



Ovunque per tutti

SPITEX

Tre Valli

PROTOCOLLO DS001

MISSIONE E FILOSOFIA DELLE CURE

MISSIONE E FILOSOFIA DELLE CURE

INDICE

- **ASSACD, SACD, SPITEX** Tre Valli pagina 3
- **Storia e contesto istituzionale** pagina 3
- **Visione e missione ASSACD** pagina 5
- **Sfide e obiettivi strategici ASSACD** pagina 6
- **Missione SPITEX** Tre Valli pagina 7
- **Organizzazione SPITEX** Tre Valli pagina 7
- **Principi etici** pagina 9
- **Valori dell'istituzione** pagina 10
- **Diritti e doveri dell'utente** pagina 12
- **Filosofia delle cure** pagina 13
- **Quadro giuridico** pagina 15

■ ASSACD, SACD, SPITEX Tre Valli

SPITEX_{Tre Valli}¹ è uno dei sei Servizi di assistenza e cura a domicilio di interesse pubblico (SACDip) e senza scopo di lucro presenti nel Canton Ticino.²

I SACDip operano su mandato del Dipartimento della sanità e della socialità del Canton Ticino e ad ogni Servizio è attribuito un comprensorio, stabilito in base alla pianificazione sanitaria cantonale.

La conferenza dei SACDip del Cantone Ticino è affiliata all'Associazione Svizzera dei Servizi di Assistenza e Cura a Domicilio (ASSACD)³, l'associazione mantello che racchiude le 24 associazioni cantonali di aiuto e cura a domicilio a scopo non profit con le rispettive organizzazioni di base locali e regionali.

■ STORIA E CONTESTO ISTITUZIONALE

La Regione delle Tre Valli (RTV) è stata fondata nel 1975 quale associazione di diritto privato ai sensi degli articoli 60 e seguenti del Codice Civile Svizzero. L'associazione è aconfessionale e apolitica e non persegue fini di lucro.

Dal 1991 la RTV si occupa della gestione del Servizio d'assistenza e cura a domicilio (SACD), che fino al 1999 era denominato Servizio di aiuto domiciliare e infermieristico.

Dal 1.1.2018 è stata decisa dall'Assemblea dei Delegati Comunali l'adozione del nuovo logo nazionale e l'utilizzo del nome SPITEX_{Tre Valli}.

L'associazione è riconosciuta dal Consiglio di Stato del Canton Ticino conformemente alla Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD). SPITEX_{Tre Valli} ricopre il comprensorio regionale che comprende:

- la Riviera
- la Valle di Blenio
- la Val Leventina



¹ www.spitex-trevalli.ch

² www.sacd-ti.ch

³ www.spitex.ch

ASSOCIAZIONE REGIONE DELLE TRE VALLI



Regione Tre Valli

I membri dell'Associazione Regione delle Tre Valli sono i rappresentanti dei comuni dei distretti di **Blenio, Leventina e Riviera**.

L'assemblea è composta da 6 delegati per distretto della RTV, per un totale di 18 delegati; essi vengono nominati ogni quadriennio da parte dell'Assemblea di fine anno che succede alle elezioni per il rinnovo dei poteri comunali.

CONSIGLIO DIRETTIVO

Costituisce l'organo esecutivo dell'Associazione ed è composto da 2 membri per ciascuna valle per garantire ai tre distretti un'equa rappresentanza (totale di 6 membri).

L'elezione dei suoi membri avviene normalmente ogni 4 anni dall'Assemblea della Regione Tre Valli (RTV).

Si compone dalle seguenti persone:

- **Presidente:** elezione a rotazione per valle ogni 4 anni
- **Vice presidente:** elezione a rotazione per valle ogni 4 anni
- **Membri:** altri 4 membri, eletti ogni 4 anni

COMMISSIONE SACD

È incaricata della gestione corrente del SACD ed è composta dai Membri del Consiglio Direttivo e dai rappresentanti di:

- **Canton Ticino**
- **Enti di appoggio**
- **Volontariato sociale**

VISIONE E MISSIONE ASSACD

SCOPO

Favorire e permettere la permanenza a domicilio delle persone di qualsiasi età confrontate con malattia, infortunio, disabilità, maternità, vecchiaia o difficoltà socio-familiari offrendo le necessarie cure e prestazioni individualizzate, in conformità alle leggi vigenti.

ASSACD

SPITEX Tre Valli condivide la visione e la missione dell'Associazione Svizzera dei Servizi di Assistenza e Cura a domicilio (ASSACD), l'associazione mantello che racchiude le 24 associazioni cantonali di aiuto e cura a domicilio a scopo non lucrativo con le rispettive organizzazioni di base locali e regionali.

Lo scopo dell'Associazione è di difendere e rappresentare a livello nazionale gli interessi di tutte le organizzazioni cantonali e di promuoverne lo sviluppo, per garantire il raggiungimento degli obiettivi strategici nazionali nel campo delle cure a domicilio. Questi ultimi sono esplicitati e sostenuti dai Principi Direttivi approvati dall'assemblea del 21 novembre 2014⁴ (ultima modifica nel 2017) che definiscono le basi e i valori dell'associazione, conformemente al proprio statuto⁵.

