

**Assemblea generale
ordinaria**

21 marzo 2007

**Mangiare spezie
fa bene!**

**Il massaggio terapeutico
e il ruolo del curante**

**Il diritto
dell'infermiere
di dire "NO"**

La responsabilità sociale e giuridica degli infermieri



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

Allegato alla rivista

"Cure infermieristiche" 06/07

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

Giugno 2007 - n. 2

3 Editoriale

Cronaca regionale

4 Assemblea generale ordinaria, 21 marzo 2007

5 Il diritto delle infermiere di dire "NO"

(Pierre Wagner)

Approfondimenti

10 Il massaggio terapeutico e il ruolo del curante

(Raymond Panchaud)

Diversi

14 Mangiare spezie fa bene!

(Rolf Degen)

Informazioni

15 Partenza di Urs Weyermann

Agenda

16 Calendario

In copertina foto Hanspeter Baertschi

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

Diritti, rovesci e doveri

È provato come sempre più spesso siamo confrontati (e a vario titolo richiamati) ai nostri doveri: di servizio, di ruolo, di rispetto delle regole e delle leggi, eccetera. Mentre è altrettanto provato come sia più complesso avere una visione globale ed accessibile dei nostri diritti.

A questo proposito cito per esempio la *Dichiarazione Universale dei Diritti Umani* che, nota bene, è stata proclamata nel lontano 10 dicembre 1948. Ecco, se avete modo di spulciare, anche "trasversalmente", i trenta articoli che la compongono, vi rendete subito conto di come questo documento non sarà attuale neanche nel 2048. Proprio in ragione del fatto che in generale è più facile ricordare alle persone i loro doveri, piuttosto che verificare che i loro diritti siano salvaguardati.

Trovo pertanto che la presentazione di questo tema durante l'Assemblea Generale Ordinaria, sia molto pertinente, ma soprattutto molto attuale. Invito quindi il lettore a leggersi la relazione *Il diritto delle infermiere di dire NO*, mentre io mi prendo ancora qualche minuto per rimanere su questo argomento e proporre una riflessione su di un diritto dell'infermiere legato al proprio sentimento di benessere nel trovarsi quotidianamente confrontato con la malattia.

Ancora troppe istituzioni sanitarie oggi sono votate al raggiungimento di obiettivi di cura, al rispetto di criteri di qualità del servizio erogato, all'attenzione (quasi enfaticata a volte) della percezione che i nostri "clienti" hanno delle cure che ricevono; mentre forse oggi sarebbe più opportuno un cambiamento di mentalità e di attenzione verso chi davvero è al centro delle cure, e cioè il personale.

È infatti solo il personale "sano", "che sta bene", "che è curato", "che si sente ascoltato", "che condivide e partecipa", che può prestare delle cure di estrema qualità al paziente. Mentre invece se l'attenzione resta focalizzata sul risultato delle nostre cure, che tipo di qualità può garantire un infermiere stanco, logorato, stressato, poco informato e soprattutto poco ascoltato?

Quindi in conclusione penso che ogni diritto abbia un suo rovescio (della medaglia), che a volte è più facile leggere e tradurre come dovere, piuttosto che chiedersi: come stanno gli infermieri che ogni giorno entrano in servizio? Che dispositivi istituzionali garantiscono il rispetto e la salvaguardia del loro diritto principe e cioè il benessere psicofisico?

Buona lettura a tutti.
Mariano Cavolo



Assemblea generale ordinaria 21 Marzo 2007

Fondazione Casa per anziani - Giubiasco

Durante il 2006 tutti gli organi della Sezione hanno lavorato a pieno regime per tradurre in pratica nel modo più efficace possibile gli scopi statutari.

Durante l'Assemblea Generale Ordinaria vengono passate in rassegna le attività ed i risultati più significativi di iniziative, manifestazioni e giornate di interesse svolte, e vengono ripercorse le tappe più salienti dei gruppi di lavoro e di interesse.

All'inizio dell'Assemblea è intervenuta l'onorevole Patrizia Pesenti a portare un saluto ed un ringraziamento da parte del governo al personale infermieristico. Tra le autorità erano presenti il Sig. G. Petrini – il Sig. G. Marvin e il Dr N. Broggin, rappresentante dell'Ordine dei Medici del Canton Ticino.

Sostanzialmente l'anno 2006 è stato caratterizzato da:

Marzo 2006 - L'esperienza di un infermiere a Kabul con Emergency

In occasione dell'Assemblea Generale Ordinaria del 21 Marzo è stata presentata la conferenza citata.

Relatore: Paolo Ferrara (Docente in cure infermieristiche. Coordinatore per la formazione post-diploma in cure urgenti).

Marzo/Ottobre – Ristrutturazione funzionamento Comitato e Gruppi di lavoro

Durante questi mesi sono state investite molte energie nella ristrutturazione dei gruppi di lavoro e del Comitato al fine di migliorare i servizi offerti ai membri ed il funzionamento della Sezione.

Maggio 2006 – Giornata Internazionale Infermieri – Effettivi sufficienti = vite salvate

Per celebrare la giornata è stato pubblicato e divulgato, a livello nazionale, l'opuscolo "12 maggio giornata internazionale delle infermiere".

Maggio 2006 – Atelier tecniche di cura

Con la collaborazione della KCI Medical GmbH in data 22 maggio è stato organizzato l'atelier tecniche di cura "Prevenzione e cura dei decubiti".

Gennaio/Dicembre 2006 - Referendum contro il decreto legislativo concernente la limitazione dei sussidi a enti, istituti, associazioni, fondazioni e aziende autonome per il periodo 2006 - 2007. Il referendum del 12 marzo 2006 è stato un suc-

cesso in quanto il decreto legislativo è stato respinto dal 64.9% dei votanti.

Il comitato SOS ha continuato ad incontrarsi, ha prodotto una raccolta di dati sulla percezione della qualità a livello del personale operante nei servizi cure a domicilio, settore anziani e settore sociale, e in seguito l'ha fornita e discussa con alcuni funzionari del dipartimento Sanità e Socialità. Il dialogo è aperto e sono allo studio nuovi interessanti progetti con l'intenzione di mantenere alto il livello di guardia.

Ottobre 2006 – Contatti internazionali

Nel mese di ottobre ha avuto luogo un incontro con il Sig. E. Malinverno Presidente del Collegio IPASVI di Varese per ricercare eventuali spazi di collaborazione che restano individuati nella formazione permanente e negli scambi professionali.

Sono previsti incontri con i Collegi IPASVI di altre città italiane.

Novembre 2006 – Atelier tecniche di cura

Con la collaborazione della FRESENIUS KABI AG in data 6 novembre è stato organizzato l'atelier tecniche di cura "Sistemi Port e alimentazione parenterale".

Novembre 2006 – Giornata di studio

In data 21 novembre è stata organizzata, con la collaborazione della Scuola Specializzata Superiore in Cure Infermieristiche ed il contributo del Dipartimento della Sanità e della Socialità, Ufficio di Promozione e di Valutazione Sanitaria, una giornata di studio sul tema "Non sotto un certo limite: qualità = effettivi sufficienti". Hanno partecipato alla giornata circa 300 persone.

Alla fine dell'Assemblea Generale Ordinaria ha avuto luogo la conferenza:

IL DIRITTO DELL'INFERMIERE DI DIRE NO

La responsabilità, sociale e giuridica, degli infermieri.

