apprendere su, da e con gli altri⁽³⁾. Tale approccio andrebbe promosso ed alimentato fin dai percorsi formativi universitari di base e potrebbe portare allo sviluppo di una cultura sanitaria sempre più aperta e sensibile alla collaborazione interprofessionale.

* **Chiara Mastroianni**, Professore Associato di Scienze infermieristiche, Dipartimento di Scienze della vita, della salute e delle professioni sanitarie, Link Campus University di Roma, Collaboratrice dell’Unità di ricerca di Scienze Infermieristiche, Università Campus Bio Medico di Roma.

Bibliografia

- Mayring, I., Mahler, C., Gutmann, T., Karstens, S., & Joos, S. (2014). Terminology for interprofessional collaboration: Definition and current practice. *GMS Journal for Medical Education*, 31(4), Doc40.
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaut, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., ... & Pastrana, T. (2020). Redefining palliative care—a new consensus-based definition. *Journal of pain and symptom management*, 60(4), 754-764.
- WHO (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. www.who.int/hrh/resources/framework_action/en
- Kesonen, P., Salminen, L., Kero, J., Aappola, J., & Haavisto, E. (2022). An integrative review of Interprofessional teamwork and required competence in specialized palliative care. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 00302228221085468.
- Curi, U. (2017). Le parole della cura: medicina e filosofia.
- Grassi, G. (2010). *Morire Vivi*.
- Exitu, E. (2023). Di cosa è fatta la speranza.
- Kesonen, P., Salminen, L., Kero, J., Aappola, J., & Haavisto, E. (2022). An integrative review of Interprofessional teamwork and required competence in specialized palliative care. *OMEGA-Journal of Death and Dying*.
- Melin, M., Amieva, H., Frasca, M., Ouvrard, C., Berger, V., Hoarau, H., Roumiguère, C., Paternostre, B., Stadelmaier, N., Raoux, N., Bergua, V., & Burucoa, B. (2020). Support practices by an interdisciplinary team in a palliative-care unit for relatives of patients in agonal phase. *BMC Palliative Care*, 19(1), 173.
- Sundus, A., Ismail, N. E., & Gnanasan, S. (2018). Exploration of healthcare practitioner’s perception regarding pharmacist’s role in cancer palliative care, Malaysia. *Pharmacophore*, 9(4), 1-7.
- Klarare, A., Hagelin, C. L., Furst, C. J., & Fossum, B. (2013). Team interactions in specialized palliative care teams: A qualitative study. *Journal of Palliative Medicine*, 16(9), 1062-1069.
- Gray, B. (1989). *Collaborating: Finding Common Ground for Multiparty Problems*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- M. F. Colliere, *Aiutare a vivere*, Sorbona, 1992.
- L. Mortari - *L’essenziale per la vita*. Per una filosofia della cura. *L’essenziale per la vita*. *JMP* 2017;1:36-38.
- Aghaei M H, Vanaki Z , Mohammadi E. *Watson’s Human Caring Theory-Based Palliative Care: A Discussion Paper*. *Int J Cancer Manag*. 2020;13(6):e103027.
- Wu, H. L., & Volker, D. L. (2012). Humanistic nursing theory: application to hospice and palliative care. *Journal of advanced nursing*, 68(2), 471-479.
- Kesonen, P., Salminen, L., & Haavisto, E. (2022). Patients and family members’ perceptions of interprofessional teamwork in palliative care: A qualitative descriptive study. *Journal of clinical nursing*, 31(17-18), 2644-2653.
- MANCA TESTO MANCA TESTO MANCA TESTO MANCA TESTO.
- Centeno, C. (2017). Intangible values of palliative care. *European Journal of Palliative Care*, 24(2), 72.
- Reigada, C., Centeno, C., Gonçalves, C., & Arantzamendi, M. (2021). Palliative care professionals’ message to others: an ethnographic approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5348.
- Kirkpatrick, A. J., Donesky, D., & Kitko, L. A. (2023). A systematic review of interprofessional palliative care education programs. *Journal of pain and symptom management*, 65(5), e439-e466.