I 9 principi direttivi che guidano i servizi di assistenza e cura a domicilio a scopo non lucrativo e che definiscono i propri obiettivi sono racchiusi nelle seguenti tematiche:

1. Concetto di aiuto e cura a domicilio
2. Posizionamento
3. Sostegno ai familiari curanti
4. Rete
5. Qualità
6. Personale
7. e-Health
8. Finanziamento
9. Gestione aziendale

I campi di attività dell'ASSACD si distinguono in 5 settori:

- Direzione, coordinamento interno dell'associazione e partenariato
- Politica
- Qualità e e-Health
- Formazione
- Comunicazione e marketing

⁴ www.aide-soins-domicile.ch: Principes directeurs

⁵ www.aide-soins-domicile.ch: Statuts

■ SFIDE E OBIETTIVI STRATEGICI ASSACD (2019-2022)

Il 31 gennaio 2019 ASSACD ha emanato un documento in cui esplicita le principali sfide che attendono i Servizi spitex svizzeri nel breve futuro con i relativi obiettivi strategici per i prossimi anni (2019-2022)⁶.

SFIDE

- Evoluzione demografica: aumento della speranza di vita a fronte di una denatalità costante
- Finanziamento delle prestazioni nella cura a domicilio sempre più limitate e incerte
- Aumento della domanda di cura a domicilio con la conseguente necessità di assumere un maggior numero di professionisti e in particolare di personale maggiormente qualificato
- Diminuzione di aiuto da parte dell'entourage e della rete informale
- Crescente isolamento delle persone anziane e sole (gruppi vulnerabili)
- Aumento della popolazione straniera residente in Svizzera
- Sviluppo delle cure ambulatoriali legato alla volontà delle persone di vivere in modo autonomo e al proprio domicilio il più a lungo possibile
- Riduzione del soggiorno ospedaliero
- Entrata in una struttura a lunga degenza (casa per anziani) sempre più tardiva
- Introduzione dei sistemi legati ai "forfaits per caso" (SwissDRG) che portano a dimissioni più rapide dagli ospedali per la continuazione delle cure al domicilio
- Situazioni di cura e aiuto sempre più complesse: con i progressi della medicina si assiste all'invecchiamento della popolazione, con pazienti sempre più anziani e polimorbidi che vogliono vivere e morire al proprio domicilio (un'inchiesta svizzera ha evidenziato che l'80% degli interrogati desidera morire nel proprio letto mentre la realtà documenta che l'80% dei decessi avviene in istituzione).
- Necessità di nuovi modelli di cura che integrino la cooperazione interprofessionale tra i diversi attori coinvolti nella cura (servizi, ospedali, case di cura, familiari curanti, ...).

OBIETTIVI STRATEGICI

Formulati sulla base della struttura organizzativa dei cinque campi di attività operativi dell'associazione e sono fissati a medio termine (4 anni):

- *Direzione, coordinazione* interna dei suoi membri, *partenariato* e portavoce politica a livello nazionale e inter-cantonale.
- *Politica e Principi di base*: regolamentazioni legali nazionali, negoziazioni delle convenzioni con gli assicuratori, utilizzo di strumenti standardizzati per la valutazione dei bisogni degli utenti, per l'erogazione delle prestazioni con i loro indicatori operativi e per il finanziamento appropriato e uniforme delle cure a livello nazionale.
- *Qualità e e-Health*: sviluppo di strumenti standardizzati per la valutazione dei bisogni, determinazione e aggiornamento delle norme di qualità, offerta di strumenti per la gestione della qualità delle cure (Manuale di Qualità, Rete Qualità).
- Sviluppo e supporto di strumenti informatici per il controllo della qualità e delle prestazioni (piattaforma per la gestione della qualità basata sui dati provenienti dalla valutazione dei bisogni), per la documentazione (cartella sanitaria informatizzata) e per la valutazione dei processi di cura.
- *Formazione*: promozione e sviluppo delle professioni sanitarie per assicurare un contingente di professionisti adeguato alle richieste di cura e dotato delle necessarie qualifiche. Sviluppo della formazione di base e dei profili professionali, assicurando l'integrazione delle competenze specifiche per la cura a domicilio. Partecipazione alla cooperazione con le diverse professioni competenti (interprofessionalità) con le discipline (interdisciplinarietà) e i loro rispettivi contesti.
- *Comunicazione e Marketing*: organizzazione leader sul mercato nazionale delle cure a domicilio a scopo non lucrativo. Comunicazione e sostegno con le associazioni cantonali di aiuto e cura a domicilio e informazione e sensibilizzazione dei media nazionali sulle attuali sfide sanitarie (invecchiamento della popolazione, concetto di cure acute e di lunga durata, nuovi modelli di cura e loro finanziamento).

⁶ Objectifs stratégiques d'aide et soins à domicile suisse 2019-2022; 31 Janvier 2019

MISSIONE SPITEX Tre Valli

Conformemente alla Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) del 30 novembre 2010 SPITEX Tre Valli è riconosciuto dal Consiglio di Stato e ha lo scopo di:

“Favorire e permettere la permanenza a domicilio delle persone di qualsiasi età confrontate con malattia, infortunio, disabilità, maternità, vecchiaia o difficoltà socio-familiari, offrendo le necessarie prestazioni individualizzate”.

Il Servizio offre un insieme coordinato di prestazioni socio-sanitarie a carattere preventivo, terapeutico, riabilitativo e assistenziale direttamente al domicilio dell'utente.

L'offerta di cura e assistenza a domicilio è sussidiaria rispetto alle risorse personali e familiari degli utenti (art. 1 LACD), compatibilmente con le risorse esistenti sul territorio (art.2 LACD).