Relatore: Pierre-André Wagner

Avvocato, Infermiere diplomato, Responsabile del Servizio Giuridico dell'ASI-SBK. ■

Viene ridefinita la composizione degli organi della Sezione:

Comitato:
Nizzola Claudio
Presidente

Simoni Giacobbe Laura
Vice Presidente

Abbondanza Anna
Avosti Isabelle
Corti Ginesta Isabel
Dal Borgo Rita
Ferrari Paola
Generelli Morena
Mariani Luzia
Tomasoni Michela
Treter De Lubomierz Cristina

Delegati:
Battistella Flaviana
D'Angelo Vincenzo
Gashi-Rezzonico Andreja
Hohl Maria Luisa
Rodio Massimo
Thierauf Marion

Supplenti Delegati:
Biegger Annette
Cinesi Ivan
Colla Züger Manuela
Mazzuccato Luca

Candidato per il Comitato Centrale:
Tomasoni Michela

di Pierre-André Wagner
Avvocato, infermiere diplomato,
responsabile del
servizio giuridico dell'ASI

La responsabilità sociale e giuridica degli infermieri

Il diritto dell'infermiere di dire "no"



Secondo il mio modo di vedere nelle nostre fila regna un rapporto irrazionale, malsano con il diritto. Con questo intervento spero, fra le altre cose, di contribuire a cambiare questo atteggiamento.

Generalmente, per l'essere umano è difficile dire di "no" nella relazione tra simili. La nostra è una specie portata a dire di "sì". Diciamo malvolentieri "no" ai nostri figli. Diciamo malvolentieri "no" al perfetto sconosciuto che ci telefona per appiopparci qualcosa di cui non abbiamo assolutamente bisogno, soprattutto se ha una voce gradevole. Ad un amico neghiamo malvolentieri un favore. E anche in una relazione più o meno intatta diciamo malvolentieri "no" al nostro partner. All'inizio della nostra relazione ho fatto impazzire mia moglie perché ero sempre d'accordo su tutto quello che proponeva. Forse racconto questo, poiché ritengo importante non presentarmi a voi come qualcuno invitato a darvi una lezione sul dire "no". Per la mia – posso dire la nostra – duttilità ci sono due spiegazioni, una piacevole, l'altra un po' meno, che si intrecciano. Dire "sì" è l'espressione della tolleranza, che richiama rispetto, stima, amicizia o amore nei confronti del prossimo. "Vivere e lasciar vivere". La maggior parte della gente vuole vivere in pace, essere lasciata tranquilla, ed è quindi disposta a permettere la stessa cosa agli altri. Fanno eccezione gli infelici esemplari della nostra specie, che provano piacere unicamente rendendo la vita impossibile ai loro vicini, alla loro famiglia o ai loro colleghi di lavoro.

Paura di dire "SÌ"?

L'altro motivo, meno gradevole, per il quale normalmente ci riesce più difficile dire "no" a qualcuno piuttosto che dire "sì", è semplicemente la paura: la paura di inimicarci qualcuno cui teniamo, di cui abbiamo bisogno o dal quale dipendiamo; assumerci il nostro "no", esporci e forse anche isolarci, compromettere l'armonia; la paura di rappresaglie, di ripicche. Siamo portati a ritenere più necessario motivare un "no" piuttosto che un "sì". "No" significa lotta o per lo meno essere disposti a lottare, spendere forze, confrontarsi. Il problema, e la cattiva notizia, è che il nostro "sì" spesso non è così scontato, e il suo prezzo è spesso una lotta, in ogni caso una lotta contro noi stessi e la nostra buona coscienza. Si tratta allora di un "sì" che non viene dal profondo del cuore, ma che ci viene strappato, che suona piuttosto come "se proprio vuoi" o "quanto a me"... Ma a quanto pare sconfiggiamo noi stessi piuttosto che correre il rischio di lottare contro qualcuno. Io non sono psicologo, e neppure storico specializzato in cure infermieristiche, ma per la nostra disponibilità ad ade-

guarci – e qui torno alla nostra professione – esistono sicuramente anche motivi che risiedono nella sua storia, nel suo "subconscio collettivo"...d'altra parte non è comunque vero che noi curanti siamo i soli a lavorare sotto stress e a fare cose che non approviamo: camionisti, che guidano fino allo sfinimento, pubblicitari che devono creare degli imballaggi accattivanti anche per il prodotto più scadente, muratori e carpentieri, che lavorano in condizioni estreme, esperti di navigazione che lasciano salpare carrette arrugginite – tutti argomenti che alimentano le notizie sui nostri giornali... Comunque: mi interessa meno sapere perché nella nostra professione siamo così spesso disposti a "stare al gioco", a "seguire", piuttosto che perché sarebbe meglio non farlo.

La responsabilità dei curanti

Quale giurista e responsabile del servizio legale della nostra associazione mi interessa naturalmente prima di tutto la responsabilità dei curanti – poiché per noi un "no" non detto ha spesso conseguenze giuridiche. Vorrei iniziare con un preambolo soggettivo: secondo il mio modo di vedere nelle nostre fila regna un rapporto irrazionale, malsano con il diritto. Con questo intervento spero, fra le altre cose, di contribuire a cambiare questo atteggiamento. Ho affermato che si tratta di un rapporto malsano. Ma in che senso? Alcuni curanti vedono il diritto un po' come una forza della natura, che improvvisamente si scatena, quasi fosse un terremoto. Dopo, per un certo periodo, sono tutti scossi e traumatizzati, nessuno osa tornare nelle case o per strada, il minimo rumore sospetto provoca paura e ansia. A poco a poco l'evento viene dimenticato, si continua a vivere spensierati come prima, anche se il crepaccio che si trova sotto i nostri piedi resta aperto e le colate di lava scorrono sotto la crosta terrestre, e se si verificano altre scosse, dopo un anno, due o mille, ricomincia il panico. In relazione al diritto questo oscillare tra sentimenti estremi, da una parte il terrore paralizzante, dall'altra l'irresponsabile spensieratezza, non sarebbe necessario se fossimo (più) consapevoli dei suoi limiti, ma anche delle sue possibilità e opportunità. Parafrasando il mio collega francese Gilles Devers, pure lui avvocato e infermiere, diritto non significa essenzialmente regole e sanzioni, bensì cultura e civilizzazione. Non deve asservire le persone, bensì essere loro utile – come le cure. Il suo scopo principale non è penalizzare

chi oltrepassa i limiti, bensì far assimilare ciò che è "corretto".

Un caso concreto

Il 13 settembre 1998, nel tardo pomeriggio, presso la clinica psichiatrica Waldau a Berna è stata ricoverata una donna tossicodipendente sotto l'effetto degli stupefacenti. C'era molto da fare e il reparto nel quale era conosciuta era pieno, e soprattutto non c'erano camere d'isolamento libere; si accettò comunque di assumere l'assistenza medica e infermieristica malgrado la paziente si trovasse nella camera d'isolamento del reparto vicino. La dottoressa di turno prescrisse "schermatura e sorveglianza" della paziente, la somministrazione di un calmante e controlli ogni ora dello stato di reattività e dei segni vitali.

Sul rapporto di cura si legge quanto segue:

20.30: "reattiva"

21.30: "poco reattiva"

22.15: "niente di strano". Senza aver visto personalmente la paziente, la dottoressa prescrive di procedere a controlli ogni due ore.

00.15: "dorme"

ca. 03.00: idem

Attorno alle 05.00 viene constatato il decesso della paziente.