Il valore della consulenza in cure palliative: un'onda a beneficio di pazienti, famigliari ed équipe curante

a cura di
Andrea Banfi*

Le cure palliative, secondo la recente definizione di consenso dell'International Association for Hospice and Palliative Care, sono delle cure attive e olistiche destinate a persone affette da malattie cronic-evolutive impattanti sulla prognosi di vita e che causano sofferenza severa. L'obiettivo delle cure palliative è di migliorare la qualità di vita dei pazienti, dei loro famigliari e dei curanti implicati nell'assistenza.⁽¹⁾

Nonostante i benefici, è noto da tempo che le cure palliative sono confrontate con degli ostacoli legati a pregiudizi. Si può dire che il nome palliativo evoca delle rappresentazioni limitanti e degli atteggiamenti negativi riduttivi, spesso solo associati al morire. Questo è presente sia a livello dell'immaginario della popolazione generale che per i pazienti e i famigliari, in più è un ostacolo che si riscontra anche in diversi curanti: c'è bassa consapevolezza e conoscenza della potenzialità offerta dalle cure palliative, l'informazione e la comprensione rispetto a dove si situano e a quello che fanno è lacunosa.^{(2) (3)}

C'è tanto lavoro da fare nella promozione della comprensione generale delle cure palliative a tutti i livelli e i professionisti che sono attivi nell'ambito palliativo lo stanno facendo quotidianamente. Metaforicamente il contributo di ciascun curante è quello di essere parte di un'onda palliativa che cresce e si diffonde tramite le relazioni di cura con i pazienti, i famigliari e i colleghi curanti.

Di fatto le situazioni di cura di pazienti con bisogni di cure palliative sono frequenti e sono presenti in tutti i setting di cura, dal domicilio, alle case per anziani, alle strutture socio-assistenziali e a tutte le istituzioni ospedaliere acute e post-acute, inclusi i reparti specialistici dedicati. La popolazione dei pazienti di cure palliative è molto variegata e può essere descritta secondo il grado di complessità clinica che definisce il livello di presa in carico: la necessità di cure palliative generali o di cure palliative specialistiche.⁽⁴⁾

Con l'introduzione di uno strumento validato e applicabile nei diversi ambiti di cura per l'identificazione delle persone con bisogni di cure palliative, l'ID-PALL, è possibile evidenziare in maniera più chiara chi sono i pazienti che necessitano cure palliative generali erogate da personale curante non specializzato in cure palliative e quelli le cui situazioni cliniche necessitano il coinvolgimento di un'équipe specialistica.⁽⁵⁾

Il profilo professionale infermieristico di sviluppo delle conoscenze e competenze appropriate per curare i pazienti di cure palliative si costruisce nel tempo e si adatta alla tipologia di pazienti che si hanno in cura. Il modello formativo attuale prevede di garantire un livello di base nell'approccio palliativo a tutto il personale e di formare dei curanti a dei livelli di specializzazione superiore, con lo scopo di poter diventare delle risorse quali figure di riferimento per i colleghi d'équipe o di diventare consulenti esperti in cure palliative nei diversi ambiti in cui operano.⁽⁶⁾

Il principio della consulenza infermieristica è inteso come un atto di eccellenza professionale, secondo il quale un professionista, riconosciuto esperto nel suo campo, offre ad un altro professionista una valutazione che apporta degli elementi essenziali ad una possibile rielaborazione delle azioni di cura.⁽⁷⁾

Il ruolo rivestito dagli infermieri esperti in cure palliative è quello di offrire un livello di cura ed expertise supplementare tramite la consulenza specialistica e di essere coinvolti per poter collaborare nella presa in carico di situazioni di cura dove sono individuati bisogni clinici multidimensionali complessi. L'intervento di consulenza è destinato a offrire sostegno e supporto al paziente, ai suoi famigliari ed ai curanti della prima linea di cura.⁽⁸⁾

Gli obiettivi della consulenza palliativa specialistica sono la costituzione di una pratica di collaborazione interprofessionale per ottimizzare la qualità globale delle cure offerte, con lo scopo di migliorare il benessere del pazien-



te e della sua cerchia sociale in tutti i setting di cura. Contemporaneamente l'intervento di consulenza specialistica mira al trasferimento di conoscenze e competenze a beneficio dei team di cura interdisciplinari attivi, sia a domicilio che nelle istituzioni acute o di lungo degenza.