Obiettivi previsti nel mandato del Servizio (Missione):

- Offrire alle persone con difficoltà di spostamento la possibilità di essere curate e di ricevere il trattamento prescritto al proprio domicilio, con l'obiettivo di mantenere e/o recuperare, per quanto possibile, lo stato di salute complessivo.
- Assicurare la continuità delle cure rendendo possibile il rientro al domicilio dopo un'ospedalizzazione, diminuendo la frequenza e/o la durata dei ricoveri in strutture stazionarie.
- Aiutare le persone malate e/o portatrici di handicap a vivere nel migliore dei modi la propria situazione, sostenendo anche le persone vicine (caregiver informali).
- Assicurare un'assistenza, per una migliore qualità di vita, alla persona malata e inguaribile; collaborare con le altre figure professionali per cure palliative e cure di fine vita erogate con umanità e competenza; apportare aiuto e sostegno alle persone vicine.
- Presa a carico nell'ambito della salute mentale e psico-geriatrica a domicilio, accompagnando e sostenendo le persone con difficoltà psicologiche e cognitive nell'organizzazione della vita quotidiana e incoraggiandola ai contatti sociali.
- Informare, attivare e coordinare le risorse disponibili sul territorio (Servizi di Appoggio) in un lavoro di rete condiviso.
- Offrire consulenza igienica, sanitaria e sociale (profilassi).
- Contribuire a promuovere e mantenere lo stato di salute della popolazione, in particolare mediante misure di prevenzione e consulenza.
- Offrire (gratuitamente) una consulenza materno-pediatrica (Servizio Consulenza Genitori e Bambino)
- Fornire un aiuto pratico temporaneo o duraturo nella conduzione dell'economia domestica, a famiglie, persone anziane o portatrici di handicap, che presentano dei problemi di salute (in caso di comprovata necessità).

ORGANIZZAZIONE SPITEX Tre Valli

GRUPPO OPERATIVO

- Infermieri in cure generali
- Infermieri specializzati (DAS in Gestione Sanitaria, DAS in salute mentale e psichiatria, DAS infermiere di famiglia e di comunità, DAS in oncologia, DAS in cure palliative, DAS in gerontologia e Geriatria, DAS in Clinica Generale)
- Operatori Socio Sanitari (OSS)
- Operatori socio assistenziali (OSA)
- Addetti alle cure socio sanitarie (ACSS)
- Ausiliari di cura⁷
- Infermieri consulenti materno pediatrici (ICMP) e pedagogista

SPITEX Tre Valli è inoltre un'azienda formatrice di apprendisti del settore sanitario, quali Operatori socio sanitari (OSS). Accoglie e forma anche gli allievi infermieri che vogliono effettuare una formazione pratica nelle cure domiciliari.

⁷ La figura professionale di “Ausiliari di cura” non esiste più a livello formativo in quanto è stata sostituita dall' “Addetto alle cure socio sanitarie” (ACSS).

Il Servizio offre inoltre la possibilità di effettuare brevi stage osservativi e/o orientativi sia ai giovani e alle persone interessate ad intraprendere una formazione sanitaria, che a personale già formato in cerca di un impiego.

PRESTAZIONI EROGATE

-Tutte le prestazioni definite all'art. 7 dell'Ordinanza del DFI sulle prestazioni (OPre): **consigli e istruzioni, esami e cure e cure di base** (vedi qui di seguito "Prestazioni a carico LAMaI")

- **Consulenza** igienica, sanitaria e sociale al fine di promuovere il mantenimento dello stato di salute della popolazione
- **Informazione e attivazione** delle **risorse** disponibili sul **territorio**, collaborando e includendo i caregiver formali (enti di appoggio) nel processo di presa a carico dell'utente.
- **Educazione e prevenzione sanitaria**, al fine di sviluppare e favorire sia l'autonomia delle persone che richiedono gli interventi che dei loro caregiver informali
- **Presa a carico di tutte le persone** confrontate con malattia, infortunio, disabilità, maternità, vecchiaia o difficoltà sociofamiliari, grazie ad una presa a carico personalizzata
- **Coordinamento** dei provvedimenti nonché interventi di **infermieri specializzati** in caso di complicazioni in situazioni di cura complesse e instabili
- **Cura e assistenza** nell'ambito della **salute mentale e psico-geriatrica** a domicilio (utenti con disturbi mentali e disagi psichici)
- **Aiuti nell'economia domestica** - //\ **Non riconosciute dalla LAMaI**: pulizie di base, bucato, stiro, accompagnamento, mobilitazione, assistenza, somministrazione pasti.

-Prestazioni di **consulenza materno-pediatria**: consulenza pre- e post-natale (da 0-4 anni) con valenza di supporto al ruolo genitoriale nell'ambito della prevenzione, della cura, dello sviluppo e dell'educazione dei loro bambini. La consulenza avviene per consulto telefonico, al domicilio, in ambulatorio o attraverso interventi formativi pubblici. Il Servizio di consulenza è gratuito; eventuali interventi di cura infermieristica sono invece riconosciuti e coperti dall'Assicurazione malattia.

PRESTAZIONI A CARICO LAMaI⁸

Consigli e istruzioni – OPre art. 7 lett. a

- Prima valutazione
- Nuova valutazione
- Pianificazione cure per la prima volta nel quadro della valutazione dei bisogni
- Determinazione del bisogno di cure nel quadro della valutazione dei bisogni (elenco delle prestazioni)
- Consulto con il medico / SACD per la valutazione dei bisogni
- Coordinamento
- Istruzione per la cura / consulenza all'utente o ai familiari

