

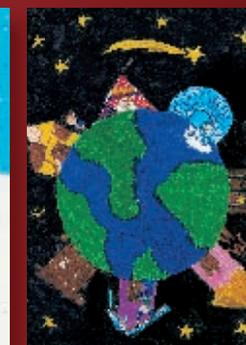
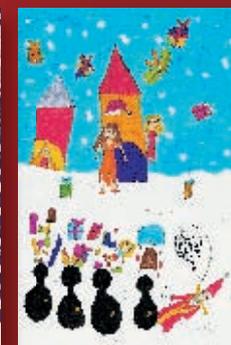
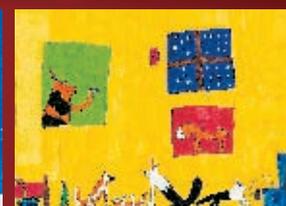
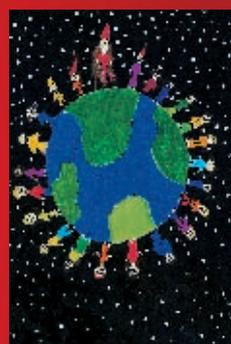
Analfabetismo funzionale:

quando le parole
diventano un ostacolo

Epatite C

Giornata mondiale della salute mentale

Calendario attività ASI-SBK
Dicembre-Aprile 2007-08





Periodico d'informazione sulle
attività dell'associazione svizzera
infermiere/i
Allegato alla rivista
"Cure infermieristiche" 12/07

Segretariato ASI

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

Redazione

Isabelle Avosti
Mariano Cavolo
Geraldine Comodo
Andreja Gashi-Rezzonico
Cristina Treter De Lubomierz

Supervisione

Pia Bagnaschi

Grafica e stampa

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

SOMMARIO

Dicembre 2007 - n. 4

3 Editoriale

Cronaca regionale

4 Giornata mondiale della salute mentale (Andreja Rezzonico)

Approfondimenti

6 Epatite C (Vanina Gurtner)

10 Analfabetismo funzionale: quando le parole diventano un ostacolo (Elvira Marchesi)

Informazioni

13 Comunicato stampa finanziamento delle cure Annunci GICA Annuncio Assemblea 2008 e candidature per ASI Ticino Annuncio Emergency

Agenda

16 Calendario – date chiusura segretariato

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

La giornata mondiale della salute mentale

Non si può parlare di benessere e salute di una persona senza toccare il tema della salute mentale. La salute mentale dipende sia da circostanze esterne (lavoro, reddito, livello di istruzione, accettazione sociale, sicurezza) sia dalle modalità di approccio alla vita e di reazione alle difficoltà della stessa.

In questi ultimi anni il disagio psichico e psicosociale si è diffuso enormemente tra la popolazione: dai problemi degli adolescenti che spesso sfociano in aggressività e violenza, alla depressione infantile o a quella post-gravidanza delle donne, ai problemi neurologici legati alla terza età o alle patologie mentali legate all'uso di alcool e sostanze stupefacenti.

Un trend in aumento che si associa sovente ad un elevato carico di disabilità e di costi economici e sociali, che pesa sui pazienti, sui loro familiari e sulla collettività.

Importante è sottolineare il lungo percorso verso le cure che affrontano le persone colpite da un problema di salute mentale attraverso il pregiudizio, la discriminazione, lo stigma.

Per abbattere le barriere della disinformazione e dello stigma, occorrono interventi di sensibilizzazione e di informazione rivolti alla collettività e a specifici gruppi target.

Le malattie psichiche sono le malattie più diffuse a livello mondiale. Gli esperti affermano che la depressione ed i disturbi d'ansia rappresentano le malattie del futuro. Proprio per questo motivo la Federazione mondiale per la salute mentale ha scelto il 10 ottobre di ogni anno come giornata mondiale per la salute mentale, giornata che quest'anno è stata celebrata per la quindicesima volta.

Quella di quest'anno è stata una nuova ed importante occasione per riflettere su una problematica che riguarda, attualmente, un numero di persone sempre maggiore nel mondo. In qualsiasi momento nella vita di ognuno, nella propria famiglia, a prescindere dall'età e dalla posizione sociale, può determinarsi una situazione di fragilità spesso trasformata in malattia mentale.

Mariano Cavolo



Per il numero di Natale 2007, il comitato ASI-SBK sezione Ticino ha deciso di arricchire la sua rivista trimestrale con i disegni degli alunni della scuola elementare di Russo, in Valle Onsernone. Questo ha permesso di coinvolgere una scuola del Cantone e di dare un tocco originale e speciale alla nostra rivista. I bambini hanno partecipato attivamente e in modo colorato alla realizzazione dei loro capolavori che descrivono il Natale. I 16 disegni pubblicati nel numero di dicembre, attraverso idee molto originali e personali, trasmettono allegria, un messaggio di dono, di interculturalità, di viaggi invernali, di paesaggi fantastici! Per ringraziare la scuola, l'ASI-SBK sezione Ticino, per il tramite di un suo rappresentante e membro del Comitato, ha consegnato un assegno di CHF 300.-- il 21 novembre ai responsabili della scuola di Russo, in presenza dei bambini e delle autorità locali. Questa somma potrà essere utilizzata dai bambini per acquistare materiale didattico o per fare un'uscita particolare!

“Impatto della transculturalità sulla salute mentale”

Giornata mondiale della salute mentale, 10 ottobre 2007

di Andreja Rezzonico
capo infermiera c/o
la Clinica Psichiatrica
Cantonale, Mendrisio

Globalizzazione e migrazione

Il fenomeno della migrazione è un tratto fondamentale nella storia umanitaria del 20° e inizio del 21° secolo, anche se non sembrerebbe essere un'eccezione rispetto al passato.

La globalizzazione ha conferito anche alla migrazione una nuova dimensione, cui, oltre ai fenomeni classici come condizioni di vita precarie, clima, disastri ambientali, violenza e guerra, vanno ad aggiungersi la mondializzazione dell'informazione, l'interdipendenza delle economie e la liberalizzazione degli scambi che accentuano la visibilità dei mercati e l'attrattiva dei paesi occidentali.

Considerando che 2/3 dell'umanità vive in Stati economicamente deboli, i disagi citati in precedenza ed il crescente divario tra paesi ricchi e poveri sembrano essere la causa principale dei movimenti migratori che coinvolgono l'intero globo. Secondo stime internazionali, infatti, circa cento milioni di persone vivono lontano dalle loro terre d'origine e pertanto negli ultimi anni la migrazione ha raggiunto proporzioni mai viste. Non dobbiamo dimenticare, infine, che oltre ai migranti ufficiali, in Svizzera, ma anche in altri paesi occidentali, vivono pure diverse centinaia di migliaia di clandestini (a causa della natura di tale fenomeno non vi sono ovviamente cifre esatte). Ma sia che si tratti di migranti regolari sia di clandestini, anche se i primi dal punto di vista formale sono in condizioni privilegiate, i loro sogni nei confronti dei paesi industrializzati, ricchi di lavoro e di ricchezze, molto presto si scontrano con realtà ben diverse.