I benefici della consulenza specialistica palliativa per i pazienti e i famigliari vanno nella direzione di favorire l'autodeterminazione nelle cure centrate sulla persona, incrementando la qualità e l'appropriatezza delle cure prestate e in particolare permettere al paziente e alla sua cerchia sociale di stare il meglio possibile nel luogo di cura scelto. Inoltre, altri aspetti positivi e importanti dell'intervento di una consulenza specialistica di seconda linea, sono l'offerta ai pazienti e famigliari di uno spazio di ascolto e di parola riguardo al vissuto della malattia cronico-evolutiva e, nel caso di ricoveri in degenza, di assicurare al paziente la continuità delle cure tra le strutture intra- ed extra-ospedaliere.⁽⁹⁾

Parallelamente la consulenza specialistica palliativa è di beneficio per le équipes curanti di prima linea nello sviluppo di piani di cura specifici per pazienti con bisogni di cure palliative. La collaborazione e il supporto mirato a garantire l'autonomia decisionale sul paziente, permettono di incrementare l'empowerment e la soddisfazione dei curanti e ha una importante componente formativa continua. Inoltre, poter aumentare l'efficacia dei curanti e ridurre lo stress nella presa a carico di situazioni cliniche complesse ed instabili, incrementano la consapevolezza dei curanti di saper riconoscere quando necessitano appoggio e sostegno dalla consulenza specialistica di seconda linea.⁽¹⁰⁾

Concludendo e riprendendo la metafora dell'onda, sono le singole esperienze positi-

ve di cura avute con i professionisti delle cure palliative e riferite dai pazienti, dai famigliari e dai colleghi che contribuiscono all'amplificazione e alla diffusione dell'onda palliativa. L'incentivo è di saper riconoscere per tempo la possibile evoluzione complessa delle situazioni di cura e di poter attivare ed approfittare del valore offerto dalla consulenza palliativa specialistica. ■

* **Thomas Banfi**, Infermiere Esperto Clinico I MSc in Cure Palliative e APN-CH.

Consulenza specialistica di cure palliative: cosa facciamo?

- Comprensione della fase/traiettoria di malattia e consapevolezza del pz. e famigliari
- Valutazione e controllo sintomatico multidimensionale (bio-psico-socio-spir), sia farmacologico che non, con focus sulla sofferenza
- Facilitare la comunicazione con pazienti e famigliari, supporto nel percorso decisionale, promozione del piano di cura anticipato (ACP) e attitudini di cura (DA)
- Supporto per stabilire il progetto e gli obiettivi di cura da perseguire, decisione del luogo di cura, attivazione della rete di cura
- Supporto nelle discussioni e decisioni etiche complesse nel fine vita (es. interventi invasivi, idratazione, nutrizione, sedazione)
- Supporto nelle cure di fine vita per l'accompagnamento del morente e del lutto nei famigliari
- Appoggio nel riconoscere il bisogno di supervisione/debriefing dei curanti
- Strutturazione di formazioni mirate, appoggio di conoscenze specifiche per i bisogni dell'équipe emersi dalla consulenza

