

INFO SBK ASI

Periodico d'informazione sulle attività dell'associazione Infermiere/i
Allegato alla rivista "Cure infermieristiche" 03/06

Sezione Ticino

Marzo 2006

numero 1

1

Editoriale

Una corretta alimentazione è uno dei fattori fondamentali per controllare, mantenere e migliorare lo stato di salute. In molti casi, il ricovero ospedaliero può essere anche l'occasione per una riabilitazione nutrizionale.

Le attuali conoscenze scientifiche dimostrano che l'incidenza di molte patologie croniche è legata alla dieta e più in generale agli stili di vita: alimentazione e nutrizione sono tra i più importanti fattori per la salute di ogni persona.

La presenza di malnutrizione finisce con l'aver conseguenze rilevanti non solo sulla qualità di vita del soggetto (malessere, depressione, irritabilità, apatia, perdita di concentrazione e di capacità intellettuale), ma anche sull'incidenza di complicanze e sulla prognosi a distanza della patologia di base, aumentandone la mortalità.

La prevenzione di tali problematiche può utilmente essere attuata da ciascuno attraverso una cura quotidiana della propria alimentazione; al tempo stesso queste problematiche dovrebbero essere individuate durante l'accesso in ospedale e trattate con attenzione nella fase del ricovero, così da garantire una nutrizione adeguata.

In ogni caso, ciò che successivamente deve essere avviata e proseguita nel tempo è una vera e propria riabilitazione nutrizionale, la cui responsabilità passa tra medici e infermieri, sia in ospedale che sul territorio.

Essenziale diventerà attivare meccanismi di controllo e di monitoraggio della nutrizione dei pazienti, aiutandoli a gestire, una volta dimessi, un'adeguata alimentazione per ogni singolo soggetto.

L'infermiere aggiornato nel campo della nutrizione, è in grado di fornire informazioni ai cittadini in merito ai modelli alimentari (stili di vita) sani, capaci di prevenire buona parte delle malattie più spesso rappresentate e gravate da alta



morbosità e mortalità nella società attuale, conferendo alla professionalità dell'infermiere un grado di completezza ed una funzione davvero unica.

Cristina Genovese

Sommario

2

- Pag. 1 Editoriale
2 Sommario

Cronaca Regionale

- 3 **Recuperare la propria identità personale**
Pia Bagnaschi
- 6 **Progetto per un Centro di Riabilitazione Alimentare**
Il gruppo di riabilitazione alimentare: Ospedale Regionale di Locarno

Approfondimenti

- 8 **Terza età attivi ed in salute con l'alimentazione**
Vania Ender dietista dipl.
- 9 **Il cibo un piacere primordiale, visto dalla parte dei ciechi e ipovedenti**
Claudio Nizzola
- 12 **Malnutrizione ospedaliera: tutti possono diventare malnutriti**
Maristella Colombo

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
Cristina Genovese
Geraldine Comodo
Andreja Gashi-Rezzonico
Isabelle Avosti
Cristina Treter De Lubomierz
Maurizio Quadri

Stampa
Typo-offset Aurora SA

Visibilità delle cure

Recuperare la propria identità professionale

a cura di Pia Bagnaschi

Lo scorso 22 novembre, presso il Centro San Carlo di Besso, si è tenuta una giornata di studio dedicata al tema della visibilità delle cure

Lo scopo della giornata, organizzata dall'ASI sezione Ticino e dalla Scuola superiore in cure infermieristiche, con il contributo del Dipartimento della sanità e della socialità, era di analizzare quali sono i percorsi per rendere visibili le cure, considerando i possibili ostacoli. Ai 270 iscritti si sono rivolti relatori provenienti da vari settori nell'ambito della salute, introdotti di volta in volta dalle animazioni di Paolo Ferrara che, unendo la sua esperienza professionale di infermiere alla sua capacità interpretativa, ha saputo cogliere e sottolineare i punti caldi dei vari aspetti affrontati coinvolgendo e interpellando tutti i presenti.

L'importanza dell'impegno politico

Come ha sottolineato Elsbeth Wandeler, responsabile del dipartimento della politica professionale dell'ASI, i curanti non devono chiedersi se sono in grado di rendere visibili le cure, bensì quali cure si devono rendere visibili. Dopo l'amara esperienza della proposta del Consiglio federale sul finanziamento delle cure, che prevedeva la copertura da parte della cassa malati degli atti terapeutici e solo un contributo parziale per le cure di base, è emersa più che mai l'esigenza di abbandonare definitivamente questo modello ormai superato delle cure suddivise in due categorie. Le cure di base e le cure terapeutiche fanno parte del passato, ha affermato Elsbeth Wandeler, e non ci si deve limitare a insegnare concetti infermieristici moderni nelle scuole e applicarli nella pratica lavorativa. Ci si deve battere affinché questi concetti vengano introdotti anche a livello politico. "Dobbiamo rendere visibile il valore economico delle cure, mostrare gli effetti delle cure e che cosa accade quando non possono più essere erogate" ha esortato Wandeler, che ha concluso il suo intervento sottolineando l'importanza dell'impegno politico dell'ASI quale associazione professionale, ma soprattutto dei suoi membri, affinché il valore sociale delle cure possa essere finalmente riconosciuto e considerato.