L'Istituto di medicina legale dell'Università di Berna, interpellato dalle autorità inquirenti, ha stabilito che la morte è sopraggiunta tra le ore 23.00 e l'01.00. Inoltre tra le 22.00 e mezzanotte la paziente ha sicuramente ancora consumato eroina.

Il giudizio di prima istanza fu emesso l'11 novembre 2003 (più di cinque anni più tardi!); la dottoressa e i curanti furono accusati di omicidio colposo; a causare la morte sarebbe stata una "concomitanza di varie omissioni evitabili" e una "somma di errori in parte minimi" con fatali conseguenze.

Il controllo di ammissione non sarebbe stato eseguito in modo accurato;

la dottoressa avrebbe prescritto un medicamento sbagliato;

la paziente sarebbe stata mal sorvegliata;

infine gli imputati si sarebbero resi colpevoli di diversi errori di valutazione.

Il giudizio di prima istanza proponeva una detenzione di 10 giorni con la condizionale e multe di 1000.-, rispettivamente 500.- franchi. Tuttavia la pena principale è stata senz'altro il martirio e la stigma di quell'infinito processo. Nel suo giudizio (piuttosto clemente) il giudice parlò chiaro e stigmatizzò una "politica di risparmi che mette seriamente alle strette il sistema sanitario" e le cui vittime sono il personale e i pazienti.

Dopo altri due anni, il 20 gennaio 2006, la corte di cassazione emise il giudizio di seconda istanza: stabilì che né alla dottoressa né ai curanti poteva essere attribuita la responsabilità per la morte della paziente. Diverse superperizie non sarebbero state in grado di confermare un ulteriore consumo di eroina. Sulla base delle divergenti opinioni degli esperti, la corte di cassazione decise che l'accaduto non poteva più essere chiarito in modo conclusivo. Dichiarò innocenti gli imputati, soprattutto per il fatto che non si poteva dimostrare che la morte avrebbe potuto essere evitata con una corretta sorveglianza, e concesse loro un'indennità di 500 franchi ... un prezzo estremamente basso rispetto a tutto ciò che hanno dovuto affrontare.

Malgrado il proscioglimento: le argomentazioni giuridiche non possono che confermare il fatto che, se qualcuno, in un qualsiasi momento avesse fatto l'unica cosa giusta e avesse detto "no", una vita umana avrebbe potuto essere salvata. Per come sono andate le cose – malgrado il proscioglimento –, la vita professionale delle due colleghe è stata rovinata.

Oltre alle conseguenze esistenziali per i diretti interessati, questo modello di azione, o meglio di omissione, ampiamente diffuso nelle cure, ha gravi ripercussioni per la professione, per come è percepito dall'esterno e per come è riprodotto nella percezione dei professionisti: una volta ancora accettiamo di essere i più esposti.

Il Codice delle obbligazioni autorizza il datore di lavoro (e in questo caso non è solo l'ospedale, ma anche la responsabile del reparto, il medico, ecc.) a impartire ordini ai dipendenti. Anche se questo diritto ha dei limiti non deve essere esercitato in modo arbitrario o per così dire senza considerare eventuali danni. In particolare gli ordini non devono essere inadeguati, pericolosi o illegali. Ciò significa che i curanti possono rifiutare un ordine se non può essere eseguito correttamente a causa della carenza di personale; gli interessati hanno naturalmente il dovere di impegnarsi a cercare aiuto. Se un curante accetta di svolgere un compito per il quale sa o dovrebbe sapere di non essere all'altezza, oppure che è illegale o contrario alle regole dell'arte, si rende responsabile.

Il dolore di un figlio, lettera di un padre

Circa tre anni or sono nella rivista "Cure infermieristiche" è stato pubblicato un articolo che faceva riferimento ad una lettera di un padre il cui figlio tredicenne, malato di cancro, poco prima di morire fu vittima di un catastrofico trattamento del dolore – o meglio: di una catastro-

Il Codice delle obbligazioni autorizza il datore di lavoro a impartire ordini ai dipendenti. Anche se questo diritto ha dei limiti non deve essere esercitato in modo arbitrario.

Nessun'altra categoria di professionisti è sottoposta ad un altrettanto elevato grado di violenza, aggressione e molestia come i curanti.

fica incapacità del personale nei vari ospedali di avere anche solo i rudimenti per un corretto trattamento dei dolori. Ecco alcuni passaggi della testimonianza.

(Nelle due notti successive al suo ricovero Dominic aveva chiesto alle infermiere un medicamento contro i forti dolori) "Entrambe le volte gli risposero: "Dominic, hai già ricevuto il tuo analgesico". Con le lacrime agli occhi si sedette sul letto e pianse per il dolore. Le infermiere gli avevano rifiutato i medicinali, malgrado fossero state prescritte sostanze di riserva." (... Il padre descrive come il figlio dopo l'inefficace chemioterapia) "si fosse accovacciato sulla sedia, madido di sudore. Aveva le lacrime agli occhi quando un'infermiera gli disse:

"Dominic, ti ho dato tutto ciò che potevo, non ti posso più dare niente." Quando, alcune ore più tardi, finalmente arrivò il medico, disse a Dominic che si comportava molto bene e che non voleva, citazione: "dargli troppi analgesici". (A seguito delle insistenti richieste del padre, non dei curanti – il medico gli somministrò 1 grammo e mezzo di morfina – che, cosa del tutto prevedibile – non produsse alcun effetto. Promise quindi di far portare "subito" una pompa PCA, ma due ore più tardi non era ancora stata installata. Questa situazione durò diverse settimane, finché si passò al Fentanyl, anche questo comunque in dosi e a una frequenza talmente deboli che Dominic continuò a dimenarsi sul letto e a volte a lamentarsi e a urlare come un animale ferito. I medici non erano quasi mai reperibili, le infermiere, secondo il padre di Dominic, non sapevano che pesci pigliare e dicevano: "gli abbiamo dato tutto ciò che potevamo. E se andiamo ogni cinque minuti dal medico e gli diciamo che non va (citazione alla lettera) succede il putiferio". Dopo un drenaggio della cavità addominale si diede l'autorizzazione ai curanti di somministrare a Dominic la dose da lui desiderata di Fentanyl via PCA. Ma quando pochi minuti dopo la prima somministrazione Dominic ne chiese una seconda, l'infermiera gli rispose: "Dominic, ti ho appena somministrato 0,25 µg di Fentanyl". Quando feci notare la prescrizione all'infermiera, racconta il padre, e le consigliai di compiere il suo dovere anziché cercare di far ragionare il ragazzo, questa mi rispose "servizio secondo regolamento" e si dovette aspettare un quarto d'ora prima che mio figlio ricevette la successiva dose di Fentanyl, con dolori di intensità da 8 a 10. Da quel momento in poi Dominic cronometrava i minuti tra una somministrazione e l'altra e ci vollero giorni, prima che il personale imparò a seguire le prescrizioni.

Le conseguenze del "NO". Mobbing?

In questo caso qualcuno non avrebbe forse

dovuto dire "no" – ai medici, ai colleghi, alle strutture istituzionali e mentali, che hanno permesso di attenersi ad un concetto di analgesia completamente inadatto? I famosi-famigerati avvocati dei pazienti – dove sono rimasti? Anche qui è facile puntare il dito. Chi tira il freno a mano, ogni tanto deve fare i conti con conseguenze disastrose: dà fastidio, si rende impopolare e rischia di diventare vittima di mobbing da parte dei colleghi, fino a giungere al licenziamento. Siamo ancora ben lontani da una protezione efficace dei "Whistleblower", come vengono definiti i colleghi che, dopo aver inutilmente fatto ricorso alle vie gerarchiche, allarmano l'opinione pubblica. La conseguenza è che ci sono persone – pazienti – nei nostri ospedali che soffrono inutilmente e addirittura talvolta muoiono inutilmente.