Ostacoli e difficoltà

Di fronte agli innumerevoli cambiamenti a volte le persone non ce la fanno: l'incontro tra curanti e utenti di culture diverse crea disagio

*Il fenomeno della globalizzazione non crea, infatti, le condizioni per il superamento delle particolarità etniche, culturali e religiose, anzi porta sovente un'exasperazione di tali aspetti.*² Gli ostacoli con i quali sono confrontati i migranti sono la lingua, la cultura, il clima, l'alimentazione, ma soprattutto la mentalità differente degli autoctoni. Per fronteggiare tali situazioni le persone migranti tendono a riunirsi in gruppi etnici più o meno omogenei, tuttavia molte volte questo comportamento non permette di superare le difficoltà. Tali situazioni fanno sì che la persona stra-



niera è confrontata con sfide che richiedono di dar fondo a molte, e a volte a tutte, le proprie risorse personali. Le persone si ritrovano così a gestire tensioni emotive che, nella peggiore delle situazioni, creano veri e propri disturbi psichici, obbligandole a rivolgersi ai curanti del ramo specialistico della salute mentale. Oltre ai pazienti, molto spesso anche i curanti si sono trovati o si trovano in difficoltà. Questo ha spinto al ripensamento dei propri modi di operare.

Etnopsichiatria: concetti e strumenti di lavoro

Spesso si sente parlare di etnopsichiatria, psichiatria transculturale, psicologia transculturale e di molti altri campi legati allo studio di popoli e di culture diverse.

Senza dimenticare la giornata mondiale della salute mentale è mia intenzione parlare in quest'occasione del ripensamento dei concetti e degli strumenti di lavoro da parte degli specialisti che operano in quest'area, in particolare nell'ambito dell'etnopsichiatria.

Dalla sua nascita negli anni 50 ad oggi questa disciplina si è notevolmente evoluta, affrontando la sfida di incontrare e curare persone provenienti da contesti culturali differenti.

In molte popolazioni il fatto di parlare in termini psicologici di disagio non avviene verbalmente

Di fronte agli innumerevoli cambiamenti a volte le persone non ce la fanno: l'incontro tra curanti e utenti di culture diverse crea disagio.



¹ www.bfm.admin.ch

² Cotesta Vittorio, Sociologia dei conflitti etnici, razzismo, immigrazione e società multiculturali. Bari, Laterza, 1999

L'etnopsichiatria, secondo molti, deve uscire dallo schema etnocentrico occidentale per proporre differenti letture della realtà.

bensi attraverso termini somatici. Per cui una determinata preoccupazione, per esempio, può essere associata ad un determinato dolore del corpo. Mentre per noi la realtà è strettamente legata al visibile, per molte altre popolazioni la realtà è popolata da esseri invisibili, con il rischio di formulare diagnosi di migranti affetti da allucinazioni piuttosto che riconoscere credenze o rappresentazioni a noi estranee. In una società, come la nostra, spinta alla razionalità esasperata, tali concetti sono ormai dimenticati e dunque difficili da capire.

Nella nostra pratica di curanti si è molto spesso impegnati in attività cliniche rivolte alla cura di persone migranti, riconoscendo i limiti degli strumenti operativi, delle chiavi di lettura e degli interventi abituali rispetto a persone portatrici di abitudini, valori, pratiche di vita per noi estranei. Si è pertanto sentita la necessità di formarsi e modificare le modalità di approccio alla cura. Si tratta di ridefinire concetti e strumenti dati per scontati nel nostro quotidiano, in quanto ritenuti implicitamente condivisi dai curanti e dai pazienti che appartengono alla nostra stessa cultura.

L'etnopsichiatria, secondo molti, deve uscire dallo schema etnocentrico occidentale per proporre differenti letture della realtà, affrontando altre interpretazioni di cause, segni, sintomi e metodi terapeutici in funzione del contesto di riferimento per la persona in cura. Persona che magari necessita di risposte adeguate ad altri riferimenti culturali e ad altri termini terapeutici e necessità da soddisfare.

L'etnopsichiatria ha costituito il primo riferimento teorico ed operativo a tali situazioni: *F. Sironi (2001) suggerisce di affidarsi all'etimologia della radice verbale che compone la parola etnopsichiatria al fine di chiarire l'ambito di questa disciplina.*³

- *ethnos*: popolo, si riferisce al contesto culturale collettivo di un gruppo
- *psiche*: si riferisce alla storia psicologica del singolo
- *iatreia*: cura intesa come competenza di qualsiasi professione d'aiuto

L'etnopsichiatria si occupa dunque della salute e della cura di persone tenendo conto della connotazione culturale della persona (R. Beneduce 2004) e definisce gli ambiti di interesse e di inter-

vento: "essa (l'etnopsichiatria) studia il rapporto tra lo stato di benessere o malessere psicologico e le dimensioni di vita della persona culturale, sociale, storica e politica. Dove i valori culturali, l'organizzazione sociale, i rapporti interetnici, le guerre, la migrazione hanno un ruolo determinante per l'equilibrio di salute della persona."⁴

Sempre Roberto Beneduce, uno degli autorevoli esperti odierni afferma: "L'etnopsichiatria, in ragione del suo interrogativo sulle dinamiche culturali, sul rapporto tra cultura e psichismo, ma soprattutto sulla legittimità dei saperi occidentali nell'intervento terapeutico a favore degli immigrati costringe dunque a ripensare il senso della cura e il grado di adeguatezza dei modelli di cura occidentali"⁵

Conclusioni

Nella Giornata Mondiale della Salute Mentale 2007 attraverso le sue attività si sono voluti trasmettere due messaggi:

- sensibilizzare l'opinione pubblica e gli operatori sanitari in merito alla relazione d'aiuto con persone di culture diverse dalla nostra, richiamando l'attenzione riguardo alla necessità di reperimento, costruzione di nuovi strumenti operativi e nuovi punti di vista sulla presa a carico di persone migranti
- promuovere un dialogo nella diversità affinché prevalga l'incontro rispetto allo scontro e alla chiusura tra culture

Infine, dopo vari interrogativi concettuali sul termine transculturalità uno è sembrato particolarmente interessante ed innovativo. Si tratta di una concezione che trascende il senso d'integrazione, assimilazione e convivenza molto spesso usati oggi. Diversi sociologi ed etnologi hanno definito il fenomeno della transculturalità come: "accezione che riflette la naturale tendenza delle persone, nel tempo, a risolvere i conflitti piuttosto che ad esacerbarli, piegando la propria ed altrui cultura verso un *idem sentire*, verso una cultura comune detta, appunto, transcultura."