Il curante deve definire i limiti dell'interesse del paziente

Gian Paolo de Neri, segretario cantonale di sanità, ha cercato di illustrare quali sono i criteri che determinano la scelta delle cure da finanziare. Il suo punto di vista è quello

dell'assicuratore che cerca di contenere il più possibile i costi della salute. Per De Neri il curante è tenuto ad erogare le prestazioni entro il limite dell'interesse dell'assicurato e, se questo limite viene superato, la remunerazione può essere rifiutata. Nell'ambito infermieristico, definire l'interesse dell'assicurato (paziente) compete unicamente al fornitore di prestazioni (curante). Questo, secondo de Neri, può portare il curante, invece di far capo alle sue conoscenze professionali, a lasciarsi convincere dall'assicurato ad un eccesso di prestazioni il cui effetto è un aumento dei costi.

Ovviamente qualcuno potrebbe obiettare che questo tipo di ragionamento comporta un altro rischio, cioè che i curanti si vedano sempre più spinti ad essere al servizio delle leggi del mercato e delle pressioni al risparmio anziché degli ammalati, a scapito della qualità delle cure. Affinché la qualità delle cure possa essere garantita è quindi necessario stabilire i criteri che determinano la scelta delle cure da finanziare, rendendole visibili. De Neri ha ricordato che questi criteri devono essere definiti e vagliati dal fornitore di prestazioni in ogni singolo caso. In questo modo il curante può soddisfare le necessità del singolo paziente ed è in grado di dimostrare l'adeguatezza e la pertinenza del suo intervento.

Profilarsi con una chiara identità

Mentre dai sondaggi risulta che la professione infermieristica gode della fiducia e della stima della gente, ci sono politici che sostengono che il 50% degli infermieri diplomati potrebbe essere sostituito con professionisti meno qualificati. "Una situazione da farci tremare" ha affermato Alexandre Aleman, infermiere cantonale, intervenuto per il Dipartimento della sanità e della socialità. A partire dagli anni 90 la professione infermieristica è stata messa in discussione da una visione del sistema sanitario che pone in secondo piano la componente umanitaria, privilegiando l'aspetto economico. Tuttavia gli infermieri non intendono rinunciare al calore umano e, per poter stare al passo dell'evoluzione, tendono a voler ricoprire troppi ruoli (cure tecniche, assistenza al paziente, attività amministrative e manageriali, ecc.). Più emergono nuove figure di operatori, più gli infermieri si sentono minacciati nella loro identità. L'obiettivo, ha sottolineato Aleman, deve quindi essere quello di profilarsi con una chiara identità, cosicché il sistema sanitario riconosca la specificità del lavoro infermieristico, mettendogli a disposizione risorse adeguate.

3

Cronaca Regionale

Riaffermare il ruolo dell'infermiere

Quali sono gli spazi della professione infermieristica nella società odierna? Paolo Motta, direttore scientifico della rivista "Nursing oggi" e docente presso l'Università degli studi di Brescia, ha cercato di rispondere a questo interrogativo ricordando che il ruolo dell'infermiere è una risultante di un insieme complesso di fattori che dipendono non solo dalle proprie ambizioni, ma anche e soprattutto da chi gli sta attorno. Siccome il curante occupa una posizione nodale dell'organizzazione sanitaria, richiede una complessa e articolata capacità di interazione.

Motta ha affermato che non ci si deve vergognare di riflettere ancora sul ruolo dell'infermiere ed ha fatto notare come, negli ultimi anni, soprattutto in Italia, due aspetti hanno avuto una notevole importanza nel processo di riaffermazione di tale ruolo: la deregolamentazione, che impiegando personale a diverso grado di occupazione ha reso difficile definirne le competenze, e l'aziendalizzazione, che, ad esempio con la riduzione delle degenze, ha fortemente condizionato il ruolo dei curanti, influenzando sulle modalità con cui le prestazioni vengono erogate. Motta è poi passato all'analisi di fattori di portata generale quali: le trasformazioni culturali, che portano l'utenza ad essere sempre più consapevole ed esigente e richiede una corretta informazione al paziente e ai familiari; gli aspetti demografici, che determinano il tipo di attività assistenziale; la promozione della formazione a livello universitario, che conferisce credibilità alla professione, anche a livello interdisciplinare; il rapporto ambivalente con la tecnologia, che fa compiere passi avanti a livello della professionalità, ma può anche de-responsabilizzare; la specializzazione, che permette di fornire cure più adeguate, ma che può far perdere la visione globale del paziente.

Tutti questi fattori e le loro interazioni con la professione infermieristica determinano il processo di riaffermazione del ruolo del curante, che deve assumere un atteggiamento dinamico, e non subire gli effetti. Secondo Paolo Motta per definire la propria identità è pure importante considerare il passato e l'evoluzione della professione.