Anche i curanti soffrono

Ma a dover soffrire inutilmente sono anche molti, troppi curanti; in questo caso si tratta del "no" che dobbiamo dire categoricamente ad alcuni pazienti (o ai loro familiari). Molti studi internazionali (a quanto pare poco conosciuti) lo dimostrano: nessun'altra categoria di professionisti è sottoposta ad un altrettanto elevato grado di violenza, aggressione e molestia come i curanti. Questo fatto dobbiamo assolutamente renderlo noto all'opinione pubblica. Anche in questo caso dobbiamo dire "no", lo dobbiamo a noi stessi, alla nostra professione, e da ultimo ancora una volta ai nostri pazienti. Infatti, i curanti che subiscono violenza sono demoralizzati, demotivati e diventano vittime del burn out. In una società in cui la violenza viene, in modo schizofrenico, resa tabù e allo stesso tempo esaltata, i curanti devono avere diritto ad un ambiente di lavoro privo di violenza, e, se necessario, rivendicarlo. La loro richiesta non si rivolge solo contro gli stessi delinquenti, i cui sfoghi sono spesso la conseguenza di abusi sociali o sintomo del loro disagio; il Codice delle obbligazioni e la Legge sulla parità dei sessi danno il diritto agli impiegati di citare per danni e riparazione morale il datore di lavoro che non fa tutto il possibile per proteggerli dalla violenza e dalle molestie sessuali. Ma anche questo diritto è poco noto tra i curanti; basta che alcuni giudici facciano credere che chi esercita questo tipo di professione deve contare sul fatto che può essere picchiato, minacciato e insultato.

I pazienti al centro della nostra attività

Finora non ho lasciato alcun dubbio sul fatto che per noi contano le persone che ci vengono affidate, i pazienti – che sono pure contribuenti che pagano le tasse e i premi delle casse malati, votanti ed elettori. Essi devono assolutamente

essere posti al centro delle nostre attività. Dobbiamo prenderci cura di loro, sono il nostro mandato e rappresentano la nostra ragione di esistere professionalmente. Sono loro che subiscono le conseguenze di una politica di risparmi inadeguata e irrispettosa, che porta implicitamente o esplicitamente al razionamento delle prestazioni infermieristiche. Sono ancora loro che subiscono le conseguenze quando lo sgretolamento dei valori sociali come la solidarietà con i malati porta a considerarli unicamente come causa di spese. Sempre di loro si tratta quando il loro benessere viene sacrificato a condizionamenti economici, e anche quando anziché capire gli errori, si cerca di nasconderli. Si tratta di loro quando accettiamo condizioni di lavoro che non ci permettono di concentrarci e di recuperare le energie spese. Malgrado ciò, e proprio per questo, vorrei far notare una trappola insita nella nostra storia: le nostre preoccupazioni per i pazienti non devono mai significare che dobbiamo smettere di esistere; non devono portarci a rinnegare noi stessi e i nostri legittimi bisogni. Nella politica tedesca esiste il concetto di "voto di sfiducia costruttivo". Significa che il parlamento non può semplicemente bocciare il governo – deve votare contemporaneamente un'alternativa credibile. Questa è l'immagine per il primato dei *nostri* bisogni. Esiste cioè un punto in cui il nostro voto di sfiducia non deve più essere costruttivo, dove possiamo semplicemente dire "no", dove la colpa non ricade più sulle nostre spalle, bensì ad esempio sulla politica. Dove la sicurezza dei nostri pazienti non è più garantita, ma anche dove noi stessi soccombiamo a causa delle nostre condizioni di lavoro, allora possiamo ad esempio scioperare. Per riprendere il filo rosso seguito dalla politica dell'ASI negli ultimi anni, dobbiamo rendere visibile e comprensibile la responsabilità, l'utilità e il valore del nostro lavoro. Una volta fatto ciò, la palla passa agli altri. Ci sono quindi situazioni nelle quali possiamo dire semplicemente "no", non – o meglio, non solo – a favore dei pazienti, ma anche seguendo la nostra volontà. Quando un paio di anni fa c'è stato lo sciopero all'HUG (Ospedale universitario di Ginevra), un'infermiera aveva dichiarato ai media che sul lavoro si sentiva come se circolasse a 200 chilometri orari sull'autostrada. Sono convinto che era pienamente cosciente del fatto che un incidente sarebbe stato fatale non solo per i suoi pazienti, ma anche per sé stessa.

Diverse forme di dire "NO"

Tuttavia la maggior parte delle espressioni del "no" non sono rivolte contro le alte sfere, ma hanno come sfondo piuttosto l'attività quotidiana nei reparti. Come abbiamo visto, ci sono forme

del dire "no" che rappresentano un appello alle autorità, alla politica, alla comunità, che non sono intenzionate a mettere a disposizione i mezzi per lo svolgimento del nostro mandato. Il diritto – e il dovere -, di dire "no", non ci esonera dal nostro dovere di argomentare; ogni singola infermiera, ogni singolo infermiere, nella vita privata come in quella pubblica, parlando con i loro cari o con i media, danno una voce alle cure e contribuiscono a renderle visibili. L'associazione può – e vuole – essere il loro portaparola; interviene presso le autorità, stabilisce importanti contatti in seno al parlamento, cita in giudizio e si occupa di pubbliche relazioni.

Spesso il nostro "no" si rivolge comunque più direttamente contro il datore di lavoro – in particolare quando ci affibbia condizioni di lavoro che danneggiano noi, e quindi anche i nostri pazienti, e quando piuttosto che cadere lui stesso vittima di un'insensata politica del risparmio, non sfrutta i margini di azione esistenti, facendone ricadere le gravi ripercussioni verso la base. Possiamo denunciare i nostri datori di lavoro presso l'ispettorato del lavoro, possiamo rivolgerci al tribunale del lavoro. In entrambi i casi l'associazione ci sostiene, ci segue o ci rappresenta e ci offre protezione giuridica, tratta con il datore di lavoro e le sue associazioni, interviene, anche in questo caso, presso le autorità competenti, come, a livello federale, il seco. A questo proposito mi tornano alla mente le numerose procedure giudiziarie dell'ASI contro la discriminazione salariale e la nostra infinita battaglia contro gli abusi nell'ambito del servizio di picchetto, insidiosamente trasformato in lavoro su chiamata. Le conseguenze di questo tipo di turni (presso l'ospedale universitario di Zurigo) sono state illustrate in un rapporto recentemente pubblicato sulla *Sonntagszeitung* – esaurimento, burnout, errori. Subito dopo la pubblicazione dell'articolo, l'ospedale ha abolito i turni.

Questo esempio dei turni di picchetto mette in luce tutta la problematica dell'impiego e la messa in pratica della legge sul lavoro nel sistema sanitario. Da una parte c'è l'enorme pressione esercitata da alcuni datori di lavoro nei confronti del personale. Viene apertamente attizzata la paura di perdere il posto di lavoro per costringere i collaboratori ad accettare lampanti violazioni della legge sul lavoro. In questo modo il personale diventa complice e, nel peggiore dei casi, di nuovo punibile. La sistematica inosservanza della legge sul lavoro porta ancora una volta al cinismo e alla rassegnazione nei confronti dell'autorità della legge. Nel peggiore dei casi la legge sul lavoro non viene più considerata dai dipendenti come una misura di protezione, suo scopo prioritario, bensì come un osta-

Possiamo denunciare i nostri datori di lavoro presso l'ispettorato del lavoro, possiamo rivolgerci al tribunale del lavoro. In entrambi i casi l'associazione ci sostiene.