Ci auguriamo che questo non accada in un futuro troppo lontano. ■

BIBLIOGRAFIA

www.bfm.admin.ch

Cotesta Vittorio, *Sociologia dei conflitti etnici, razzismo, immigrazione e società multiculturali*. Bari, Laterza, 1999

Sironi Françoise, *Persecutori e vittime*, Feltrinelli, Milano 2001

Beneduce Roberto, *Antropologia ed etnopsichiatria della migrazione*, SUPSI, 2004

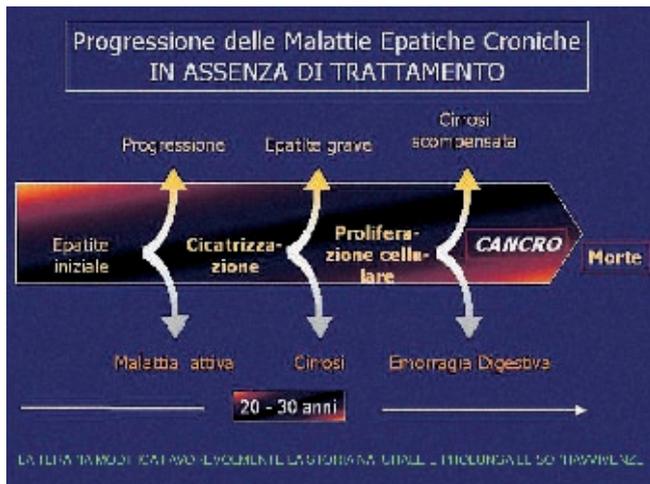
³ Sironi Françoise, *Persecutori e vittime*, Feltrinelli, Milano 2001

⁴ Beneduce Roberto, *Antropologia ed etnopsichiatria della migrazione*, SUPSI, 2004

⁵ Beneduce Roberto, *Antropologia ed etnopsichiatria della migrazione*, SUPSI, 2004

L'EPATITE C

della Dottoressa Vanina Gurtner-de la Fuente
medico assistente presso il servizio
di malattie infettive dell'ospedale regionale
di Lugano, sede civico.



Cosa si intende per epatite?

L'epatite è un'infezione del fegato. Il fegato s'infiamma quando entra a contatto con un agente patogeno (infettivo, metabolico, immunologico, tossico-medicamentoso) in grado di danneggiare la cellula epatica (epatocito). Il danno epatocitario origina un quadro infiammatorio (reclutamento e attivazione di globuli bianchi che infiltrano l'area danneggiata). Le cellule infiammatorie hanno come obiettivo distruggere l'agente patogeno e anche gli epatociti danneggiati. Se questa azione di pulizia ha successo allora il patogeno viene eliminato, l'infiammazione si risolve e si rigenerano le cellule epatiche, ristabilendo la situazione iniziale. Nel caso il sistema immunologico non riuscisse ad eliminare l'agente patogeno l'infiammazione evolverà in epatite cronica.

Quando l'epatite cronica si protrae nel tempo allora può capitare che il fegato non riesca più a rigenerare le cellule danneggiate. Gli epatociti danneggiati saranno quindi sostituiti con cellule connettive (tessuto cicatriziale). Col tempo, l'accumulo di tessuto cicatriziale nel fegato farà sì che venga alterata la normale architettura epatica e il fegato diventerà fibrotico. Con la diminuzione del tessuto epatico funzionante (sostituito con tessuto cicatriziale) il fegato non riuscirà più a svolgere bene le sue funzioni. Ci troveremo in una situazione d'insufficienza epatica. L'insufficienza epatica può manifestarsi come ittero e prurito (per ristagno di bile e acidi biliari), alterazioni della crassi con conseguenti sanguinamenti, cicatrizzazione lenta delle ferite (per alterata produzione di fibrinogeno e protrombina), alterazione dello stato di coscienza o delle fun-

zioni cognitive (dovuta all'accumulo di sostanze tossiche, come l'ammoniaca). Inoltre, l'irrigidimento epatico dovuto all'accumulo di tessuto cicatriziale può creare un blocco del flusso sanguigno che attraversa l'organo. Il sangue che arriva dall'intestino ristagnerà nella vena porta creando un'ipertensione portale con un conseguente ingrossamento della milza (splenomegalia). A questo può seguire un accumulo di liquidi extravassati a livello del peritoneo (ascite). A causa del flusso ridotto nel fegato il sangue può riversarsi sulle vene dell'esofago, formando dilatazioni venose (varici esofagee). Le varici

esofagee possono rompersi causando gravi emorragie e mettendo in grave pericolo la vita del paziente.

Infine, dopo anni di continua distruzione e rigenerazione del tessuto epatico, il fegato cirrotico diventa più propenso a sviluppare lesioni di tipo espansivo (epatocarcinoma).

A dipendenza del tipo ed eventuali combinazioni di agenti patogeni all'origine dell'epatite, questa evoluzione può essere rapida (anni) o lenta (decenni).

Il virus dell'epatite C

L'epatite C (HCV), la cui scoperta risale al 1989, per merito del Dott. Choo della Chiron Corporation, è un piccolo virus appartenente alla famiglia delle Flaviviridae.

Si tratta di un virus formato da un involucro e un nucleo interno o core del virus, dove si trova il genoma virale costituito da acido ribonucleico (RNA).

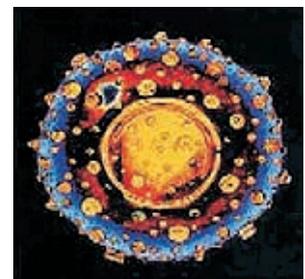
Esistono sei diverse varianti genetiche di virus HCV, in altre parole virus con RNA leggermente differenti, chiamati "Genotipi virali". Questi genotipi sono stati numerati dall'1 al 6.

Il virus HCV ha un periodo d'incubazione dalle due settimane a sei mesi, con una media di ca. 6-7 settimane.

Circa il 15% dei soggetti che vengono infettati guariscono spontaneamente; il 25% produce una malattia asintomatica con persistente normalità delle transaminasi e lesioni istologiche al fegato solitamente molto modeste.

Si può affermare perciò che, complessivamente, circa il 40% dei soggetti guarisce, oppure va incontro ad una forma benigna d'epatite.

Dopo anni di continua distruzione e rigenerazione del tessuto epatico, il fegato cirrotico diventa più propenso a sviluppare lesioni di tipo espansivo .



Le persone affette da infezione HCV devono essere consapevoli che il loro sangue è potenzialmente infettivo.

Il rimanente 60% tende alla cronicizzazione, il 40% dei quali manifesta lesioni epatiche necro-infiammatorie moderate con una minima fibrosi, di cui l'esito a lungo termine non è noto, ma è probabile che non vi sia una progressione della malattia.