Una professione ad alto livello simbolico

La gente riconosce passivamente l'utilità delle cure, ma non ne prende attivamente coscienza. Ad affermarlo è Michel Nadot, professore alla SUP salute di Friburgo. Ma perché, si è chiesto Nadot, si fa tanta fatica a rendere visibile ciò che si sa? Forse alla base di queste reticenze ci sono i tabù che la società proietta sull'aiuto alla vita, la salute e la cura dell'umano. Inoltre bisogna essere consapevoli di ciò che si fa per renderlo visibile. La professione infermieristica si trova nell'incapacità di definire i suoi orientamenti e si lascia trascinare in ogni genere di moda effimera, sen-

za nessun discernimento tra quello che gli appartiene e quello che gli è imposto dalle culture dominanti quali la teologia, l'arte militare, la medicina, le scienze umane, sociali economiche e politiche. La professionalizzazione delle cure avrebbe dovuto condurre all'autonomia però, né l'accesso allo statuto di professione, né l'accesso alla formazione universitaria sono riusciti a ridare ai curanti la loro indipendenza persa di secolo in secolo. Sempre secondo Nadot, le infermiere trarrebbero profitto nel prendere coscienza delle radici storiche della loro professione, ispirandosi nel definire quale tipo di servizio possono offrire alla società. Perché posizionarsi sempre come "professione ausiliaria", dipendere dalle culture dominanti o presentarsi come "para" qualcosa? Nadot ha poi esortato a smettere di parlare solo di "cura", sottolineando come questo termine sia riduttivo rispetto alla complessità delle prestazioni di servizio offerte e porti ad un punto morto. "L'attività professionale comprende la cura, ma non l'inverso" ha concluso.

Uno strumento per comunicare:

il NURSING data

Per rendere visibile una cosa è necessario poterle dare un nome e quantificarla. Lo stesso vale nell'ambito delle cure. Affinché i curanti possano definire e trasmettere ciò che fanno occorre trovare uno strumento che permetta uno scambio di informazioni. Il progetto NURSING data, presentato da Lucien Portenier, responsabile del dipartimento di cure infermieristiche dell'ASI, ha come obiettivo l'elaborazione di un sistema d'informazione infermieristica nazionale che permette di raccogliere i dati infermieristici nei tre settori della salute - a domicilio, nelle case per anziani e negli ospedali - per tutte le specialità (secondo la disciplina medica) e nelle tre regioni linguistiche. Questo sistema dovrà essere compatibile con gli altri sistemi svizzeri, statistiche e classificazioni, e dovrà permettere di paragonare i dati internazionali, tenendo conto della legislazione sulla protezione dei dati. Il concetto generale del progetto NURSING data è stato sviluppato in una prima fase tra il 1998 e 2002. La seconda fase del progetto, iniziata nell'autunno 2001, durerà 60 mesi. I risultati saranno disponibili entro la metà di quest'anno. Al centro di tutta l'operazione ci sono due sottoprogetti: uno riguarda la definizione della base minima di dati che saranno raccolti per la statistica federale, denominata Nursing Minimum Data Set svizzero (CH-NMDS), l'altro riguarda l'elaborazione per la Svizzera di due classificazioni di riferimento che permetteranno di descrivere le attività infermieristiche (interventi infermieristici) e il loro obiettivo (fenomeni delle cure infermieristiche).

L'essenziale è invisibile agli occhi

Cercando di trarre un bilancio da questa giornata di studio in cui si è cercato di analizzare quali

sono i percorsi per rendere visibili le cure, Patrick Morger, direttore della Scuola superiore di cure infermieristiche, per dimostrare l'importanza della professione infermieristica ha provocatoriamente invitato i presenti ad immaginare un ospedale senza curanti: non è difficile dedurre che un tale esperimento porterebbe ad una grande sofferenza.

Con questo stratagemma l'essenziale diventerebbe visibile, confutando l'affermazione tratta da "Il piccolo principe", riportata sul programma dagli organizzatori della giornata come spunto di riflessione: "...non si vede bene che non il cuore. L'essenziale è invisibile agli occhi".

Malgrado le cure rivestano un ruolo determinante per l'efficienza del sistema sanitario, il loro valore non è riconosciuto da tutti o forse troppo spesso è più comodo non riconoscerlo. Affinché possano continuare a garantire un'assistenza di qualità e essere riconosciuti come professionisti a pieno titolo, i curanti devono battersi all'insegna della solidarietà sociale, rendendo visibile ciò che è essenziale, cioè la loro professionalità.

Progetto per un Centro di Riabilitazione Alimentare

Il gruppo di riabilitazione alimentare: Ospedale Regionale di Locarno
 Dr. Hans. Stricker
 Camilla Montorfani, dietista
 Pierromeo Mauri, cuoco

6

Cronaca Regionale

Premesse

Le malattie cardiovascolari (infarto del miocardio, infarto cerebrale, insufficienza arteriosa agli arti inferiori) costituiscono la patologia più frequente in termini di morbidità e mortalità nei paesi occidentali e sono responsabili per più del 40% dei decessi nel nostro paese (in: Das Gesundheitswesen in der Schweiz, 2002, p. 13. Fonte: statistica dei decessi 1999, Ufficio federale di Statistica Neuchatel). A parte il tabagismo i più importanti fattori di rischio cardiovascolari, ipertensione arteriosa, diabete mellito, ipercolesterolemia, sono in maniera decisiva influenzati dal nostro stile di vita, spesso caratterizzato da una alimentazione inadeguata ed una mancanza di attività fisica. Malgrado il fatto che questi fattori di rischio e l'importanza di una loro modifica siano noti in maniera grossolana anche al pubblico, il cambiamento delle abitudini quotidiane si dimostra essere difficile. Di regola, la motivazione è maggiore nelle persone che hanno già subito una manifestazione della malattia in questione.