Esami e cure – OPre art. 7 lett. b

- Prestazioni di aiuto alla respirazione (inalazioni, terapia respiratoria, aspirazione)
- Prestazioni di aiuto all'alimentazione (alimentazione per sonda, cura gastrostomia)
- Aiuto nell'eliminazione (posa, cura, sorveglianza e rimozione del catetere vescicale, cura urostomia, stimolazione manuale vescicale e intestinale, clisteri, cura stomia, bilancio idrico, dialisi peritoneale)
- Gestione terapie: preparazione e somministrazione medicinali (per os, iniezioni s.c, i.m, e.v, infusioni, trasfusioni, pomate medicamentose, gocce, ...), posa, gestione e rimozione del catetere venoso
- Medicazioni (ferite, ulcere, stomie)
- Gestione dei mezzi ausiliari e del materiale sanitario

⁸ Conformemente agli articoli di legge sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie-OPre: Art.7 Definizione delle cure. Vedi anche "Elenco delle Prestazioni Svizzera, RAI-HC, 2015

- Controllo parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pulsossimetria, temperatura corporea) e attività infermieristiche per indagini diagnostiche (glicemia, prelievi ematici, secreti, urine)
- Manicure e pedicure in utenti diabetici o anticoagulati
- Prestazioni psichiatriche a utenti con turbe mentali e cognitive: gestione, sostegno, accompagnamento, approccio terapeutico⁹
- Cure specialistiche (cure oncologiche, cure palliative, cure di fine vita, ...)
- Altre prestazioni di cura / assistenza

Cure di base – OPre art. 7 lett. c

- Igiene e comfort (igiene del corpo e igiene orale, rasatura barba, aiuto nella vestizione, taglio unghie, calze elastiche)
- Aiuto alla mobilizzazione (posizionamenti, alzare/sdraiare, deambulazione, applicazione mezzi ausiliari)
- Applicazione delle misure per la profilassi del decubito
- Aiuto all'alimentazione (aiutare a bere e mangiare)
- Aiuto nell'eliminazione (uso mezzi ausiliari: padella, pappagallo, protezioni, accompagnamento toilette)
- Cure di base in utente con turbe psichiatriche e psicogeriatriche¹⁰
- Altre prestazioni di cura / assistenza

Prestazioni Psichiatriche

Secondo i tre gruppi di prestazioni (consigli e istruzioni, esami e cure, cure di base)

PRESTAZIONI A CARICO DELL'UTENTE

Prestazioni di aiuto, accompagnamento e sostegno nella gestione della propria economia domestica:

- Pulizia e riordino
- Bucato e stiro
- Spesa e commissioni
- Accompagnamento e Mobilizzazione
- Assistenza
- Somministrazione pasti
- Sostegno nell'organizzare la vita quotidiana e nel favorire i contatti sociali
- Aiuto temporaneo nella conduzione dell'economia domestica in situazioni in cui la persona che normalmente se ne occupa ne è impossibilitata (parto, infortunio o malattia).

Dal 2016 collaboriamo con l'Associazione Opera Prima per l'erogazione di prestazioni di **economia domestica** e per il reclutamento delle **badanti**.¹¹

⁹ Vedi Opre -Art.7 Definizione delle cure- Capoverso 2 lettera b, numero 13 ("assistenza per l'applicazione di terapie mediche nella prassi quotidiana, quali l'esercizio di strategie d'intervento e le istruzioni comportamentali per i casi di aggressione, paura e psicosi deliranti") e numero 14 ("sostegno alle persone malate psichicamente in situazioni di crisi, volto segnatamente a impedire attacchi acuti pericolosi per loro stesse e per gli altri") e lettera c numero 2 ("provvedimenti volti a sorvegliare e assistere persone malate psichicamente nel quadro delle attività fondamentali quotidiane, quali: l'elaborazione e l'attuazione di un ritmo di vita strutturato adeguato, una pratica mirata alla creazione e all'incoraggiamento di contatti sociali e l'assistenza nell'ambito dell'aiuto all'orientamento e dell'applicazione di misure di sicurezza".)

¹⁰ Vedi Opre -Art.7 Definizione delle cure- Capoverso 2 lettera c, numero 2 ("provvedimenti volti a sorvegliare e assistere persone malate psichicamente nel quadro delle attività fondamentali quotidiane, quali: l'elaborazione e l'attuazione di un ritmo di vita strutturato adeguato, una pratica mirata alla creazione e all'incoraggiamento di contatti sociali e l'assistenza nell'ambito dell'aiuto all'orientamento e dell'applicazione di misure di sicurezza")

¹¹ Per approfondimenti: www.operaprima.ch

PIANIFICAZIONE DELLA PRESA A CARICO DELL'UTENTE

- Segnalazione (scritta) della richiesta d'intervento (da parte dell'utente o dei suoi familiari, dal medico, dall'assistente sociale, altri).
- Prima visita infermieristica: valutazione delle risorse e dei bisogni dell'utente e delle sue condizioni di vita, mediante lo strumento **InterRAI Home-Care** (utente con problemi somatici) o **InterRAI Mental-Health** (utente con turbe psichiatriche e/o psico-geriatriche).
- Determinazione del fabbisogno di cura (tipologia e frequenza degli interventi) emerso dalla raccolta dati (valutazione) e conseguente elaborazione del piano di cura individualizzato e specifico per la casistica, secondo il **modello del Primary Nursing**¹² (che prevede una maggior responsabilizzazione dell'infermiere di riferimento dell'utente e una minor rotazione dei collaboratori al domicilio di quest'ultimo) e l'approccio dei **Percorsi-Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA)**¹³ (che prevedono l'utilizzo di strumenti basati su evidenze scientifiche per la miglior presa a carico dell'utente e condivisi con la rete di cura).
- Il piano di cura viene formulato mediante l'enunciazione delle **diagnosi NANDA** (secondo la teoria infermieristica di L.J. Carpenito), la definizione degli obiettivi di cura e degli interventi previsti.
- I piani di cura per gli utenti psichiatrici sono anch'essi elaborati secondo la teoria infermieristica di L.J. Carpenito e si rifanno all'approccio dei **Percorsi-Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA)**.
L'enunciazione delle diagnosi psichiatriche NANDA vengono condivise col medico psichiatra e altri operatori coinvolti nella cura dell'utente, mediante un progetto terapeutico individualizzato.
- L'erogazione delle cure tiene conto del lavoro multi, inter- e pluridisciplinare, mediante l'attivazione e il coordinamento della rete di sostegno presente sul territorio e necessaria ai bisogni rilevati dell'utente (centri diurni terapeutici, pasti a domicilio, ...).
- Rivalutazione regolare (al più tardi ogni 9 mesi) della situazione e delle condizioni di salute e di vita dell'utente e dei suoi familiari (caregiver informali), mediante l'aggiornamento infermieristico InterRAI e del piano d'intervento, con adeguamento delle prestazioni erogate.