Dobbiamo quindi dire di “no” anche a noi stessi, in particolare quando il nostro egoismo ci porta a farci abbagliare da falsi vantaggi, e quando siamo soggiogati dalla comodità o dalla paura.

colo, un abuso – una visione di cui alcuni datori di lavoro cercano di trarre profitto. Negli ultimi tempi questa realtà è stata concretamente illustrata da alcuni esponenti della nostra professione, che diffondono e esigono a piena voce il ritorno al sistema del doppio turno, e la possibilità di lavorare fino a sette giorni consecutivi. Ciò suggerisce un altro tratto inquietante, caratteristico di non pochi curanti: l’incapacità di accettare che nessuna legge può soddisfare tutte le esigenze, e che una legge come quella sul lavoro esiste anche per proteggerli da sé stessi, nella misura in cui vieta non solo lo sfruttamento, ma anche l’auto-sfruttamento. Nel nostro settore, ciò dovrebbe essere ancora più pertinente, poiché non si tratta solo del nostro benessere, bensì anche di quello dei nostri pazienti. Dobbiamo quindi dire di “no” anche a noi stessi, in particolare quando il nostro egoismo ci porta a farci abbagliare da falsi vantaggi, e quando siamo soggiogati dalla comodità o dalla paura. Occorre onestà nei confronti delle nostre motivazioni, a volte anche solo una migliore conoscenza di determinati contesti e, come ho sottolineato all’inizio, una migliore comprensione della legge e del diritto.

Il “NO” nei confronti della società

Ora ci muoviamo lentamente verso un livello di valori, che mi porta al “no” che siamo tenuti a rispettare nei confronti della società. Ne è un piccolo esempio l’azione dell’ASI contro la revisione della Legge sugli stranieri, in votazione lo scorso settembre. In quell’occasione ci siamo infatti resi conto che i curanti potrebbero rendersi perseguibili se si prendono cura di sans-papiers. In linea di principio, ritengo sia un dovere ribellarci ad un processo economico neo-liberale, che comprende il sistema sanitario e, in particolare le cure infermieristiche. In una conferenza che ho tenuto due anni or sono sullo slancio della campagna per la visibilità dell’ASI, mi dichiaravo convinto della nostra capacità di raccogliere la sfida dei “mercanti della salute” e di dimostrare il valore monetario delle cure. Credo tuttora che le cure giustificano il loro valore finanziario – e molto altro ancora. Ma nel frattempo credo anche che è fondamentalmente sbagliato immischiarsi in questo paradigma. Il fatto che le nostre prestazioni sono convenienti e permettono al sistema sanitario consistenti risparmi, è e resta vero. Tuttavia il significato e la ragione di esistere delle cure non possono essere misurate in base a ciò. Curiamo le persone perché sono malate e hanno bisogno del nostro sostegno e della nostra assistenza? O perché questo sostegno e questa assistenza hanno un significato economico? Per concludere e come testimonianza del mio ottimismo nel profondo significato del

diritto insito nel cuore della nostra professione, vorrei citare ancora una volta Gilles Devers, che afferma: “Les soignants restent les principaux bataillons de militants des droits de l’homme” – i curanti restano i principali battaglioni di militanti dei diritti dell’uomo.

Pierre-André Wagner
Avvocato, infermiere diplomato e
responsabile del servizio giuridico dell’ASI

(Traduzione: Pia Bagnaschi)

Alternative in psichiatria

Il massaggio terapeutico e il ruolo del curante

di Raymond Panchaud*



Foto Raymond Panchaud

In psichiatria il massaggio può realmente occupare una funzione curativa in un progetto terapeutico, in particolare per la sua dimensione relazionale. L'identità del massaggiatore, come pure le indicazioni e contro indicazioni per l'utilizzazione del massaggio, sono importanti.

Come tutti sanno il massaggio è un trattamento molto antico, probabilmente praticato da sempre. È molto diffuso nelle culture tradizionali asiatiche. In psichiatria non esiste una reale storiografia. Questo è probabilmente dovuto al fatto che il massaggio non è e non è stato praticato dai medici ma, nell'antichità, piuttosto da guaritori e guaritrici e, attualmente, da professioni non mediche.

Riferimenti storici

Tuttavia, H. Hellenberger riporta che negli USA il dr. Mitchell, neurologo (1829-1914), aveva messo a punto un metodo standard per trattare la neurastenia (1871-1877). Il suo trattamento consisteva nell'isolamento, riposo, una cura alimentare ricca e un'ora di massaggio al giorno. Secondo Hellenberger, il dr. Mitchell non ha considerato che il successo terapeutico del suo programma di cura era dovuto al forte rapporto psicologico stabilito tra il paziente e il massaggiatore.

Pierre Janet (1859-1947) sosteneva che la suggestione era una forma di psicoterapia (attorno

al 1895), ma era opportuno completare questa psicoterapia con un massaggio. Secondo lui, il massaggio, come l'elettricità, è una forma di suggestione, quindi una forma mascherata di psicoterapia.

Si potrebbe citare anche Freud nel 1905 in "Tre trattati sulla teoria sessuale": "Quindi non saremo sorpresi di scoprire che conviene attribuire ad alcuni tipi di stimoli generali dell'epidermide degli effetti nettamente esogeni. Tra questi menzioneremo in particolare le stimolazioni termiche; forse la nostra comprensione dell'effetto terapeutico dei bagni caldi sarà così facilitata". Forse lo stesso vale per i massaggi.

E, a proposito di zone erogene, nello stesso trattato scrive: "...qualsiasi zona della pelle o delle mucose può servire come zona erogena e deve quindi possedere una certa attitudine a ciò. L'induzione della sensazione di piacere dipende quindi maggiormente dalla qualità dello stimolo che dalle proprietà della zona del corpo interessata". Queste considerazioni lasciano dei margini sulla comprensione della dinamica del massaggio. G. Groddeck, all'inizio del secolo scorso, nella sua clinica praticava delle cure nelle quali integrava i massaggi. Ci si potrebbe pure soffermare sulle teorie dell'attaccamento nelle quali la necessità del contatto fisico occupa un posto molto importante nello sviluppo psico-affettivo (Bowlby e Spitz).

“L’induzione della sensazione di piacere dipende quindi maggiormente dalla qualità dello stimolo che dalle proprietà della zona del corpo interessata”

Come per qualsiasi lavoro relazionale, la supervisione è spesso necessaria – se non addirittura indispensabile – per meglio capire le interazioni e quindi garantire una certa qualità della cura.



Nozioni attuali

Il ritorno d'interesse per il corpo è arrivato con gli anni 60, ma forse era nell'aria già da tempo. Esso è tuttavia dovuto anche alle teorie psicoanalitiche e i loro contributi nella comprensione di alcuni fenomeni legati al corpo. Su questi aspetti si possono ricordare le nozioni di:

- il dentro e il fuori (Michael Woodbury);
- l'involucro, l'Io-Pelle (Didier Anzieu);
- le tracce mnestiche iscritte nel corpo (come proposto da Michel Sapir per il rilassamento analitico);
- le funzioni di base piuttosto che di mediazione (in riferimento alle idee di Bleger e di Roussillon)
- la nozione di holding di Winnicott di cui si conosce la famosa citazione: "In un primo tempo il buon ambiente psicologico è un ambiente fisico".