Il rimanente 20% dei pazienti con epatite cronica virale sviluppa lentamente, ma inesorabilmente, in soli 10-40 anni una cirrosi epatica e il 3-4% di questi ultimi avranno purtroppo una fine infausta per insufficienza epatica, se non preventivamente inseriti nella lista per i trapianti.

Il virus dell'epatite C è particolarmente degno d'attenzione, poiché rappresenta una delle cause più frequenti d'epatite cronica. Nella maggior parte dei casi la malattia è subdola, asintomatica, di difficile diagnosi precoce, tende quindi facilmente a diventare cronica e, se non curata in tempo, può condurre alla cirrosi epatica, alle sue complicazioni e anche, in rari casi, all'epatocarcinoma. Inoltre, non esiste un vaccino in grado di prevenire quest'infezione e l'efficacia dei trattamenti attualmente a disposizione è tuttora limitata.

A favorire la cronicizzazione dell'infezione contribuiscono l'abuso d'alcool (anche se in quantità ragionevoli accelera la tendenza alla cicatrizzazione del fegato e quindi lo sviluppo di cirrosi), l'essere stati contagiati in età inferiore ai 40 anni, il sesso maschile, l'eccesso ponderale, l'età avanzata o la contemporanea infezione con il virus dell'epatite B (HBV) o con l'HIV.

Come si trasmette?

Il contagio avviene essenzialmente quando il sangue infetto di un individuo entra in contatto con il sangue di un altro non infetto, tramite esposizione percutanea, trasfusioni o terapia con emoderivati (prima della scoperta del virus HCV poiché dal 1990 tutte le donazioni vengono monitorate per il virus HCV tramite test anticorpale e viremia HCV). Raramente avviene una trasmissione verticale (mamma-feto) durante la gravidanza (<5%, con un rischio aumentato se la mamma è co-infetta HIV), e molto raramente tramite contatto sessuale (0,5-5%). Un'unica iniezione "non pulita" può bastare a contagiarsi.

I soggetti maggiormente a rischio sono i tossicodipendenti per via endovenosa. La condivisione di aghi, siringhe, cucchiari, o filtri che possano essere contaminati con virus HCV rappresenta un grosso rischio di contagio. Bisogna fare anche particolare attenzione a tatuaggi, piercing o agopuntura, se non eseguite con strumenti sterili. Condividendo il rasoio o anche lo spazzolino da denti si può contrarre, anche se molto raramente, l'epatite C.

L'allattamento non comporta alcun rischio di trasmissione per il bambino.

Quasi il 40% delle persone affette da epatite C non sa come e dove ha contratto l'infezione.

Come proteggersi dell'infezione HCV?

La migliore protezione consiste nell'evitare le situazioni a rischio.

Per contro, le persone affette da infezione HCV devono essere consapevoli che il loro sangue è potenzialmente infettivo. Per questo motivo devono prendere delle misure per evitare il contatto tra il loro sangue e il sangue di altri (per esem-



pio attraverso ferite aperte). Per quanto riguarda l'attività sessuale, non ci sono particolari limitazioni. Il bacio non rappresenta praticamente alcun rischio. Per i rapporti sessuali, l'uso del preservativo è consigliato soltanto alle persone che cambiano spesso partner. Questa misura precauzionale per contro non è necessaria in un rapporto stabile. Si ritiene che il rischio di trasmissione sessuale nell'ambito di rapporto coniugale sia di ca. lo 0.5%.

Sintomatologia

La fase acuta interessa i primi sei mesi dall'infezione e può decorrere sia in modo silente sia in modo sintomatico.

In alcuni casi (10-20%), il paziente presenta il quadro classico dell'influenza con febbre (da 37,7 a 38,3°C), malessere, nausea, inappetenza. Le urine tendono a diventare ipercromiche, in altre parole con una colorazione più intensa. Nel 10-15% dei soggetti può comparire ittero. In definitiva, la sintomatologia è poco specifica (non fa pensare immediatamente all'epatite) e potrebbe essere riferita anche ad altre malattie.

L'infezione può essere diagnosticata dopo alcune settimane del contagio con un esame del sangue (identificazione nel sangue dell'HCV-RNA virale tramite PCR, e più tardi tramite determinazione degli anticorpi anti-HCV). I valori elevati delle transaminasi nel sangue sono indice d'infiammazione e distruzione della cellula epatica. Solo in una piccola percentuale di soggetti contagiati l'epatite C (20% ca.) guarisce spontaneamente.

Nella maggior parte dei casi (>70-80%) l'epatite C non guarisce spontaneamente nell'arco di sei mesi. La malattia evolve quindi in epatite cronica.

In molti casi l'epatite C acuta non ha sintomi e diventa cronica causando danni al fegato nel lungo termine: ad esempio cirrosi e carcinoma epatocellulare. Generalmente i danni seri al fegato non si presentano se non dopo 10-40 anni dopo l'infezione.

Soltanto in uno stadio avanzato della malattia possono insorgere complicazioni che mettono a rischio la vita del paziente come ascite, emorragia da varici esofagee, encefalopatia, insufficienza epatica. Queste complicazioni insorgono nell'arco di 5 anni in un 20% dei pazienti cirrotici. Alcuni di questi pazienti (ca. 1%) possono andare incontro ad un'evoluzione maligna della cirrosi (epatocarcinoma).

Esistono sintomatologie che possono essere as-

sociate alla presenza del virus epatite C. Queste sono legate alle crioglobuline, disfunzione tiroidea, alcuni tipi di glomerulonefrite.

Diverse manifestazioni extraepatiche vengono messe in connessione con l'epatite C. Un 35-50% dei pazienti con HCV presenta una crioglobulinemia. Questa si manifesta tanto più frequentemente, quanto più lunga è l'esistenza dell'infezione. Nella maggior parte dei casi la crioglobulinemia non dà sintomi. Nel 20% dei casi si associa ad artralgie o prurito, in un 2% con porpora, neuropatia, vascolite, o glomerulonefrite. La glomerulonefrite può insorgere con o senza crioglobulinemia; a tale riguardo dal punto di vista istologico, si tratta di una glomerulonefrite membranoproliferativa. Un'ulteriore manifestazione extraepatica frequente è l'insorgenza di una sindrome secca (cheratocongiuntivite e xerostomia).