PRESA A CARICO UTENZA PSICHIATRICA¹⁴

L'infermiere specializzato in salute mentale e psichiatria, svolge le sue prestazioni secondo la filosofia del Primary Nursing e mediante l'approccio dei Percorsi-Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA).

Il lavoro infermieristico sul territorio avviene tra competenze professionali di "autonomia" e di "collaborazione" con tutta la rete integrata di cura (medico, psichiatra, servizio psico-sociale, ...).

"Autonomia" in quanto l'infermiere valuta e identifica i bisogni dell'utente in relazione alla sua malattia e alle innumerevoli variabili sociali, compilando la scheda di valutazione infermieristica specifica, mediante lo strumento **interRAI-Mental Health**®.

"Collaborazione" in quanto la valutazione effettuata dall'infermiere specializzato in salute mentale lo porta a costruire, assieme al medico psichiatra e alla rete di cura coinvolta, un **"Piano Terapeutico"**, condiviso e firmato anche dall'utente¹⁵.

¹² Vedi definizione e descrizione del Primary Nursing nelle pagine seguenti ("Filosofia delle cure")

¹³ Vedi definizione e descrizione dei PDTA nelle pagine seguenti ("Filosofia delle cure")

¹⁴ Vedi ⇨ PrDS009.v1 - Presa a carico degli utenti psichiatrici e piano terapeutico

¹⁵ Per approfondimenti: Vedi ⇨ PrDS009.v1 - Presa a carico degli utenti psichiatrici e piano terapeutico e ⇨ MoDS009A.v1 - Piano terapeutico

■ PRINCIPI ETICI

PRINCIPI BASE DI ETICA CLINICA

L'**etica sanitaria** è il faro che guida i professionisti della salute secondo principi applicabili in tutte le situazioni poiché collocati al di sopra di ogni convenienza terrena, al di sopra di ogni guadagno, di ogni interesse e di ogni differenza.

I professionisti sanitari, che operano costantemente al fianco dell'assistito, sono guidati nel loro agire professionale da compiti e doveri descritti dallo specifico Mansionario (job description) che ne delinea condotta e responsabilità.

Il professionista sanitario agisce secondo i principi di:

- **beneficenza e non maleficenza:** l'operatore, da un lato, si adopera per garantire la promozione degli interessi dell'utente, dei vantaggi e dei risultati migliori possibili per l'assistito (beneficenza) e, dall'altro, per prevenire, rimuovere ed educare ad evitare le situazioni pericolose per sé e per gli altri (non maleficenza);
- **autonomia:** il professionista crea i presupposti affinché l'assistito (o il curatore, in caso di minori, disabili psichici o soggetti incapaci di intendere e di volere) possa prendere le sue decisioni sanitarie in maniera autonoma nel rispetto delle diversità culturali e di pensiero;
- **giustizia distributiva:** ogni singolo assistito viene trattato nel rispetto della propria dignità. I responsabili della pianificazione del lavoro, organizzano la distribuzione di tempo e risorse disponibili in base ai bisogni di ciascun utente secondo il concetto di **equità** (fornire a ciascuno ciò di cui ha bisogno per raggiungere un determinato obiettivo), piuttosto che di **uguaglianza** (fornire a tutti, indistintamente, le stesse prestazioni).
- A questi tre principi basilari se ne aggiungono altri tre, ad essi strettamente connessi:
- **veridicità:** l'infermiere di riferimento relaziona in modo trasparente e veritiero con l'assistito, garantendo il diritto all'autodeterminazione del paziente. Acquisisce specifiche tecniche di comunicazione attraverso le quali risponde e aiuta assistito e famiglia a comprendere la situazione clinica in oggetto;
- **fedeltà:** il professionista sanitario garantisce fedeltà ai propri impegni professionali che si riassumono nell'offrire un'assistenza competente ai pazienti, indipendentemente dalla loro età, religione, etnia, sesso o dai valori personali dell'operatore stesso;
- **riservatezza:** l'operatore sanitario, per proprio principio professionale e per obbligo di legge, tutela la riservatezza di tutti i dati che riguardano il paziente nei confronti di chi non appartiene all'équipe sanitaria che si occupa dell'assistenza alla persona. Il principio di riservatezza si applica anche nei confronti dei familiari dell'utente, fatto salvo il caso in cui il paziente stesso abbia dato il proprio consenso al rilascio di informazioni.