In che misura il massaggio può essere terapeutico?

Da un punto di vista di trattamento fisico, a priori il massaggio non ha un valore terapeutico in sé. Per contro, può averne uno se si considerano diversi fattori. Innanzitutto la sua integrazione in un progetto terapeutico, secondo l'idea che occuperà una funzione curativa. Per esempio, una funzione di sostegno: il reinvestimento corporeo del paziente transiterà attraverso l'interesse e l'investimento che il curante farà del corpo del paziente. Effettuando un'introiezione dell'investimento del curante il paziente potrà progressivamente reinvestire il suo corpo.

Inoltre, se il massaggio può occupare questa funzione curativa, è anche perché essa è stata pensata, riflettuta. È quindi necessario un quadro teorico per definire questa funzione curativa e permettere di attribuirle un significato. Non esiste l'intelligibilità della cura fisica senza quadro teorico. I concatenamenti sono sempre gli stessi: un quadro teorico per il curante, un quadro clinico per il paziente e un setting per il progetto terapeutico.

La questione della tecnica di massaggio è secondaria. Occorre occuparsene, certo, ma è la parte più facile. Esistono molte tecniche, ma spesso la pratica del massaggio rilassante prevale. D'altronde le parti del corpo da massaggiare devono essere accuratamente individuate: esistono delle zone protette come la schiena, i piedi, ma esistono anche delle zone "a rischio" come la pancia. È forse utile ricordare che, come per altri approcci psico-corporei, l'apprendimento passa da una sperimentazione personale, senza la quale al futuro massaggiatore mancherà sempre una dimensione.

La dimensione relazionale

Affinché il massaggio occupi una funzione curativa, deve esistere una dimensione relazionale. Questa dimensione deve essere pensata, capita e realizzata da un massaggiatore alla luce di queste considerazioni. Ad esempio, ciò può significare ricevere e contenere l'angoscia del paziente, dare un senso alle emozioni, dare un nome agli affetti, rispondere ad un bisogno di regressione, garantire un accompagnamento, una continuità relazionale, dare un senso al movimento affettivo che si manifesta nel corso delle sedute, ad esempio: che cosa significa un appuntamento annullato? – che nesso può esistere tra l'angoscia del paziente prima di un'interruzione di seduta o che significato ha la messa in pratica nel momento di affrontare un soggetto o di fronte ad un evento futuro? Lasciar emergere e capire un nesso relazionale in relazione con il vissuto corporeo, ecc.

Come per qualsiasi lavoro relazionale, la supervisione è spesso necessaria – se non addirittura indispensabile – per meglio capire le interazioni e quindi garantire una certa qualità della cura.

Quindi, in breve, affinché il massaggio sia terapeutico pensiamo che è necessario avere:

- un quadro teorico
- un progetto terapeutico
- la definizione della funzione curativa del massaggio (il significato) nel progetto terapeutico
- il riconoscimento e il lavoro della dimensione relazionale

Sono i quattro assi che definiscono la dimensione terapeutica del massaggio in psichiatria, ciò significa che occupa, definito in questo modo, una dimensione di cura psichica.

L'identità del massaggiatore

Questi quattro assi determineranno pure l'identità del massaggiatore. Chi potrebbe garantire questi quattro punti? Qualcuno formato nell'ambito della tecnica, della dimensione teorica, cioè che capisce la funzione terapeutica della cura, qualcuno che è formato per stabilire delle relazioni terapeutiche specifiche in psichiatria. L'infermiere dell'équipe che si occupa del paziente è il più idoneo per occuparsi dei massaggi poiché risponde ai criteri di competenze definite dai quattro assi. Inoltre ha il vantaggio di essere integrato nell'équipe terapeutica e quindi non è uno specialista supplementare, al margine dell'équipe, che viene a offrire delle prestazioni. In questo senso facilita l'integrazione del massaggio nel trattamento. Questo è ancora più importante se si considera quanto questo lavoro di integrazione è difficile per i pazienti psichiatrici.



Foto: Bilderbox

Le indicazioni e contro indicazioni non seguono le diagnosi mediche ma rientrano in un'altra logica.

Indicazione e contro indicazione

Il contatto fisico risponde ad un bisogno di regressione. Bisogna quindi essere molto consapevoli di ciò che si mobilita, ciò che si tocca e ciò che si dà. Toccare è un'induzione molto potente. È un'"azione parlante" nel senso di Racamier soprattutto con pazienti fragili che talvolta hanno forti problemi di integrazione. Si impongono quindi una certa prudenza e una riflessione approfondita quando esiste un'indicazione per un massaggio terapeutico: si può facilmente cadere in una forma d'eroticizzazione – sia nel curante che nel paziente – o in un vissuto d'intrusione.

Le indicazioni e contro indicazioni non seguono le diagnosi mediche ma rientrano in un'altra logica. Sono più legate a relazioni stabilite tra curanti e pazienti che con la nosografia psichiatrica. Ed è un argomento supplementare affinché i curanti, che sono già in contatto con il paziente, siano i massaggiatori potenziali e i co-indicatori del massaggio. D'altra parte è vero che si può agire diversamente: ad esempio proporre un massaggio senza che una relazione sia stabilita preliminarmente. Ma in tal caso queste indicazioni saranno valide per pazienti che hanno una certa capacità d'integrazione, cioè con migliori risorse.

Infine, se il massaggio soddisfa una funzione terapeutica in un progetto globale, significa che esiste, prima dell'indicazione, un quadro con un contenuto e una struttura e che in nessun caso si effettueranno massaggi spontanei.

Da considerare nel quadro del massaggio Alcune funzioni curative

La regressione: la regressione è spesso uno stato concreto prima dell'indicazione di massaggio e, in alcuni casi, vale la pena offrire una cura regressiva, cioè prendere il paziente al suo livello di funzionamento, dargli qualcosa che corrisponde al suo modo di essere del momento. Questo può essere anche un mezzo per offrire un luogo di regressione controllato, ad esempio nei trattamenti di crisi dove esiste molto confronto. Ma attenzione, non tutti i pazienti regressivi sono in grado di approfittarne, si possono pure avere degli effetti contrari o nefasti. Non tutti i pazienti somatizzanti possono beneficiarne e si sa che si ha un rischio di aggravare la difesa come per i pazienti passivi dove si rischia di rafforzare la loro passività.

Il reinvestimento corporeo: il massaggio può occupare questa funzione in particolare nei pazienti negletti che soffrono di depressione larvata, come alcuni alcolizzati. L'investimento del paziente attraverso il curante permet-

terà progressivamente allo stesso di reinvestire il suo corpo, la sua igiene, e quindi di recuperare una parte di immagine positiva di sé stesso. La dinamica relazionale è sempre la stessa: è l'introiezione dell'investimento del curante per il corpo del paziente che permette a quest'ultimo di reinvestire il suo corpo.