In fatti, la riabilitazione con insegnamento di una attività fisica adeguata, sia in ambito stazionario oppure ambulatoriale, fa parte da anni della terapia dopo un evento cardiaco.

Ora, è da poco che sono state confermate in un grande studio interventzionistico, l'ipotesi circa il beneficio di un cambiamento alimentare sulla frequenza delle recidive in pazienti cardiopatici.

L'introduzione della cosiddetta dieta mediterranea porta in effetti ad un beneficio pari al doppio di quello ottenibile con i medicinali usati secondo lo stato dell'arte nei pazienti dopo un infarto miocardio (de Lorgeril M, et al. Circulation 1999;99:779-), con una riduzione del 70% di ulteriori eventi cardiovascolari dopo un tempo di osservazione media di 2.7 anni.

Mentre viene data una grande importanza di far beneficiare i pazienti di una terapia medicamentosa, l'impegno per introdurre un'alimentazione sana di regole è molto limitato.

Le ragioni sono almeno due: insufficiente istruzione e quindi presa di coscienza dell'importanza dell'alimentazione, e mancanza di strutture di insegnamento adatte. Conseguenze pratiche. Una conseguenza di quanto elencato sopra è la messa in piedi di una struttura che permetta una riabilitazione a livello alimentare dei pazienti sofferenti di malattie cardiovascolari. La realizzazione di tale struttura s'impone logicamente alla luce dei risultati scientifici pubblicati e citati sopra.

Progetto

Creazione di una infrastruttura idonea all'interno dell'Ospedale Regionale di Locarno che permetta, in un programma di corsi serali, l'insegnamento teorico e pratico di un'alimentazione adeguata ai pazienti cardio- e vasculopatici. Il progetto s'inserisce in un concetto di riabilitazione cardiovascolare, con una stretta collaborazione con la già esistente struttura di riabilitazione fisica ambulatoriale.

Risorse

1. Infrastruttura

- Locale con cucina completa funzionante;
- Spazio sufficiente per l'insegnamento teorico

2. Risorse umane

- Dietista
- Cuoco
- Medico

Svolgimento pratico

Da cinque a sei corsi serali di 2-3 ore ciascuno per pazienti cardiopatici (con angina pectoris, dopo infarto del miocardio, dopo intervento al cuore) come riabilitazione allo stesso livello della riabilitazione fisica.

Potenziale numero di pazienti

Paragonando con i pazienti in riabilitazione ambulatoriale si calcola un numero di 50/anno. A questi potranno aggiungersi i pazienti vasculopatici periferici tramite l'ambulatorio di Angiologia.

Evidentemente un centro di riabilitazione alimentare avrà più affluenza con l'andar del tempo; un numero fino a 100 pazienti all'anno sembra realistico.

Costi

1. Infrastruttura

L'allestimento di un locale fornito dell'infrastruttura necessaria non dovrebbe superare i 30.000.- Fr.

2. Costi correnti

L'obiettivo minimo è l'autofinanziamento dei costi. I costi sono da coprire in parte dalle casse malati, in parte dai partecipanti, mentre si cercheranno contributi da terzi (industria alimentare, farmaceutica).

Ulteriori possibilità di sfruttamento dell'infrastruttura

Sono concepibili corsi pratici nel quadro dell'insegnamento ai pazienti diabetici e quindi lo

sfruttamento da parte del centro per il diabete. Inoltre possono essere offerti corsi di alimentazione in prevenzione primaria (non a carico delle casse malati). I locali potrebbero essere affittati a terzi. Non da ultimo i locali potranno essere sfruttati per l'insegnamento dei cuochi e del personale di cucina dell'ospedale.

Conclusioni

L'importanza di una alimentazione adeguata come principio terapeutico nei pazienti cardio- e vasculopatici è riconosciuto da poco. Non vengono per ora offerte le possibilità per una riabilitazione alimentare, allorché la riabilitazione fisica è già da tempo parte integrante della presa a carico dei pazienti cardiopatici. L'Ospedale Regionale di Locarno potrebbe fungere da segnapassi, creando il primo centro di riabilitazione alimentare in Ticino, accogliendo la sfida da parte del settore privato che s'impegna di ampliare l'offerta della riabilitazione cardiovascolare anche nel campo dietetico.



Terapia mediterranea

L'aterosclerosi, con le sue manifestazioni cliniche, come detto costituisce il rischio più elevato di mortalità precoce nei paesi occidentali.

La prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari, alla base delle quali sta l'aterosclerosi, consiste nel controllo del peso, nell'astensione dal fumo, nel movimento fisico e in vari interventi farmacologici. E' soltanto negli ultimi anni che l'alimentazione, quale fattore di rischio, rispettivamente quale potenziale rimedio per le malattie cardiovascolari, è stata studiata, anche se le prime nozioni di alimentazione sana risalgono alla metà del secolo scorso. Lo Studio di Lione, pubblicato nel 1999, ha dimostrato in modo evidente come l'introduzione di un'alimentazione di tipo mediterraneo può evitare il 70% dei nuovi problemi cardiovascolari in pazienti colpiti da infarto del miocardio. E' stato provato che con un semplice cambiamento delle abitudini alimentari un malato coronarico può

migliorare la prognosi, addirittura in modo più efficace che con l'assunzione di potenti farmaci. Che cos'è l'alimentazione mediterranea? Il principio è quello di un apporto maggiore di sostanze antiossidanti (contenute in particolare nella frutta e nella verdura), di acidi grassi monoinsaturi, nonché di poliinsaturi del tipo omega-3. Gli acidi grassi monoinsaturi sono contenuti soprattutto nell'olio d'oliva e in quello di colza (non tipicamente mediterraneo, ma che permette in parte di supplire alle diversità tra la nostra alimentazione e quella possibile attorno al Mar Mediterraneo). Gli omega-3 si trovano nel pesce (soprattutto in quello azzurro) e in alcuni alimenti di origine vegetale, quali l'olio di colza, i semi di lino e le noci.

Gli acidi grassi saturi (quelli da limitare!) sono soprattutto nascosti nei dolci, nei salumi e nei formaggi.

Sulla base dei risultati dello studio sopraccitato è nata all'ODL l'idea di un progetto di rieducazione alimentare in pazienti cardio- e vasculopatici. Il corso non comprende soltanto un'istruzione teorica, ma si tratta piuttosto di un corso pratico di cucina: si è, infatti, spesso notato che le spiegazioni teoriche non bastano a provocare un cambiamento delle abitudini alimentari.

L'infrastruttura necessaria - una cucina allestita in modo completo al terzo piano ala est dell'ODL - è stata realizzata grazie all'aiuto di quattro ditte farmaceutiche (MSD, Roche, Pfizer, Essex).

Da giugno di quest'anno quattro gruppi di pazienti (da sei a otto, alcuni accompagnati dalle mogli) hanno partecipato al corso che si è svolto sull'arco di sei serate: due (quella introduttiva e quella conclusiva) dedicate alla teoria e quattro alla pratica. Le spiegazioni teoriche, finalizzate al chiarimento di ciò che si è imparato nella parte pratica, sono state date dal Dr Hans Stricker, dalla Dr.ssa Francesca Duchini e dalla dietista Camilla Montorfani. Il corso pratico è stato tenuto dai cuochi per la dieta Pierromeo Mauri e Ivan Rigetti, che hanno preparato con i pazienti un menù mediterraneo per ogni serata.

Come per molti interventi terapeutici è fondamentale la costanza nel seguire le nozioni impartite anche dopo la fine del corso, in modo da cambiare definitivamente le abitudini alimentari.

Si tratta di una sfida non evidente, ma il corso finora ha avuto un riscontro positivo ed è stato un bel momento di convivialità tra i partecipanti. L'alimentazione mediterranea non è una dieta stretta, bensì un'alimentazione sana, variata, che sazia e permette di mangiare con appetito.

Terza età attivi ed in salute con l'alimentazione adeguata

a cura di Vania Ender dietista dipl. SS
Studio di consulenza e terapia dietetica Lugano

8

Approfondimenti

In collaborazione con l'associazione PIPA (Prevenzione Infortuni Persone Anziani) è nata l'idea di organizzare incontri informativi riguardo al tema dell'alimentazione, offerta a gruppi di anziani, aperto anche a stretto contatto con loro e ai parenti.

Il "corso" è stato suddiviso in due pomeriggi. L'obiettivo del primo incontro era quello di fornire informazioni riguardo i criteri per mantenere una buona qualità di vita attraverso una corretta alimentazione, adattando i consigli alla realtà dell'anziano.

L'obiettivo del secondo pomeriggio era quello di far conoscere i criteri per prevenire e/o non aggravare carenze e complicazioni tipiche dell'età avanzata dovuti ad errori alimentari (esempio: diabete, colesterolo, ipertensione, osteoporosi).

Si è voluta ricordare l'importanza del controllo alimentare per il benessere generale in tutte le fasce di età, quindi anche per questa "bella età".

Gli errori alimentari più frequenti emersi dagli incontri con gli anziani sono i seguenti:

- Carenza nel consumo di frutta, verdura (vitamine, sali minerali, fibre), dovuto da difficoltà nell'acquisto di prodotti freschi (p.es. problemi di deambulazione), mancata preparazione per motivi di solitudine, voglia, problemi di masticazione
- Scarso consumo di liquidi per un diminuito senso della sete (stitichezza)
- Insufficiente consumo di latticini (a volte a causa di intolleranze), quindi consumo insufficiente di calcio (osteoporosi).

Questi errori potrebbero portare ad uno stato di malnutrizione, influenzando negativamente lo stato di salute dell'anziano, aumentare per esempio il rischio di cadute (p.es. debolezza).

Al termine degli incontri veniva offerto uno spuntino a tema (p.es. latticini / calcio, dolcetto integrale / stitichezza...), momento molto apprezzato e piacevole; emergono domande, ricordi delle abitudini alimentari del passato, che potevano venire commentate anche dal punto di vista nutrizionale. Inoltre gli anziani si mettevano a confronto e scambiavano alcune idee sulla possibilità di mettere in pratica quanto discusso.