Diagnosi

Prima di tutto, bisogna pensare all'epatite C. La ricerca dell'epatite C va fatta in special modo nei soggetti che presentano comportamenti ad elevato rischio di contagio/trasmissione o nei casi di epatopatia cronica di origine non chiaro. Una positività del test anticorpale per il virus HCV indica soltanto che l'organismo ha avuto contatto con il virus. Tuttavia, per capire se si tratta di un'infezione cronica o passata, bisogna controllare l'acido nucleico virale (HCV-RNA) nel sangue, tramite tecnica PCR. Se questa risulta positiva, e in assenza d'indizi per un'epatite acuta (di meno di sei mesi di decorso), si stabilisce la diagnosi di epatite C cronica (cioè che l'HCV è ancora presente in circolo e si sta replicando). La determinazione del genotipo virale ci permetterà di stabilire la durata e la risposta ad un'eventuale terapia antivirale. Grazie alle nuove terapie combinate è migliorata la probabilità di successo terapeutico che può variare dal 45-50% dopo 48 settimane di terapia per il genotipo 1, al 65% dopo 48 settimane di terapia per il genotipo 4, sino all'80-85% con i genotipi 2-3, in questo caso dopo 24 settimane di terapia. In Svizzera si calcola che circa 70.000 persone siano state esposte al virus HCV, cioè ca. l'1% della popolazione globale. L'epatite C è stata diagnosticata in ca. 30.000 pazienti appena, dal 1990.

La diffusione a livello mondiale è stimata attorno a 170-200 milioni di soggetti portatori di virus HCV, vale a dire il 3% della popolazione.

Terapia

La cura si basa principalmente sull'interferone al-

La cura si basa principalmente sull'interferone alfa (IFN α), combinato con altri medicinali in particolare con la ribavirina.

fa (IFN), combinato con altri medicinali in particolare con la ribavirina. Il primo in forma di punture sottocutanee una volta la settimana e la seconda in forma di compresse da prendere tutti i giorni.

La terapia dura 24 settimane per il genotipo 2 e 3. Se il virus appartiene al genotipo 1 o 4, dopo le prime 12 settimane di terapia si decide, sulla base della carica virale HCV, se continuare il trattamento sino a completare 48 settimane. Il successo terapeutico viene valutato sulla base della normalizzazione della transaminasi e della scomparsa del virus nel sangue. Sei mesi dopo il termine della terapia farmacologia vengono considerati guariti i pazienti che presentano un HCV-RNA permanentemente scomparso nel sangue. Si parla quindi di "risposta virale sostenuta". Gli studi rilevano una guarigione stabile di almeno l'80% per i genotipi HCV 2 o 3, 65% per il genotipo 4 e circa il 50% per il genotipo 1.

Prima di intraprendere una terapia come questa, va attentamente valutata da medici esperti che discuteranno approfonditamente con il paziente sulla probabilità di sopravvento di complicazioni legate all'epatite C cronica, sull'efficacia della terapia secondo genotipo e altri fattori di rischio (co-infezione con HIV, con HBV) e il rischio dovuto agli effetti collaterali.

La comparsa degli effetti collaterali e la loro intensità ha un'importante variabilità individuale.

Molto frequentemente i sintomi sono più marcati durante la prima fase del trattamento (prime 4 settimane). Frequentemente si accusano sintomi simil-influenzali, già subito dopo poche ore dopo l'iniezione d'interferone peghilato. Il paziente accusa brividi, febbre, artralgie, mialgie, malessere generale, cefalea, calo ponderale, inappetenza, nausea, e più raramente vomito e diarrea. Spesso durante la terapia si osservano spiccata astenia, disturbi del sonno, della concentrazione, instabilità emotiva, depressione, mancanza d'iniziativa. Alterazioni muco-cutanee (sicchezza della bocca, naso, occhi), prurito, reazioni cutanee eczematose, caduta dei capelli. Raramente disfunzioni tiroidee, polineuropatie, alterazioni del gusto.

Nella fase iniziale si osservano anche alterazioni ematologiche, in particolare anemia (di tipo emolitico), trombocitopenia e leucopenia con neutropenia.

Molti di questi effetti collaterali possono essere sensibilmente alleviati se precocemente trattati dal medico curante.

Gli effetti collaterali descritti scompaiono gra-

dualmente e completamente una volta che si riduce la dose o si sospende la terapia. Soltanto l'ipotiroidismo e altre malattie autoimmunologiche insorte sotto terapia d'interferone peghilato non regrediscono completamente dopo la sospensione della terapia farmacologia.

La ribavirina può recare danni allo sviluppo embrionario e fetale e può inoltre pregiudicare la qualità degli spermatozoi. Per questo motivo è indispensabile che siano adottate misure contraccettive efficaci sia dalle donne sia dagli uomini che si sottopongono alla cura anti-HCV.

È inoltre noto che l'alcol favorisce la diffusione del virus e rende il trattamento con interferone meno efficace.

Anche se la terapia riuscisse a debellare il virus bisogna tener conto che non si sviluppa un'immunità protettiva contro la re-infezione. Purtroppo si può essere contagiato nuovamente dal virus.

Cosa deve evitare un paziente affetto da epatopatia cronica?

Occorre evitare l'alcol, anche in quantità modeste, visto che accelera il processo di cicatrizzazione del fegato, e qualsiasi altra sostanza potenzialmente epatotossica, in particolare farmaci antinfiammatori (FANS) e qualsiasi altro medicamento se non sotto stretta indicazione medica, inclusi i fitoterapici.

Bisogna inoltre evitare di essere co-infettati con altri virus epatite (virus epatite A e B) e quindi si rende necessaria l'immunizzazione dei pazienti affetti da epatopatia cronica che presentano una sierologia negativa per infezione da HBV e/o HAV.

Occorre inoltre evitare tutte le situazioni che rappresentano un rischio di entrare in contatto con altri virus, in particolare l'HIV. ■

BIBLIOGRAFIA

Puoti Claudio et al. *Presentazione azienda USL Roma H, Ospedale Civile di Marino, Roma*. www.epatologia.org. 2007

Lehrer J.K. 2006. Medline Plus. *Medical Encyclopedia: Hepatitis C*. A.D.A.M: American Accreditation Health Commission, 2007.

Odenheimer E., et al. *Epatite C: 50 domande e risposte*. Sevhep. 2007. www.sevhep.ch

Ufficio federale della sanità pubblica. *Epatite C: mi concerne?, che cos'è?, Quali sono i rischi? che fare?*. UFSP OeG 11.01

Analfabetismo funzionale Quando le parole diventano un'ostacolo

di Elvira Marchesi

In Svizzera circa il 10-20 per cento degli adulti hanno delle lacune nella lettura e nella scrittura. Per le consulenti in diabetologia e altri loro colleghi del settore della salute, è importante riconoscere l'analfabetismo funzionale, reagire in modo adeguato e proporre un materiale di formazione idoneo.

"Dal medico prendo appuntamento solo per telefono. Quando si tratta di compilare dei formulari dico di aver dimenticato gli occhiali o porto con me mia moglie, che li compila al mio posto". "Quando ci sono delle discussioni sulle notizie, mi metto a sfogliare il giornale e mi accontento di aggiungere alcune frasi senza un gran significato". Ecco come due analfabeti funzionali illustrano in che modo riescono a nascondere che non sanno né leggere né scrivere. Altri prendono la scusa di non aver tempo e portano a casa il formulario. Al ristorante aspettano di vedere che cosa ordina chi hanno di fronte e ordinano la stessa cosa.