Il sostegno: probabilmente si tratta della funzione più importante. Il massaggio può facilmente occupare questa funzione di sostegno, ad esempio in una serie di massaggi a seguito di perfusioni quotidiane di antidepressivi con pazienti depressi. Il setting type consiste in due o tre massaggi a settimana. Questa indicazione ha il vantaggio di proporre una continuità alle cure quotidiane della perfusione in un setting più distanziato, ma permette soprattutto ai pazienti di non sentirsi abbandonati, di mantenere l'holding dopo le cure intense della perfusione. È spesso una cura molto ben vissuta dal paziente, che è investito in modo positivo. La dinamica relazionale è vicina al reinvestimento corporeo, aiuta il paziente al reinvestimento libidinale del suo corpo che

Senza aver preso in considerazione tutta la questione e le indicazioni, si può constatare che il massaggio terapeutico è un mezzo semplice ed accessibile.

Effetti diversi

Per illustrare la situazione, ecco due esempi di pazienti schizofrenici per i quali è stata proposta un'indicazione il cui esito non ha seguito lo stesso percorso. Per la prima paziente sono stati indicati dei massaggi rilassanti alla schiena. La paziente era apparentemente molto soddisfatta, ma dopo diverse sedute, ha chiesto ad un altro curante perché le si massaggiava il cervello. Era convinta che le si massaggiava l'encefalo e non la schiena. L'indicazione era malposta, la cura diventava intrusiva e persecutoria e si è dovuto sospendere i massaggi. L'altro esempio è quello di un massaggio in ambito ambulatoriale. È durato due anni, nel quadro di un progetto terapeutico in psichiatria intermedia.

Si tratta di una paziente schizofrenica che l'infermiera aveva conosciuto in una fase acuta e con la quale aveva stabilito una relazione significativa. Progressivamente aveva potuto massaggiarle i piedi e la schiena con un mediatore (delle palle da tennis). È stato soprattutto l'incontro fra queste due donne ad aver permesso que-

sto massaggio. È stato il supporto efficace per questa paziente di un'identificazione con l'infermiera. Ciò ha permesso alla paziente di reinvestire progressivamente il suo corpo, di occuparsi della sua igiene e della sua apparenza. Il massaggio è certamente stato significativo per la sua progressione. Malgrado la stessa diagnosi di schizofrenia, il massaggio non ha avuto gli stessi effetti nei due casi.

Conclusione

Senza aver preso in considerazione tutta la questione e le indicazioni, si può constatare che il massaggio terapeutico è un mezzo semplice ed accessibile. Ha effetti significativi se ci si procurano i mezzi per realizzarlo in un quadro terapeutico. Per molti pazienti inaccessibili al lavoro psicologico verbale di tipo psicoterapeutico, il massaggio, come il pack, offre un'apprezzata concretezza, molto utile nei progetti terapeutici. Il paziente parlerà volentieri del suo massaggio, e non di cure fisiche o psichiatriche, ma avrà forse anche una rappresentazione rassicurante di un'offerta di cure psichiche.

**Raymond Panchaud è direttore delle cure presso la Fondazione di Nant, Corsier s/Vevey
Contatto: raymond.panchaud@nant.ch*

Bibliografia

- Anzieu D.: *Le moi-peau*, Dunod, 1985.
Freud S.: *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905) Folio essais, 1987.
Hellenberger H. L.: *Histoire de la découverte de l'inconscient* (1970) Fayard, 1994.
Bleger J.: *Psychanalyse du cadre psychanalytique*, in *Crise rupture et dépassement*, Kaes, Dunod, 1987.
Racamier P.C.: *En psychanalyse et sans divan*, revue française de psychanalyse, 5/1990, pp. 1165-1183.
Winnicott D.W.: *Processus de maturation chez l'enfant*, Payot, Paris.
Woodbury M.: *L'équipe thérapeutique*, information psychiatrique, déc. 1966, n.10, pp. 1045-1142.

Questo articolo è stato pubblicato in francese su *Cure infirmieristiche*, n.1/2007, p.43

(Traduzione: Pia Bagnaschi)

transita attraverso l'investimento del curante.

Rilassamento - distensione: questa indicazione si pone per alcuni stati ansiosi. Spesso il paziente trova, attraverso il massaggio, un quadro che contiene, un contenitore nella relazione e una distensione fisica percettibile. Il ruolo del curante in questo caso sarà piuttosto un ruolo di contenitore dell'ansia del paziente.

Quadro del lavoro relazionale: qui si considera il contatto fisico come base, come quadro per stabilire una relazione che non ha potuto aver luogo altrimenti. Si parlerà più volentieri di dare un quadro piuttosto che di utilizzare un mediatore. È questo quadro che permetterà di stabilire una relazione, che si manterrà in seguito. Alla luce del rilassamento analitico (M. Sapir), si può considerare che esiste un'iscrizione della storia del paziente nel suo corpo. Il massaggio è un'induzione che renderà forse possibile un lavoro relazionale attraverso questo quadro.

Il contatto fisico: per tutti: poppanti,

bambini, adolescenti, adulti e persone anziane, il contatto fisico ha la sua importanza e se questo contatto fisico ha un'importanza particolare per la maturazione psico-affettiva, non si farà fatica ad immaginare che una privazione può avere conseguenze negative per la persona. Ad esempio, sapere che una delle cause dell'aggressività nelle persone anziane in istituto, è la mancanza di contatto fisico, fa riflettere.

Pausa nel lavoro relazionale verbale: il massaggio può fungere da triangolazione nell'accompagnamento. Può essere una forma di pausa nel lavoro relazionale verbale: si bloccano i colloqui e si fa spazio ai massaggi. Il legame è mantenuto ma in un altro modo, con un altro supporto. È possibile farlo quando il lavoro verbale diventa insopportabile, persecutorio o quando perde il suo significato o diventa impossibile. Si può trattare anche di offrire qualcosa di concreto in un momento di regressione. È un modo per garantire la continuità di alcuni tipi di accompagnamento che altrimenti finirebbero con una rottura. ■

Alimentazione

Mangiare spezie fa bene!

di Rolf Degen*

Lungo la loro storia millenaria, le piante aromatiche non hanno servito solamente a rilevare il sapore degli alimenti, oppure, come nel medioevo, a nascondere la muffa. Già nell'Antichità, gli uomini sapevano per esperienza che le spezie, in particolare quelle che pizzicano la bocca, prevenivano o addirittura guarivano molte malattie e infermità.

Così, gli Egiziani, ai tempi dei faraoni, avevano osservato che gli operai occupati alla costruzione delle piramidi erano più resistenti e soffrivano meno di malattie quando consumavano aglio o spezie come la paprica.

Le donne Maya dell'epoca precolombiana si spalmavano il corpo con un unguento al peperoncino per preservare la loro bellezza mentre alle Antille, gli autoctoni colpiti di calvizie si fri-

Nello stesso modo, i suoi effetti sulle mucose sono benefici! Tenendo conto del "fuoco" che provoca, si immaginerebbe piuttosto che faccia dei danni allo stomaco. Errore! Così, un test che consisteva nell'amministrare acido acetil-salicilato a dei volontari che avevano ingerito a titolo preventivo 20g di peperoncino ha rivelato che gli effetti nocivi conosciuti dell'acido salicilico sulla parete dello stomaco erano diminuiti. Degli impacchi e creme alla *capsaicina* possono ugualmente calmare dolori dopo incidenti sportivi e in caso di affezioni reumatiche. Anche la cefalea vascolare di Horton, una forma particolarmente pesante di cefalea, risponde molto bene al peperoncino.



"Disinnescare" le bombe caloriche!

Per molti di noi, qualche cuscinetto sui fianchi e un tasso di colesterolo alto sono il prezzo da pagare per un eccesso di buon cibo. Esiste comunque un mezzo per disinnescare, al meno parzialmente, le bombe caloriche aggiungendo spezie forti agli alimenti, come il pepe o la paprika.