Anche noi di "altre fasce di'età" potremmo trarre vantaggio ascoltando i racconti ed i ricordi degli anziani legati anche alle abitudini alimentari del passato ed al consumo dei pasti... prendiamoci più tempo per gustare un buon piatto in comune, ritroviamo il piacere di discutere insieme, dimenticando per un attimo la frenesia del quotidiano.

Studio di consulenza e terapia dietetica –
V. Ender – Dietista dipl. CRS
Via Motta, 15 – 6900 Lugano

Il cibo un piacere primordiale, visto dalla parte dei ciechi e ipovedenti

“Dimmi cosa mangi e ti dirò di che cultura sei” (Anthelme Brillat-Savarin)
 “L'appetito vien mangiando, la sete se ne va bevendo” (Rabelais)

Claudio Nizzola, Responsabile delle cure, alla Casa dei Ciechi di Lugano

Che cosa suscita in noi la parola “mangiare”? piacere o disgusto, sapori delicati o forti, condivisioni o obblighi, incontri o addii..... Probabilmente abbiamo tutti, di volta in volta, sperimentato questi sentimenti, se pensiamo agli episodi, alle persone, ai luoghi, ai cibi, che abbiamo consumato e che ci portiamo con i ricordi della nostra vita privata, relazionale, professionale.

Diverse sono le discipline che ci spiegano l'importanza del cibo, dalla psicologia alla medicina, dalla antropologia alla sociologia, tutte loro ci danno chiavi di lettura intrise di tanti significati, e alcune si interpretano come queste molteplici accezioni:

- Il cibo è innanzitutto nutrimento: se equilibrato, buono, sano, manterrà in salute la persona.
- Il cibo come tradizione: è nei piatti tipici e tradizionali che si conserva spesso una parte importante della cultura di un popolo, di una regione, che si tramandano vecchi saperi.
- Il cibo come amicizia: l'offerta di cibo è il primo gesto di amicizia, in ogni parte del mondo. Che gioia quando lo si condivide con le persone che abbiamo vicino.
- Il cibo come momento in cui ritrovarsi: per una famiglia spesso è il momento del pranzo, della cena, l'occasione per riunirsi e ritrovarsi insieme. L'invito si estende, magari in occasione di una festività; e in tavola, insieme con le pietanze, il pranzo è servito, con tutti i gesti della convivialità: i piccoli impacci, le ruvide cortesie, gli sbalzi di nervosismo, le storie degli invitati.
- Il cibo come festeggiamento di ricorrenze: non si può pensare a nessuna occasione di festeggiamento, in tutti i luoghi, all'aperto e a casa, senza una ricca zona buffet, torte o senza le portate più importanti.
- Il cibo come approfondimento di un rapporto: a tavola per un appuntamento di lavoro o di piacere, si è più franchi, schietti, ci si lascia andare di più, un'occasione di comunicare che non si trova altrove.
- Il cibo come piacere: è uno dei piaceri della vita avere un piatto fumante davanti, il profumo, l'assaggio, poi l'appetito che soddisfa il piacere orale.
- Il cibo come rituale: l'attenzione nel preparare la tavola per sé e per gli altri. La disposizione delle cose e dei piatti, e poi la cura nel cucinare i propri piatti preferiti, quelli che, lo sappiamo, sono le nostre specialità... momenti preziosi, da ritagliarsi come antidoto alla frenesia dei tempi d'oggi, e da pensare come gesti per prendersi cura di sé.

- Il cibo come tormento, che ci fa ingrassare, ci deforma, ci mina nell'immagine del Sé.
- Il cibo come coccola: il cioccolato, il dolcetto, il cognac dopo pasto...
- Il cibo come atto sensuale: uno dei miglior preliminari all'intimità? Una cena, con tutti gli ingredienti giusti: l'atmosfera, i sapori, i gesti... e l'amore.

Il cibo occupa un posto estremamente importante quando ci si rivolge alle persone che sono ospiti nella Casa Anziani. Le carenze e gli squilibri nutrizionali in questo arco di vita sono problemi essenziali per il personale curante e i medici. Le cause osservate negli ospiti ricoverati in Casa anziani, possono essere ricondotte a due grandi categorie:

1. Gli squilibri nutrizionali per eccesso o difetto di cibo.
2. I pregiudizi, la disinformazione, gli errori.

1. Gli squilibri nutrizionali per eccesso o difetto.

Un'abitudine che la persona anziana non dovrebbe avere è quella che lo porti a consumare pasti abbondanti ed eccessivi. L'alimentazione smodata. Poiché le conseguenze che determinano sono l'aumento di peso, il logorio di diversi organi, l'accelerazione dei processi arteriosclerotici, l'influenza negativa sulla struttura dei vasi sanguigni e sui processi del ricambio, sono veramente lesive nella vecchiaia, e abbassano senz'altro il livello qualitativo della vita dell'anziano.

2. I pregiudizi, la disinformazione, gli errori.

Si nota che pregiudizi, abitudini contratte nell'infanzia e in famiglia, numerosi errori per ignoranza, conducono spesso le persone anziane ad un comportamento alimentare poco conforme ai loro bisogni reali di alimentazione equilibrata e corretta.