Nonostante la comprensione e il rispetto di queste fondamentali etiche, i professionisti sanitari si trovano ad affrontare quotidianamente imprevisti e dilemmi etici che mettono in discussione i propri valori personali e quelli del Servizio (ad es. obiezione di coscienza, fine vita, ecc.) e che richiedono di essere approfonditi.¹⁶

¹⁶ Nelle grandi istituzioni vi è la presenza di una Commissione di Etica Clinica che valuta i quesiti di natura etica che si presentano nell'attività clinica. I comitati di etica clinica forniscono un chiarimento sui valori etici e morali in gioco e li soppesano in modo multidisciplinare al fine di esprimere pareri e proposte riferite alle specifiche situazioni cliniche, soprattutto in caso di conflitti di valori.

■ VALORI DELL'ISTITUZIONE¹⁷

VALORI PER L'UTENTE

- Rispetto dei ritmi, delle abitudini, delle usanze, della cultura e dei valori della persona.
- Clima di fiducia reciproca tra curante e utente (trasparenza, alleanza terapeutica).
- Promozione e mantenimento dell'autonomia dell'utente, valorizzando le sue capacità e le sue risorse (empowerment, salute pubblica) così come quelle del suo entourage.
- Presa a carico globale della persona, a livello fisico, psicologico, sociale e spirituale (olismo), promuovendo il suo benessere, la sua salute e la sua soddisfazione.
- Cure mirate, personalizzate e di qualità, orientate ad obiettivi stabiliti con l'utente, i familiari e il team curante (collaborazione)
- Promuovere e salvaguardare la sicurezza delle cure, dell'utente e del suo ambiente di vita, prevenendo situazioni di rischio
- Consigliare, informare e istruire, favorendo la crescita personale e l'autonomia dell'utente e dei suoi caregiver informali.
- Garantire una cura personalizzata all'utente, mediante la presa a carico dello stesso da parte di un infermiere di riferimento, secondo la Filosofia delle Cure del "Primary Nursing", adottata dal Servizio.
- Assicurare parità di trattamento all'utenza, senza discriminazioni di alcun genere.

VALORI PER IL PERSONALE (con i colleghi, la direzione e gli utenti)

- Senso di fiducia e trasparenza.
- Rispetto della dignità di ogni persona ed equità di trattamento.
- Valorizzazione delle risorse e delle capacità personali.
- Cooperazione, coinvolgimento, sostegno reciproco e senso di appartenenza (spirito di gruppo).
- Motivazione, attribuzione di responsabilità e compiti adeguati.
- Tutela della propria salute fisica e psicologica.
- Possibilità di conciliare la sfera professionale con la sfera privata.
- Poter vivere la propria responsabilità individuale con i colleghi e con l'utente.
- Possibilità di evolvere continuamente (formazione continua e aggiornamenti).

VALORI PER LA DIREZIONE (valori gestionali)

- Comunicazione trasparente, chiara e condivisa degli obiettivi.
- Verifica e miglioramento costante della qualità gestionale del Servizio (qualità delle cure, qualità dei processi e delle relazioni).
- Confronto costante tra macro-organizzazione (gestionale e amministrativo) e micro-organizzazione (cure all'utenza e prestazioni erogate).
- Assicurare l'osservanza di norme, leggi e regolamenti, mediante la redazione di documenti e protocolli e il corretto rispetto degli stessi da parte di tutto il personale.
- Prevenzione e gestione dei conflitti, degli errori e delle problematiche critiche.
- Promuovere la formazione e il miglioramento continuo.
- Unità gestionale del Servizio e rispetto delle peculiarità e del contesto delle singole équipe.
- Confronto e dialogo continuo con le autorità cantonali (UMC, UACD) e federali (UFSP).
- Assicurare cure di qualità, efficaci, economiche ed eque.
- Promuovere l'utilizzo di strumenti informatici per il miglioramento della raccolta e del trattamento dei dati e delle prestazioni erogate.

¹⁷ Trattati da uno studio effettuato da parte di un gruppo di lavoro del personale curante (vedi "Filosofia delle cure" Spitex Tre Valli- Novembre 2010) e da colloqui interpersonali intrattenuti dalla Direzione Sanitaria con i Capo équipe del Servizio (febbraio-marzo 2020).

I DIRITTI E DOVERI DELL'UTENTE¹⁸

La Legge sulla promozione e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria, LSan), del 18 aprile 1989, definisce i principi generali applicabili al settore sanitario e stabilisce le disposizioni di polizia sanitaria.

Vengono riportati qui di seguito alcuni principi legati ai diritti delle persone assistite con le relative referenze agli articoli legislativi.

- **Diritto di essere curato** e di ricevere prestazioni sanitarie scientificamente riconosciute (Art.5) da parte di un Servizio Sanitario.
- **Diritto ad avere un'informazione adeguata** (Diagnosi, Piano di Cura, Rischi, Trattamento) (Art.6). Se il paziente è incapace di discernimento, l'informazione va data alla persona di fiducia designata dal paziente, al rappresentante legale del paziente minorenne o alle persone con diritto di rappresentanza (art.378 CC). Diritto di essere ascoltato e di chiedere chiarimenti.
- Diritto di accesso e **consulto** della propria **cartella sanitaria** (Art.6).
- Diritto di conoscere le generalità e le **qualifiche professionali** di ogni operatore sanitario che partecipa/interviene nella sua cura. (Art.6).
- Diritto al **consenso informato** dell'utente capace di discernimento, necessario per qualsiasi prestazione sanitaria (Art.7).
- Diritto di redigere delle **Direttive Anticipate** (Testamento Biologico) in cui la persona (in grado di discernimento) stabilisce quali trattamenti medici e cure intende ricevere in caso non sia più in grado di esprimere le proprie scelte e designa un **Rappresentante Terapeutico** che in caso di necessità collaborerà con i curanti affinché le decisioni da prendere siano conformi ai suoi desideri. (Art. 8).
- Diritto di redigere un **Mandato Precauzionale** che stabilisce chi, in caso di un'incapacità di discernimento, dovrà prendersi cura della persona, gestire le sue finanze e rappresentarla legalmente (Art.8).
- Diritto di **protezione dell'integrità psicofisica** (prevenzione dei rischi, degli incidenti, verbale di contenzione, segnalazione abusi, ...) (Art.3).
- Diritto di tutela della sfera personale (privacy) e del **segreto professionale** (segreto medico) (Art.20).
- Diritto di ricevere delle **prestazioni sanitarie scientificamente riconosciute e adeguate** alle esigenze di cura rispettando la libertà, la dignità e l'integrità della persona e tenendo conto dei criteri di adeguatezza, efficacia ed economicità (minor rischio e maggior possibilità di successo) (Art.5).
- Diritto a prestazioni, servizi ed **interventi di Qualità** a costi economici e finanziari sopportabili (Art.2).
- **Diritto d'interruzione** di un trattamento terapeutico (Art.9).
- Diritto di **reclamo** e di interruzione delle prestazioni erogate dal Servizio (Art.9).