Oli e grassi sono cibi che influenzano maggiormente il fenomeno del sovrappeso per il loro alto tenore in calorie. A ciò si aggiunge il fatto che i grassi non saziano molto perché mettono molto tempo a raggiungere l'intestino, sede della sensazione di sazietà. Ma un'altra

ragione spiega perché oli e grassi sono disastrosi per la linea: dopo avere mangiato pasti molto grassi, il riscaldamento dell'organismo, chiamato termogenesi, provocato dall'ingestione di alimenti, non avviene.

L'organismo brucia calorie consumate sia per il metabolismo basale, sia per il metabolismo muscolare, cioè l'energia necessaria al mantenimento delle funzioni vitali e dell'esercizio fisico. Inoltre, immediatamente dopo il pasto, il corpo produce calore, consumando così direttamente una parte del cibo ingerito. Questa termogenesi, che serve probabilmente a prevenire il sovrappeso, funziona solo minimamente su una persona obesa. In più, sono soprattutto alimenti ricchi di carboidrati che rimettono in moto la caldaia, al contrario dei cibi troppo grassi che non hanno questa funzione calorica. In buona logica, il miglior metodo per mantenere la linea sarebbe di

In varie culture, il peperoncino, a causa del suo sapore piccante, è stato utilizzato per curare un grande numero di malattie.

Da sempre le spezie hanno avuto un doppio uso: la conservazione dei cibi e la prevenzione di malattie

zionavano il cranio con il peperoncino per stimolare la ricrescita dei capelli. Si può notare che oggi negli Stati Uniti si produce uno shampoo antiforfora al peperoncino...

In varie culture, il peperoncino, a causa del suo sapore piccante, è stato utilizzato per curare un grande numero di malattie, dalle malattie della pelle alle emorroidi, vermi intestinali, cefalee, infezioni dell'orecchio e mal di gola. Test empirici hanno provato che alcune di queste indicazioni mediche millenarie hanno una base reale scientifica. Così, uno studio alla clinica dermatologica universitaria tedesca di Münster ha dimostrato che la *capsaicina* presente nel peperoncino è efficace per il trattamento di diverse affezioni cutanee che provocano prurito e dolore.



Ci sono spezie per tutti i gusti...

consumare cibi poveri di lipidi, e dunque poveri di calorie. Ma le possibilità di riuscirci sono poche, nella misura in cui i grassi contribuiscono per una parte essenziale al sapore degli alimenti, dunque al piacere di mangiare. Però esiste un altro modo, in teoria, di favorire la termogenesi dopo avere mangiato un pasto ricco di grassi e bruciare così il troppo pieno di calorie.

Peperoncino e metabolismo

Già qualche anno fa, è stata fatta l'ipotesi che l'aggiunta di spezie forti agli alimenti poteva avere un ruolo efficace nella termogenesi. Questa idea è venuta dal fatto che il pepe provoca una sensazione soggettiva di calore. Le prime prove su animali hanno dimostrato un'accelerazione del metabolismo quando erano stati nutriti con cibo contenente spezie forti come peperoncino, pepe di Cayenna, paprika o senape. Poi, i ricercatori hanno fatto test su esseri umani ai quali è stato servito cibo con alto tenore in grassi o in amido. Certi erano speziati e gli altri no. Risultato: dalle persone che avevano consumato il piatto molto

ricco di grassi con pepe di Cayenna, la presenza di quest'ultimo ha fortemente influenzato le termogenesi verso l'alto. La spesa energetica e il consumo di ossigeno sono aumentati del 30%. Invece, questa incidenza era minima per le persone che avevano ingerito essenzialmente amido. Questo tipo di alimento ha infatti già per se stesso un effetto riscaldante senza spezie. "Evidentemente, il pepe forte favorisce il riscaldamento suscitato dall'ingestione di alimenti e controbilancia l'effetto termogenetico debole dei grassi" affermano gli autori dello studio. È probabile che le spezie forti intensificano le termogenesi per la loro azione sul nervo simpatico, il polo stimolante del sistema neurovegetativo. Questa reazione a catena provoca una secrezione di adrenalina e di noradrenalina delle ghiandole surrenali, le ghiandole responsabili del processo di combustione delle cellule adipose. Infatti, i Canadesi sono riusciti a frenare la termogenesi provocata dal pepe amministrando ai volontari dei betabloccanti. Questi ultimi sono medicinali contro l'ipertensione che inibiscono i recettori dell'adrenalina e della noradrenalina. "Bisogna chiedersi, afferma il professore ginevrino Abdul G. Dulloo, in quale misura le spezie forti aiuterebbero forse molti di noi a bruciare le calorie in eccesso!" ■

*Rolf Degen. Tabula numero 4. ottobre 2005. Società Svizzera per la Nutrizione. Tradotto liberamente da Isabelle Avosti.

Informazioni

Breve istoriato dell'INFO ASI in occasione della partenza di Urs Weyermann



Nel giugno 1994, durante l'Assemblea dei Delegati, la sezione Ticino faceva notare che sulla rivista "Cure infermieristiche" alla parte dedicata ai lettori italofooni poteva essere dato maggiore spazio. La parte redazionale della rivista comprendeva allora una ventina di pagine in tedesco, una ventina in francese e quattro in italiano. Il Comitato Centrale ha cercato di tener conto nel limite del possibile del desiderio della sezione Ticino di pubblicare una rivista in italiano. Ciononostante, ha respinto l'idea di una tripla pubblicazione separata della rivista "Cure infermieristiche" nelle diverse lingue. Il Comitato Centrale ha raccomandato ai delegati di respingere la proposta per ragioni di politica profes-

sionale ed economiche. Ha comunque riconosciuto le esigenze della minoranza di lingua italiana.

Pertanto, ha incaricato Urs Weyermann a trovare soluzioni accettabili e a coordinare la "nascita" di una rivista ticinese. Dal 1995 viene così pubblicata a scadenza trimestrale, allegata a "Cure infermieristiche", la rivista "INFO ASI", organo ufficiale della sezione Ticino.

Dai primi numeri, INFO ASI ha aumentato il numero di pagine, portandolo da 12 a 16, e cambiato veste grafica, grazie all'impegno di Urs Weyermann che ha ottenuto il finanziamento da Berna. ■





Agenda

CALENDARIO ATTIVITÀ ASI-SBK SEZIONE TICINO SETTEMBRE - OTTOBRE 2007 CORSI - CONFERENZE - ATELIER - ASSEMBLEE

19 - 20 - 21	SETTEMBRE	KINESIOLOGIA: TOUCH FOR HEALTH I
28	SETTEMBRE	QUANDO PRENDERSI CURA DEI NOSTRI PAZIENTI PUÒ TRADURSI NEL DOVERCI PRENDERE CURA DI NOI STESSI: LA SINDROME DEL BURN OUT NELLE PROFESSIONI SOCIALI
11 - 12	OTTOBRE	AUTOSTIMA E FIDUCIA IN SE STESSI
17 - 18 - 19	OTTOBRE	RIFLESSOLOGIA DEL PIEDE:
7 - 8 - 9	GENNAIO	PARTE NEURO - MUSCOLARE
1 - 2	APRILE	
22 - 23	OTTOBRE	L'ARTE TERAPIA CON IL BAMBINO IN SITUAZIONE DI DISAGIO

Buone vacanze!



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