Bibliografia

- 1 Radbruch L, De Lima L, Knaut F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Management*. 2020;60(4):754–64.
- 2 Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Leigh N, Rydall A, Rodin G, et al. Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. *Cmaj*. 2016;188(10):711–2.
- 3 Hawley P. Barriers to Access to Palliative Care. *Palliat Care Res Treat*. 2017;10:1–6.
- 4 Timothy E. Quill and Amy P. Abernethy. Generalist plus Specialist Palliative Care — Creating a More Sustainable Model. *N Engl J Med*. 2013;368(13):1171–3.
- 5 Teike Lüthi F, Bernard M, Beauverd M, Gamondi C, Ramelet AS, Borasio GD. Identification of patients in need of general and specialised Palliative care (ID-PALL©): Item generation, content and face validity of a new interprofessional screening instrument. *BMC Palliat Care*. 2020;19(1):1–11.
- 6 Artioli G, Bedini G, Bertocchi E, Ghirotto L, Cavuto S, Costantini M, et al. Palliative care training addressed to hospital healthcare professionals by palliative care specialists: A mixed-method evaluation. *BMC Palliat Care*. 2019;18(1):1–10.
- 7 Teike-Lüthi F, et al., La consultance ou le coulisses d'une pratique de soins. *Rev Med Suisse* 2008;4:2542-4.
- 8 Robinson J, Gott M, Gardiner C, Ingleton C. Specialist palliative care nursing and the philosophy of palliative care: A critical discussion. *Int J Palliat Nurs*. 2017;23(7):352–8.
- 9 Milazzo S, Hansen E, Carozza D, Case AA. How Effective Is Palliative Care in Improving Patient Outcomes? *Curr Treat Options Oncol*. 2020;21(2).
- 10 Firn J, Preston N, Walshe C. What are the views of hospital-based generalist palliative care professionals on what facilitates or hinders collaboration with in-patient specialist palliative care teams? A systematically constructed narrative synthesis. *Palliat Med*. 2016;30(3):240–56.

La ragazza di copertina

Ancora una volta gli operatori sanitari, e gli infermieri in particolare, sono messi in gioco nel conflitto in Israele e Gaza. Gli infermieri e molti altri operatori sanitari devono continuare il loro lavoro in circostanze pericolose per la vita, molti dei quali rimangono tuttavia feriti o uccisi.

La *European Federation of Nurses Associations* (EFN) è molto preoccupata per le condizioni di lavoro e l'ambiente di questi infermieri e condanna gli attacchi alle strutture sanitarie. L'EFN invita quindi tutte le parti coinvolte nel conflitto a rispettare il principio internazionale della neutralità medica e sanitaria, ovvero che il principio dei diritti umani sia rispettato e protetto, proteggere e rispettare l'accesso all'assistenza sanitaria e garantire la sicurezza della popolazione e degli operatori sanitari (cfr. Convenzione di Ginevra).

L'EFN condanna gli attacchi terroristici e chiede spazi sicuri e passaggi sicuri per i civili intrappolati a Gaza devono essere stabiliti con urgenza; chiede inoltre che la vita umana sia rispettata a prescindere dal genere, razza, religione, etnia o professione. I pazienti devono avere pieno accesso all'assistenza sanitaria. Non bisogna impedire agli operatori sanitari di svolgere i propri compiti professionali. L'accesso alla salute è un diritto umano.

Qualsiasi attacco agli operatori sanitari e ai pazienti di cui si prendono cura è totalmente inaccettabile.

Dichiarazione EFN sul conflitto Israele-Gaza.

Il Segretario generale delle nazioni unite Antonio Guterres ha precisato che le azioni terroristiche dei gruppi militari di Hamas, dell'ottobre scorso, non danno legittimità alla punizione collettiva in atto a spese della popolazione palestinese. L'immediato cessate il fuoco è il minimo che si possa chiedere.

“Più passano i giorni e maggiore è la sensazione del bisogno urgente di una soluzione di de-escalation, invece di aspettare un attacco di terra che avrà esiti catastrofici. Tacciano le armi, finisca lo stato d'assedio per le popolazioni dell'area, tornino a casa gli ostaggi e si inizino negoziati per dare pace, dignità e futuro a tutta l'area”.