Mancanza di sensibilità

Quando ho iniziato a lavorare come consulente in diabetologia, la mia attenzione è stata particolarmente attratta da un gruppo di pazienti che facevano molta fatica a leggere e a capire testi semplici. L'incontro con delle persone che, molto probabilmente, non sapevano né leggere né scrivere e che cercavano in tutti i modi di nascondere, mi ha fatto pensare. Mi sono chiesta come era possibile che una persona non riesca a scrivere, malgrado abbia frequentato la scuola. Ho allora cercato di capire le cause dell'analfabetismo funzionale e di prendere in considerazione le conseguenze psicologiche e sociali di questo handicap.

Le consulenti e i consulenti – non solo in diabetologia – devono essere sensibilizzati ai problemi dei clienti che presentano un analfabetismo funzionale. Si tratta di analizzare il materiale di formazione disponibile in funzione della sua utilità. È adatto a queste persone? Non partiamo forse sistematicamente dall'idea che tutti i pazienti sono in grado di leggere gli opuscoli che gli proponiamo? È difficile stabilire precisamente il numero di analfabeti funzionali, dato che le cifre sono imprecise e la definizione poco chiara. Gli specialisti ritengono che in Svizzera circa il 10 per cento della popolazione adulta abbia "enormi difficoltà" a leggere e a capire dei testi semplici. Secondo P. Notter (1999), il 18 per cento delle persone che vivono in Svizzera han-



Nel caso di difficoltà nella lettura, si potrà proporre materiale adeguato

no "gravi problemi di lettura e di scrittura". Tuttavia il numero di persone che hanno difficoltà a scrivere è due volte maggiore di quello delle persone che leggono con difficoltà. Fanno parte di quella minoranza di persone che vive costantemente nella paura di essere scoperte e quindi trattate in modo denigrante. I loro guai sono quotidiani; infatti ovunque bisogna scrivere o leggere qualcosa e la fragile autostima di queste persone può vacillare in qualsiasi momento.

Un handicap quotidiano

Si impara a leggere e a scrivere a scuola. Ma è continuando a sviluppare queste competenze di base che saremo in grado di rispondere alle crescenti esigenze della società dell'informazione. L'acquisto di un biglietto distribuito da un apparecchio automatico richiede ad esempio delle competenze molto diverse da quelle dell'acquisto allo sportello. E quando si tratta di scrivere o di leggere una lettera, di capire un orario, di decifrare una cartina, delle indicazioni relative ad un alimento o il biglietto illustrativo che accompagna un medicamento sono molto più numerose di quanto si pensi le persone che incontrano enormi problemi. A questo si aggiunge il fatto che anche la vita quotidiana richiede un minimo di conoscenze in matematica per poter capire ciò che è scritto sui buoni, le offerte di sconto o i formulari di ordinazione.



Le consulenti e i consulenti – non solo in diabetologia – devono essere sensibilizzati ai problemi dei clienti che presentano un analfabetismo funzionale.



L'incapacità di leggere e di capire testi semplici rende il quotidiano più complicato

L'analfabetismo funzionale comprende diversi aspetti. Giese (1984) distingue cinque gruppi diversi.

Largo spettro

L'analfabetismo funzionale comprende diversi aspetti. Giese (1984) distingue cinque gruppi diversi:

- gruppo 1: persone completamente illetterate, eventualmente capaci di scrivere il loro nome e di identificare alcune lettere isolate.
- gruppo 2: persone illetterate che dispongono di conoscenze rudimentali.
- gruppo 3: persone illetterate che dispongono di capacità di lettura rudimentali. Questo gruppo capisce il principio della scrittura fonetica e riesce a leggere con insicurezza. Alcune parole possono essere scritte a memoria.
- gruppo 4: persone capaci di leggere e di scrivere con grandi difficoltà. Questo gruppo riesce a leggere senza troppi problemi ma non può quasi scrivere. Non riescono a trascrivere le parole foneticamente. Incontrano gravi difficoltà nella costruzione di testi scritti.
- gruppo 5: persone in grado di leggere e di scrivere con difficoltà specifiche nell'ortografia, nella punteggiatura e nella costruzione di un testo.

Sono considerate analfabete in senso stretto le persone che appartengono ai primi tre gruppi.

Le cause

L'esame della letteratura mostra che gli autori sono unanimi sul fatto che le cause dell'analfabetismo sono imputabili sia alle predisposizioni individuali che a condizioni familiari e scolastiche sfavorevoli e all'evoluzione della società in generale. L'analfabetismo è quindi spesso un problema familiare: uno dei due genitori è illetterato. Il fenomeno è favorito dalle esperienze di comunicazione negative in cui dominano gli urli, le grida e il silenzio, come pure una mancanza di interesse emotivo da parte dei genitori nei confron-

ti dei figli. Leggere e scrivere occupano ben poco posto nella vita familiare, leggere o scrivere una lettera sono attività totalmente estranee per i bambini.

Passività e distrazione

Le biografie di persone analfabete svelano nella maggior parte dei casi situazioni familiari difficili durante l'infanzia e la scolarità. Famiglia numerosa, alloggio esiguo, malattia di uno dei genitori, problemi di alcol in famiglia, liti e atti di violenza fra i genitori e livello di formazione basso possono giocare un ruolo. Se l'acquisizione della lettura e della scrittura non è realizzata nel corso dei primi due anni di scuola, questo deficit si ripercuote sul prosieguo della scolarità e può causare dei blocchi nell'apprendimento. Questi si manifestano attraverso la distrazione, la passività, il fatto di disturbare costantemente l'insegnamento, ma anche dei mal di pancia e a volte il rifiuto di andare a scuola. L'esperienza di queste persone si riassume così: "Non sono niente, non raggiungo niente, sono un incapace, queste cose non le imparerò mai!" Sono stigmatizzate, hanno un limitato margine di scelta della professione e poche possibilità di salire nella scala sociale. Le persone illetterate fanno enormi sforzi per nascondere le loro deficienze e sono spesso scoperte "per caso". La maggior parte delle persone interessate vivono in una dipendenza totale da terzi. Quasi tutte hanno una persona di fiducia che è al corrente e che legge e scrive al loro posto. In generale è il partner, un amico, un parente o un figlio. In qualità di consulente è importante saper riconoscere i problemi legati alla lettura o alla scrittura. I segni e modelli comportamentali sono tipici (vedi riquadro). Di fronte ad un paziente che si sospetta abbia problemi di lettura o di scrittura, il modo di reagire della consulente è determinante. Domande dirette del tipo "sa leggere e scrivere" devono essere evitate. In nessun caso la consulente deve adottare un'attitudine accusatoria o di controllo. L'importante è comportarsi in modo empatico e dimostrare di saper accettare. Quando constato che un cliente fa fatica, pongo piuttosto delle domande del tipo: "noto che lei fa fatica a capire questo documento..." o "può esserle utile ricevere materiale con più illustrazioni?" I miei pazienti sono quasi sempre stati sollevati quando ho riconosciuto il problema. Nella maggior parte dei casi hanno iniziato a parlare della loro situazione di vita, delle loro difficoltà quotidiane e della vergogna che provano ad essere esposti a simili situazioni. Si può, in una discussione aperta,

segnalare a queste persone che in Svizzera esistono dei corsi per persone che hanno questo tipo di problemi. In questi corsi si lavora molto sulla costruzione dell'autostima e sul riconoscimento delle competenze individuali.