Interrogando gli anziani, si mettono in evidenza un certo numero di opinioni false a partire da generalizzazioni sul ruolo nocivo di questo o quell'alimento. Alcuni esempi possono farci capire la portata di tali disinformazioni: taluni pensano che le carni siano pericolose per i reni e per la pressione, il sale nocivo per il cuore, i grassi producano l'arteriosclerosi, il latte procuri disturbi digestivi, le verdure gonfino l'addome, per non parlare dei legumi che sono indigesti.

Le conseguenze di questi errori alimentari sono duplici: spesso domina la malnutrizione senile con dimagrimento, stanchezza, inappetenza, bilancio azotato negativo, che riducono la resistenza alle malattie e alle infezioni.

In altri casi invece, il consumo smodato di glucosio (pane, pasta, dolci, zucchero), porta a patologie metaboliche, diabete, obesità, disturbi vascolari e cardiaci.

Lavorando in una casa anziani la cui utenza è costituita da persone con deficit visivi, mi sono soffermato a riflettere sul cibo e le abitudini per agevolare ai residenti, tale attività.

Sono incluse in questo gruppo sia le persone non vedenti che quelle che hanno una ridotta capacità visiva. E' però importante distinguere le persone cieche da quelle con limitazioni visive.

- La persona cieca non vede, ma "percepisce" il mondo esterno attraverso gli altri sensi (tatto, udito, odorato). Avverte la presenza di qualcun altro soprattutto dai rumori, voci, odori.
- La persona con limitazioni visive non vede bene, ma ha un residuo visivo. E' da notare che solo una limitata percentuale di persone con limitazioni visive è completamente cieca.

Vorrei precisare che ipovedenti e ciechi, a causa della loro condizione, utilizzano gli altri quattro sensi (l'udito, il tatto, l'olfatto e il gusto), con maggior attenzione poiché non più distratti dalla vista; ed erroneamente si crede che in queste persone tutto sia più sviluppato.

Sottintendendo l'importanza del cibo come convivialità, piacere e sostentamento, presento alcune accortezze atte a favorire il bisogno/attività dell'alimentarsi per le persone con deficit visivi.

Oltre alla mia esperienza mi sono avvalso dei preziosi consigli di Raffaella Agazzi, (professoressa di lettere e latino), cieca da un decennio.

Raffaella Agazzi oltre a condividere con me esperienze personali e professionali, intrattiene settimanalmente gli ospiti della Casa dei Ciechi, nell'atelier della memoria

(commentando con loro, racconti, poesie, romanzi, vissuti).

Per favorire la percezione l'ambiente circostante:

- Il contatto con la persona cieca deve basarsi su uno scambio continuo di informazioni vocali.
- Dare spiegazioni e descrizioni dell'ambiente chiare, per identificare i percorsi e gli ostacoli (mobili, l'apparecchiatura della tavola, dando riferimenti spaziali noti (in senso orario, sud, nord,); chiedere se vuol essere accompagnato al tavolo.
- Date la possibilità di toccare oggetti, il cieco deve poterli identificare adeguatamente (piatto, posate, bicchiere, ecc.).
- L'illuminazione sufficiente, i contrasti pure, (per le persone con limitazioni visive), punti di riferimento per raggiungere un miglior livello di indipendenza. Tovaglie in tinta unita per non creare confusione, in colore diverso dalle posate; per poter visualizzare il bicchiere (basta un sottobicchiere con un colore molto intenso e diverso dalla tovaglia per farlo spiccare)

- Avere accesso anche agli ausili tecnici per l'orientamento personale (bastone bianco, cane guida, ecc).
- Dare informazioni chiare e particolareggiate sul menù, ripetendolo ad ogni portata.
- Accettate, in ogni circostanza, i cani guida all'interno della struttura, non distraete l'animale e controllate che il cane abbia accesso a tutte le aree.

Per facilitare la comunicazione:

- Non abbiate pregiudizi legati all'aspetto di una persona con disabilità visiva (alcuni portano occhiali scuri)
- Focalizzate l'attenzione sulla persona e non sulla disabilità visiva;
- Presentatevi sempre quando vi rivolgete ad una persona con limitazioni visive e spiegate qual è il vostro ruolo/compito;
- Rimanete vicino alla persona in modo che questa possa identificarvi più facilmente;
- Parlate sempre direttamente con la persona con limitazioni visive, non con il suo accompagnatore.
- Chiedete se serve aiuto, non datelo per scontato o non improvvisatevi "buoni samaritani".
- Fatevi capire mediante le parole dal momento che la persona non può vedere le espressioni del viso e/o i gesti.

Per facilitare il pranzo:

- Non spostate gli oggetti personali durante la permanenza del cliente.
- Se desiderate attrezzarvi con materiale idoneo, allora munitevi di menu, guide dovrebbero essere in macro caratterini in rilievo e/o in Braille. Esistono delle protezioni a semi-cerchio che si applicano sul piatto per evitare che il cibo cada fuori con il pericolo di sporcarsi.
- Fornite sempre del pane, serve ad aiutare la persona cieca ad agganciare il cibo alla forchetta.
- Quando portate il piatto descrivete il contenuto con il metodo dell'orologio, cioè orientate la persona comunicando dove si trova la carne, es. ad ore 12, o le patate ad ore 3, i legumi ad ore 6.
- Tagliate la carne (dopo aver chiesto all'ospite), risulta quasi sempre un'operazione difficile anche per un vedente.
- Informate la persona se state per allontanarvi da lei, coordinate la vostra attività con quella di altre persone (che state per togliere il piatto, che è terminato il pranzo, ecc.).