Antonio Guterres

Assemblea generale ordinaria del 27 marzo 2024

Presso SUPSI DEASS, Manno

Alla presenza di 36 persone (membri aventi diritto di voto 25) la Presidente Signora Luzia Mariani-Abächerli da inizio ai lavori. Sono le ore 17.30	
1.	Apertura dell'Assemblea Ordinaria da parte della Presidente Signora Luzia Mariani-Abächerli La Presidente saluta i presenti e li ringrazia della loro partecipazione
2.	Designazione degli scrutatori Vengono nominati la Signora Luana Zanetti ed il Signor Franco Castelli
3.	Approvazione Verbale Assemblea Generale Ordinaria del 27.03.2023 Il Verbale viene approvato dalla maggioranza
4.	Rapporto della Presidente ed approvazione Vengono presentati i punti principali del rapporto e i dati relativi all'evoluzione membri Il Rapporto della Presidente viene approvato all'unanimità
5.	Consuntivo 2023
	Presentazione dei conti 2023 Vengono presentati i conti d'esercizio 2023 ed il bilancio al 31 dicembre 2023
	Rapporto Revisori dei Conti Viene letto il Rapporto firmato dalle Signore Paola Bützberger e Nadia Ferrari Grandi
	Approvazione dei conti d'esercizio 2023 e scarico al Comitato I conti d'esercizio 2023 vengono approvati all'unanimità e se ne dà scarico al Comitato
6.	Preventivo 2024
	Presentazione e approvazione Il preventivo viene approvato all'unanimità
7.	Nomine statutarie - Comitato
	<i>Cavolo Mariano</i> La rielezione viene approvata all'unanimità
	<i>Mariani-Abächerli Luzia</i> La rielezione viene approvata all'unanimità
	<i>Nodari Cereda Lilia</i> La rielezione viene approvata all'unanimità
	<i>Realini Mauro</i> La rielezione viene approvata all'unanimità
	<i>Rodio Massimo</i> La rielezione viene approvata all'unanimità
	Nomine statutarie - Presidente
	<i>Mariani-Abächerli Luzia</i> La rielezione viene approvata all'unanimità
	Nomine statutarie - Vice Presidenti
	<i>Cavolo Mariano</i> La rielezione viene approvata all'unanimità
	<i>Realini Mauro</i> La rielezione viene approvata all'unanimità
	Nomine statutarie - Delegati
	<i>Van Der Heiden Paul</i> La rielezione viene approvata all'unanimità
	Dimissioni - Supplenti Delegati
	<i>Ciriello Li Volsi Jolanda</i>
	Nomine statutarie - Revisori
	<i>Paola Bützberger</i> La rielezione viene approvata all'unanimità
	<i>Nadia Ferrari-Grandi</i> La rielezione viene approvata all'unanimità
	La Sezione ringrazia i membri del Comitato, i Delegati ed i Supplenti per l'ottimo lavoro svolto
8.	Diversi
	Viene data la parola ai seguenti ospiti per un breve saluto: <ul style="list-style-type: none"> • Signor Paolo Barro Direttore Centro Professionale Sociosanitario • Signor Dante Cheda Membro Comitato Centrale ASI-SBK • Signor Raul Ghisletta Segretario Cantonale VPOD • Signora Mara Delmenico e Signor Paolo Toscanelli Rappresentanti della Cassa dei Me
	L'Assemblea termina alle ore 18.45
	<i>Al termine dell'Assemblea ha avuto luogo la conferenza:</i> MOLESTIE, DISCRIMINAZIONI E ABUSI: IL MONDO LAVORATIVO DELLE DONNE Avv. Nora Jardini Croci Torti, condirettrice Associazione Equi-lab
	Al termine conferenza ha avuto luogo un rinfresco gentilmente offerto dalla Cassa dei Medici Agenzia Ticino