E inoltre...

- Diritto, nell'ambito di una partecipazione nella cura di personale in formazione (allievi infermieri, apprendisti OSS, apprendisti ACSS, stagiaire), di essere informati e di rifiutare la loro partecipazione.
- Diritto di essere informati e orientati in merito ad una possibile mancanza di riconoscimento delle prestazioni da parte dell'Assicurazione malattia.

Doveri dell'utente

- Assumersi la responsabilità della propria cura, informarsi, domandare e richiedere copie di documenti.
- Doveri di collaborazione con tutti i partner attivi nella cura (rete formale).
- Doveri di informare il personale curante in merito ad elementi essenziali indispensabili per la sua presa a carico.
- Doveri di controllare le fatture e segnalare eventuali errori.
- Doveri di rispettare gli appuntamenti concordati.
- Doveri di informarsi in merito a chi provvede ai costi delle rispettive prestazioni.
- Doveri di rispetto nei confronti del personale curante.
- Obbligo di notifica di eventuali cambiamenti rispetto ai dati anagrafici (spostamento del domicilio, cambio Assicurazione Sanitaria, ...).
- Necessità di acconsentire alle disposizioni riportate dalle Condizioni Quadro per la fornitura delle prestazioni, apponendo la propria firma.

¹⁸ Per ulteriori approfondimenti si consiglia la visione dell'opuscolo pubblicato dalla Divisione della Salute Pubblica del Canton Ticino "L'essenziale sui diritti dei pazienti" (2° edizione, novembre 2014): www.ti.ch/protezioneesalute e del sito sull'Organizzazione Svizzera dei Pazienti (OSP): www.spo.ch.

■ FILOSOFIA DELLE CURE

1. Il Modello del Primary Nursing (M. Manthey)

Negli ultimi anni le cure infermieristiche si sono progressivamente evolute da un sistema funzionale ad un sistema sempre più centrato sul paziente.

L'organizzazione del lavoro si è trasformata da un'assegnazione di compiti (prestazioni) e attività ad un'attribuzione personalizzata dei pazienti al personale infermieristico e sanitario.

Questo modello assistenziale trova il suo riferimento teorico ed epistemologico nel *Primary Nursing* (PN), modello che diverse strutture sanitarie sia ospedaliere che domiciliari, così come SPITEX Tre Valli, hanno deciso di adottare.

Il *Primary Nursing* è sia una filosofia delle cure che un modello organizzativo assistenziale che trae le sue origini dalla pioniera e infermiera americana Marie Manthey, che la sperimentò in un reparto di cure acute presso l'ospedale universitario del Minnesota (1968-1969).

Tale approccio mette al centro della cura la persona malata e nello stesso tempo responsabilizza l'infermiere che primariamente l'assiste ("*infermiere primario*") per tutta la durata della cura.

Il professionista concorda con la persona e la famiglia, un piano di assistenza personalizzato e continuativo nel tempo, che condivide con gli altri professionisti sanitari (che assumono una funzione "*associata*") ai quali delega alcune mansioni e attività di assistenza, restando comunque il riferimento da tutti riconosciuto.

Questo sistema di erogazione dell'assistenza infermieristica si fonda su quattro elementi costitutivi: (Manthey, 2008)

1. L'attribuzione e l'accettazione da parte di ciascun individuo della **responsabilità personale** nel prendere decisioni.
2. L'assegnazione dell'assistenza quotidiana secondo il **case method**¹⁹.
3. La **comunicazione diretta** da persona a persona. Il flusso comunicativo risulta essere semplificato e tutte le decisioni prese sono basate sulla conoscenza dei bisogni del paziente e sulla relazione con esso e con i suoi famigliari o persone di riferimento.
4. L'individuazione di *una persona* operativamente responsabile per la **qualità dell'assistenza** erogata ai pazienti durante tutto il periodo di presa a carico degli stessi.

L'assegnazione primaria del paziente ad una figura infermieristica permette di erogare delle cure *efficaci, appropriate ed economiche*, come richiesto dai riferimenti normativi in vigore (Art.32 LAMal).