Materiale di formazione idoneo

Anche se noi consulenti in diabetologia non siamo dei pedagoghi specializzati nel settore dell'analfabetismo, abbiamo una responsabilità nei confronti delle persone che presentano problemi di lettura o di scrittura e dobbiamo consigliarle in modo adeguato. Per esempio, situazioni in cui il paziente riesce con difficoltà a decifrare una sola frase devono essere evitate. Un materiale di formazione adeguato è senza dubbio l'elemento più importante. Per questo mi sono lanciata in un'analisi dettagliata della scheda d'ipoglicemia utilizzata finora. La scheda d'istruzione non risponde ai criteri stabiliti dagli specialisti (Döbert/Hubertus 2000) "per una lettura facile". Per quanto riguarda i caratteri tipografici e l'impaginazione, questi criteri propongono dei caratteri più grandi, più paragrafi, nessuna separazione, messa in evidenza dei titoli, testo accompagnato da illustrazioni. Inoltre

sono richiesti termini comuni e l'impiego di nozioni conosciute (linguaggio corrente), frasi semplici, non troppo lunghe.

Ho quindi preparato in modo molto più generoso la mia scheda riguardante l'ipoglicemia, strutturandola in modo diverso e completandola con disegni. Alcune parti del testo sono state semplificate, senza tuttavia modificarne il senso. Sono state accorciate alcune frasi e riformulate in prima persona. Le prime esperienze dimostrano che questo materiale più idoneo non è utile solo per le persone che hanno difficoltà a leggere e a scrivere, ma è molto apprezzato anche dagli altri clienti. ■

***Elvira Marchesi** è consulente in diabetologia presso l'Ospedale Beata Vergine di Mendrisio
Contatto: e.marchesi@freesurf.ch

La bibliografia e le referenze inerenti l'articolo di trovano su "Cure infermieristiche 2/2007, pag. 22

In Svizzera esistono dei corsi per persone che hanno questo tipo di problemi. In questi corsi si lavora molto sulla costruzione dell'autostima e sul riconoscimento delle competenze individuali.

Riconoscere l'analfabetismo

Comportamenti che parlano

Esiste una serie di modelli comportamentali che indicano un potenziale analfabetismo funzionale. I segni seguenti mostrano l'esistenza di difficoltà:

Lettura: non porta con sé documenti, evita le situazioni in cui bisogna leggere, non vede il nesso con le informazioni ricevute.

Scrittura: non porta con sé materiale per scrivere. La scrittura è infantile, non segue le linee, non prende appunti.

Espressione orale: non parla spontaneamente, ha difficoltà di comprensione.

Ascolto: dà l'impressione che sia innervosito, manifesta una mancanza di concentrazione, sembra disattento.

Uso delle cifre: dice di non capire le cifre e i numeri; evita le situazioni in cui è necessario calcolare.

I comportamenti seguenti rivelano chiaramente che si tratta di analfabetismo funzionale:

Lettura: la persona dice che legge male; decifra una parola senza capirla; legge lentamente, con esitazione; non riconosce l'informazione data dal testo scritto.

Scrittura: la persona dice che scrive in modo lacunoso; parole o elementi di testo quotidiani (nome, indirizzo, nome di luoghi conosciuti) sono appena decifrabili; è incapace di scrivere una lettera, o lo fa

molto lentamente; tiene la penna in modo strano.

Espressione orale: vocabolario limitato; si esprime unicamente al presente; mescola i suoni e le parole.

Ascolto: risposte inappropriate alle domande e alle indicazioni; chiede spesso che si ripetano le domande o le istruzioni; non capisce correttamente le domande, le istruzioni e le informazioni.

Uso delle cifre: non riesce a leggere le cifre; non sa contare, né fare una somma o una sottrazione; il calcolo mentale semplice non è possibile o presenta errori.

Finanziamento delle cure

Discriminazione intollerabile dei pazienti bisognosi di cure acute a domicilio o in istituti medico-sociali (IMS)

L'Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) è molto delusa della decisione del Consiglio degli Stati riguardante la limitazione del finanziamento delle cure acute e di riadattamento a domicilio e in IMS. Questa proposta discrimina enormemente i pazienti curati a domicilio e in IMS rispetto ai pazienti in ospedale.

Con l'introduzione di forfait per caso, i cambiamenti nel finanziamento ospedaliero provocheranno un notevole spostamento dei pazienti che richiedono cure acute al loro domicilio e negli IMS. Anche queste persone hanno il diritto di ricevere un finanziamento per le loro cure mediche e infermieristiche. È intollerabile che il 20 per cento dei costi siano trasferiti a loro carico. Questo comporterà un implicito razionamento delle cure e, una volta ancora, la responsabilità passerà dai politici ai curanti.

Con l'argomento della neutralità dei costi nel nuovo regime di finanziamento delle cure, i risparmi previsti con i forfait per caso nel finanziamento ospedaliero andranno a pesare sui pazienti e i cantoni. La neutralità dei costi in un settore che, in linea generale, aumenterà ulteriormente, ha come conseguenza che il carico da assumere da parte dei pazienti sarà sempre più oneroso e i contributi delle casse malati diminuiranno in modo proporzionale, anche a causa della soppressione dell'adeguamento al rincaro. L'ASI non capisce questa decisione antisociale e non solidale che mostra ancora una volta lo scarso valore accordato alle cure, benché siano una prestazione essenziale del sistema sanitario. Le decisioni distribuite nella revisione della LAMaI tra il finanziamento ospedaliero e il finanziamento delle cure esigono una soluzione che sia giusta nei confronti degli interfaccia tra i diversi settori. L'ASI non si farà garante di una politica dello scarica-barile che si prende gioco dei beneficiari delle cure. Spera che il Consiglio nazionale si imponga su questo punto in occasione della procedura di eliminazione delle divergenze. Questo sarà l'unico modo per evitare un referendum.