DATA	CORSO	TERMINE ISCRIZIONE	RELATORE	PARTECIPANTI
03.06.2024	LA SEDAZIONE IN CURE PALLIATIVE: ASPETTI ETICI E PRATICI	02.05.2024	AVENA ANTONELLA, medico CCPS BANFI THOMAS, infermiere CCPS	INFERMIERI
04.06.2024	LA COMUNICAZIONE DI CATTIVE NOTIZIE A DOMICILIO ED IN CASA ANZIANI	02.05.2024	CAVOLO MARIANO, docente SUPSI	OPERATORI RAMO SOCIO-SANITARIO
05.06.2024	REFRESH DIABETE	02.05.2024	REALINI MAURO, docente – ricercatore SUPSI	INFERMIERI OSS
06.06.2024	LAVORO IN RETE, STRATEGIE PER LA COMPLESSITÀ	06.05.2024	REVOLON SABRINA, infermiera specialista clinico in gerontologia e geriatria	INFERMIERI OSS
06 e 13.06.2024	TRATTAMENTO ULCERA CRURALE VENOSA E/O ARTERIOSA E CURA DELLE LESIONI CUTANEE – CURA E PREVENZIONE DELLE ULCERE DIABETICHE	06.05.2024	Da definire ELIA GIOVANNA, specialista cura ferite SaFW, Certificate of Advanced Study in Woundcare, stomaterapista e consulente per l'incontinenza WCET	INFERMIERI
07.06.2024	LA PREPARAZIONE DEL PAZIENTE E DEI SUOI FAMILIARI AL PASSAGGIO DAL DOMICILIO ALLA RESIDENZA PER ANZIANI	06.05.2024	BODEO ALFREDO, psicologo, indirizzo clinico e di comunità	OPERATORI RAMO SOCIO-SANITARIO
10.06.2024	I DISTURBI DI PERSONALITÀ	08.05.2024	AMBROSINI CRISTINA, infermiera in salute mentale	OPERATORI RAMO SOCIO-SANITARIO
11.06.2024	ALLERGIE ALIMENTARI	08.05.2024	RICHLI BARBARA, dietista SVDE-ASDD	INFERMIERI OSS
13 e 14.06.2024	PROFESSIONE A CONTATTO CON LA MORTE: QUALI PAROLE PER I CURANTI E QUALI PER I PAZIENTI PER DARE SENSO AL LORO PERCORSO?	13.05.2024	SANTORO VINCENZO, psicologo e psicoterapeuta	OPERATORI RAMO SOCIO-SANITARIO
17.06.2024	ALZHEIMER: LA MALATTIA, LA COMUNICAZIONE, L'ASSISTENZA AL PAZIENTE	15.05.2024	TOMASONI ORTELLI MICHELA, infermiera laureata in scienze della formazione	OPERATORI RAMO SOCIO-SANITARIO
18 e 19.06.2024	CRONICITÀ E CARDIOLOGIA: UNA SFIDA PER L'INFERMIERE	16.05.2024	Da definire	INFERMIERI
24.06.2024	REFRESH PATOLOGIE EPATICHE E PANCREATICHE	22.05.2024	CANDUCI LAURA, docente senior– ricercatrice SUPSI REALINI MAURO, docente – ricercatore SUPSI	INFERMIERI

*Infermieri indipendenti: gli infermieri indipendenti contrattualizzati con il Cantone devono assicurare il proprio aggiornamento professionale comprovando a consuntivo un minimo di 24 ore di formazione, nell'indice sono segnalati con un * i corsi riconosciuti dal Cantone. In linea generale per il 2022-2023 l'UACD riconosce un massimo di 8 ore (delle 24) di formazione anche in area relazionale, ma solo dopo aver scelto i corsi in area clinica (16 ore).*

ISCRIZIONI (è importante rispettare il termine di iscrizione perché le formazioni che, entro la data fissata, non raggiungeranno il numero minimo di partecipanti saranno annullate): www.asiticino.ch/formazione/iscrizione-ai-corsi-asi/

INFORMAZIONI GENERALI: Segretariato ASI-SBK Sezione Ticino via Simen 8 - 6830 Chiasso - Tel. 091/682 29 31 - segretariato@asiticino.ch - www.asiticino.ch

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

Bachelor

Cure infermieristiche

Formazione abbreviata per infermieri/e diplomati/e

- Riconoscimento delle competenze ed esperienze pregresse.
- Percorso di studi di un anno parallelo all'attività professionale.
- Accesso diretto al Master of Science SUP in Cure infermieristiche.
- Accesso diretto agli studi avanzati di Formazione continua (CAS/DAS/MAS).

Termine di iscrizione
30 giugno 2024

SUPSI



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