Infatti tale modello organizzativo migliora la **qualità assistenziale** in termini di:

- **Personalizzazione delle cure:** le decisioni sull'assistenza vengono prese dall'infermiere che si assume la responsabilità del singolo caso.
- **Continuità delle cure:** l'infermiere si assume la responsabilità dell'assistenza dall'accettazione alla dimissione del paziente.
- **Assessment e Pianificazione delle cure:** la decisione di un intervento non viene definita dall'organizzazione, dalla routine o da piani standard ma scaturisce dalla valutazione²⁰ dell'infermiera PN che entra in relazione con la persona a lei affidata. Attraverso il *ragionamento clinico e diagnostico*, e partendo da una serie di informazioni raccolte, l'infermiere PN identifica per ogni paziente a lui affidato, i suoi specifici bisogni di assistenza e li adatta costantemente a seconda dell'evoluzione delle sue condizioni di salute e di vita, in un continuo processo di valutazione ed erogazione di cure personalizzate.
- **Empowerment del Paziente:** sviluppo delle capacità decisionali e di autocura della persona

¹⁹ Il Case Method (metodo dei casi) è la modalità attraverso la quale si assegna un infermiere di riferimento ad ogni paziente per tutto il decorso della cura, tenendo conto delle singole competenze personali e professionali dell'infermiere e della complessità assistenziale del paziente.

²⁰ L'assessment dell'utente viene effettuato mediante l'**InterRAI-Home Care**, strumento validato scientificamente che permette di valutare in modo personalizzato e multidisciplinare le condizioni di salute e di vita dello stesso.

- **Integrazione della Famiglia** nel percorso assistenziale
- **Responsabilità Infermieristica** nella pianificazione e nell'erogazione dell'assistenza. Una chiara e specifica *assegnazione (delega)* dei doveri professionali permette di garantire la responsabilità della cura all'infermiere primario, anche quando la stessa viene condivisa (in termini esecutivi) con altri professionisti sanitari associati.
- **Qualità delle Prestazioni:** l'associazione infermiera PN - paziente deve essere fatta soddisfacendo il criterio di *complessità del caso* (i bisogni specifici di ogni singolo paziente) e della *competenza dell'infermiere* (a seconda delle capacità e dei particolari punti di forza dei membri del team disponibili).

2. L'Approccio dei Percorsi-Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA)

I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)²¹ rappresentano uno strumento utilizzato in tutto il mondo che ha lo scopo di uniformare l'approccio clinico a determinate categorie di pazienti.

Il PDTA può essere quindi considerato come la contestualizzazione nella pratica clinica e assistenziale relativa a un ambito territoriale ben definito, delle linee guida e delle raccomandazioni basate sulle evidenze scientifiche.

Secondo l'European Pathway Association (EPA)²² i PDTA:

- Devono includere una chiara esplicitazione degli obiettivi e degli elementi chiave dell'assistenza basata sulle evidenze scientifiche
- Devono facilitare le comunicazioni tra i membri del team, i caregivers e i pazienti
- Devono coordinare il processo di assistenza tramite il coordinamento dei ruoli e l'attuazione delle attività dei team multidisciplinari d'assistenza
- Devono includere la documentazione, il monitoraggio e la valutazione degli outcomes
- Devono identificare le risorse necessarie all'attuazione del percorso

Lo **scopo dei PDTA** è dunque quello di incrementare la qualità dell'assistenza percepita ed effettivamente erogata, migliorando gli outcomes e promuovendo la sicurezza del paziente attraverso l'utilizzo delle giuste risorse necessarie.

²¹ PDTA: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale. Termine anglosassone coniato dalla National Library of Medicine clinical pathway o integrated care pathway.

²² E-P-A.org – Associazione Europea Pathway e Informazioni sui percorsi di cura - E-P-A.org

■ QUADRO GIURIDICO

- Legge Federale sull'assicurazione malattie (**LAMal**, del 18 marzo 1994)
- Legge sulla Promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge Sanitaria (**LSan**) del 18 aprile 1989)
- Legge sull'Assistenza e Cura a domicilio (**LACD**, del 30 novembre 2010)
- Legge concernente il promovimento, coordinamento e finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (**LAnz**, del 30 novembre 2010)
- Legge sull'assistenza sociopsichiatrica cantonale (**LASP**, del 2 febbraio 1999)
- Legge federale sulla protezione dei dati (**LPD**, del 19 giugno 1992)
- Legge federale sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotiche (**LStup**, del 3 ottobre 1951; stato 1° gennaio 2018)
- Ordinanza relativa ai dispositivi medici (**ODmed**, del 17 ottobre 2001)
- Ordinanza relativa alla legge federale sulla protezione dei dati (**OLPD**, del 14 giugno 1993; stato 16 ottobre 2012)
- Ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (**OPre**; ordinanza sulle prestazioni, del 29 settembre 1995)
- Regolamento sui requisiti essenziali di qualità per i servizi di assistenza e cura a domicilio e per i centri terapeutici somatici diurni e notturni (**SACD/CDTS/CNTS**) (del 22 marzo 2011).

REFERENZE BIBLIOGRAFICHE

- Manthey, M. (2002). *The practice of Primary Nursing*. Minneapolis, MN: Creative Health Care Management.
- Manthey M. (2008). *La pratica del Primary Nursing*. Roma: Il pensiero Scientifico editore.

SITOGRAFIA

- www.aide-soins-domicile.ch
- www.hospice.ch
- www.nurse24.it/infermiere/professione/etica-sanitaria-faro-professione-infermieristica
- Primary Nursing: <https://site.cespicomunica.org/management/primary-nursing>
- www.operaprima.ch
- www.sacd-ti.ch
- www.spitex.ch
- www.spitex-trevalli.ch
- www.spo.ch (Organizzazione Svizzera dei Pazienti)
- www.ti.ch/protezioneesalute (Opuscolo del DSS (2° edizione, novembre 2014) "L'essenziale sui diritti dei pazienti")
- E-P-A.org – Associazione Europea Pathway e Informazioni sui percorsi di cura – E-P-A.org (21.03.2022)