(comunicato stampa del 25 settembre 2007)

Per ulteriori informazioni: Pierre Théraulaz, telefono 079 310 85 64



**SBK
ASI**

Assemblea Generale ASI Ticino
2 aprile 2008

CpA La Piazzetta - Via Loreto 17 - 6900 LUGANO

Comunicazione ASI Ticino

Chi fosse interessato a seguire più da vicino l'attività dell'ASI-SBK Sezione Ticino, quale membro di comitato, delegato, supplente delegato o membro di un gruppo di lavoro è pregato di annunciarsi al segretariato. Impegnarsi nell'associazione permette di aggiornarsi e di contribuire attivamente all'evoluzione della professione, implicandosi a livello di politica socio sanitaria cantonale e nazionale.

Le proposte di candidatura dei membri devono essere inoltrate al segretariato all'attenzione del comitato almeno 8 settimane prima dell'assemblea generale.

MEMBRI ASI-SBK

CATEGORIA	PERCENTUALE LAVORATIVA
Categoria 11	51% - 100%
Categoria 12	11% - 50%
Categoria 13	Allievi
Categoria 14	0% - 10%
Categoria 19	Infermieri indipendenti

Eventuali cambiamenti di categoria devono essere segnalati al Segretariato ASI-SBK Sezione Ticino entro la fine del mese di dicembre.

Il gruppo GICA (Gruppo d'Interesse Case per Anziani) informa di avere terminato la redazione del profilo del Responsabile delle Cure. Il documento è scaricabile sul sito www.asiticino.ch



EMERGENCY ricerca INFERMIERI per i suoi progetti in:

Afghanistan, Sierra Leone, Cambogia, Sudan:

INFERMIERI DI CHIRURGIA GENERALE	Afghanistan, Sierra Leone, Cambogia
INFERMIERI DI ORTOPEDIA	Afghanistan, Sierra Leone, Cambogia
INFERMIERI DI TERAPIA INTENSIVA	Tutti i paesi
INFERMIERI DI PEDIATRIA	Afghanistan, Sudan, Sierra Leone
INFERMIERI DI SALA OPERATORIA	Afghanistan, Sierra Leone, Sudan
INFERMIERI DI CARDIOCHIRURGIA	Sudan (Terapia Int, Sala Op, Emodinamica, Corsia)



REQUISITI: Significativa esperienza ospedaliera; capacità di adattamento a lavorare secondo protocolli clinici e operativi standardizzati; disposizione a formare lo staff locale; disponibilità a lavorare nel rispetto della cultura locale e delle regole di sicurezza definite da Emergency; disponibilità di permanenza all'estero preferibilmente di 6 mesi (minimo 3); buona conoscenza della lingua inglese parlata e scritta.

CONDIZIONI: Collaborazione retribuita, copertura spese di viaggio, vitto e alloggio, assicurazione. Inviare curriculum dettagliato a:

EMERGENCY - Ufficio Risorse Umane - via Meravigli 12/14, 20123 Milano
Tel 02 863161 fax 02 86316337 e-mail: curriculum@emergency.it

Informiamo che l'iter selettivo prevede: una prima valutazione del CV e successivamente un colloquio di selezione ed una conversazione in lingua inglese presso la sede di Milano. Prima di inviare copia del curriculum vitae leggere sul sito www.emergency.it, l'informativa sulla privacy pubblicata nella sezione "lavora con noi".

Agenda



CALENDARIO ATTIVITÀ ASI-SBK SEZIONE TICINO

DICEMBRE – APRILE 2007/08

CORSI – CONFERENZE – ATELIER – ASSEMBLEE

DATA	CORSO	TERMINE ISCRIZIONE	ANIMATORE	PARTECIPANTI	LUOGO
17 – 18 gennaio 2008	Animazione e creatività con gli anziani: il gioco in casa anziani tra divertimento e terapia	17.12.2007	Mary Ardia Rita Pezzati	operatori del ramo socio sanitario che hanno partecipato al seminario "Animazione e creatività con gli anziani"	da definire
24 – 25 gennaio 2008	I custodi del silenzio: l'operatore sociale a contatto con la morte	20.12.2007	Vincenzo Santoro	operatori del ramo socio sanitario	Lugano
29 gennaio 2008	Alimentazione dai 4 ai 14 anni	20.12.2007	Maura Nessi Zappella	operatori del ramo sanitario	Lugano
11 – 12 febbraio 2008	Che comunicatore sono?	14.01.2008	Mariano Cavolo	aperto a tutti	Lugano
14 febbraio 2008	Cure palliative e dolore	14.01.2008	Manuela Colla Züger Claudia Gamondi Palmesino	infermieri/e assistenti geriatrici/che	Lugano
18 – 19 febbraio 2008	Kinesiologia educativa ii (edu – k)	21.01.2008	Marlène Scalisi	aperto a tutti coloro che hanno partecipato al seminario "Kinesiologia educativa I"	Bellinzona
10 marzo 2008	Bls-aed® src automated external defibrillation	11.02.2008	Insegnante della CRV Lugano	infermieri/e	Pregassona
11 - 12 marzo 2008	Animazione e creatività con gli anziani: la persona affetta da demenza	11.02.2008	Mary Ardia Rita Pezzati	operatori del ramo socio sanitario che hanno partecipato al seminario "Animazione e creatività con gli anziani"	da definire
12 – 13 – 14 marzo 2008	Kinesiologia: touch for health iii	11.02.2008	Marlène Scalisi	aperto a tutti coloro che hanno partecipato ai seminari "Kinesiologia: touch for health I e II"	Bellinzona
4 – 18 aprile 2008	Trattamento ulcera crurale venosa e/o arteriosa e cura delle lesioni cutanee – cura e prevenzione delle ulcere diabetiche	03.03.2008	Tarcisio Bianda, Giovanna Elia	infermieri/e	Lugano
7 – 8 aprile 2008	Gentle care: una modalità di approccio protesico alla cura della persona con demenza	03.03.2008	nucleo Alzheimer Istituto Golgi di Abbiategrosso (Mi)	operatori del ramo sanitario	Abbiategrosso
14 aprile 2008	La malattia come ricerca di senso ed i dilemmi etici della cura	17.03.2008	Paolo Marino Cattorini	aperto a tutti	Chiasco
17 – 18 aprile 2008	Training assertivo	17.03.2008	Vincenzo Santoro	operatori del ramo socio sanitario	Lugano
21 aprile 2008	Cure di fine vita	17.03.2008	Manuela Colla Züger Claudia Gamondi Palmesino	infermieri/e assistenti geriatrici/che	Lugano
28 aprile 2008	Brain-gym approfondimento	31.03.2008	Marlène Scalisi	aperto a tutti coloro che hanno partecipato ai seminari "Kinesiologia educativa I e II"	Bellinzona

Per informazioni ed iscrizioni: Segretariato ASI-SBK Sezione Ticino

Tel. 091/682 29 31 - Fax 091/682 29 32 - e-mail: segretariato@asiticino.ch

In occasione delle festività il Segretariato rimarrà chiuso dal 24 dicembre 2007 al 6 gennaio 2008