Per stimolare l'appetito:

- Ma ancor prima d'assaggiare, non si mangia anche con gli occhi? Ma chi non vede? Credo che la presentazione di un piatto abbia un'importanza rilevante e, proprio per questo motivo, voglio porvi un particolare accento. Personalmente, cerco sempre di dedicare parte del tempo alla descrizione del piatto, dei colori, dei sa-

pori, riagganciandomi se possibile a ricordi, immagini mentali come sostituti dello sguardo che fa scattare l'acquolina. Infine si segnala l'importanza dell'umore: è noto che l'euforia aumenta l'appetito, quindi bisogna approfittare dei momenti di buonumore per mangiare quanto possibile.

I cambiamenti sociali che hanno portato all'aumentato ricorso al ricovero della persona anziana in istituto, hanno determinato anche la modifica delle tipologie stesse delle strutture di ricovero e del modello assistenziale. Non più la risposta standardizzata, fine a se stessa, ma un intervento personalizzato che consenta all'anziano: il mantenimento e il recupero delle abilità in suo possesso, l'utilizzo efficiente delle risorse a disposizione, l'integrazione tra residenti, di percepire l'aiuto dei curanti per distinguere le capacità circostanziali dalle incapacità reali.

Ma così facendo occorre scegliere una filosofia di cure che lasci spazio oltre al vocabolario delle patologie, soprattutto al vocabolario delle capacità restanti, dell'autonomia residua, dell'impiegare più tempo nella relazione, all'ascolto e all'accompagnamento alla morte.

Bibliografia:

Arcand-Höbert, Précis pratique DE GÉRIATRIE, Edisem, Maloine, Canada 1997.

Berger L., Mailloux D., Personnes âgées, une approche globale, Maloine, Paris, 1989.

Dacquino G., Libertà di invecchiare. Un'arte che si impara, Società Editrice Internazionale, Torino, 1992.

Mias L., Decourt E., Équipe soignante, Pour un art de vivre en Long séjour, Bayard, Paris, 1993.

Maioli Sabrina, L'assistenza dell'anziano, Quaderni dell'operatore socio-sanitario, McGraw-Hill, Milano, 2002.

La malnutrizione ospedaliera: tutti i pazienti in buona salute possono diventare malnutriti

a cura di Maristella Colombo

12

Una rassegna degli studi più recenti dedicati all'osservazione delle problematiche nutrizionali ospedaliere: conoscere i rischi è già un primo passo per superarli

Da diversi anni si sente ormai parlare di malnutrizione ospedaliera e molti autori stranieri hanno ideato scale di misurazione di questo tipo di rischio. Tuttavia la questione risulta ancora molto sottovalutata. La malnutrizione non è un fenomeno nuovo o raro e può essere prevenuta e ridotta solo mettendo a punto metodiche di screening efficaci che siano poi seguite da interventi di supporto. ³

La malnutrizione è uno stato di alterazione funzionale, strutturale (catabolismo) e di sviluppo dell'organismo conseguente alla discrepanza fra fabbisogni, introiti e utilizzazione di nutrienti, tali da comportare un eccesso di morbosità e mortalità o un'alterazione della qualità di vita.

La più comune varietà di malnutrizione che si osserva nei pazienti ospedalizzati è quella proteico-calorica. Tale condizione si instaura rapidamente in condizioni di malattia acuta, o progredisce lentamente nel corso di mesi o anni quando associata a malattie croniche. È caratterizzata da una riduzione della massa magra. ⁴ La malnutrizione in ospedale può essere ricondotta a cattive abitudini ospedaliere e soprattutto alla mancanza di educazione nutrizionale del personale sanitario testimoniato da alcune evidenze quali:

- mancata registrazione di peso ed altezza nelle cartelle cliniche;
- mancata registrazione del consumo di cibo giornaliero;
- ripetuti e prolungati digiuni prima di esami diagnostici;
- nutrizione enterale e parenterale non adeguata.

Tutte queste situazioni sono generalmente legate allo scarso interesse per questo settore. ³ Il trauma, la sepsi, le ustioni e gli stati infiammatori acuti inducono uno stato ipermetabolico e ipercatabolico che, se non sostenuto con adeguato supporto nutrizionale, porta a malnutrizione.

L'organismo umano, in condizioni fisiologiche, è in grado di rispondere al digiuno attuando complesse risposte neuroendocrine che conducono in ultimo all'aumento dell'appetito, ad un risparmio della massa magra, ad un consumo delle riserve lipidiche e alla riduzione del metabolismo basale.

Le situazioni a rischio di malnutrizione più frequenti in medicina generale possono essere:

- edentulia;
- esiti di ictus;
- morbo di Parkinson,
- broncopneumopatia cronica;
- insufficienza cardiaca;
- demenza;
- dimissione dal ricovero;
- solitudine e depressione

Non molto diversa è la situazione in qualsiasi Chirurgia, dove per eseguire accertamenti diagnostici o grossi interventi addominali, il paziente è spesso a digiuno e la ripresa dell'alimentazione dall'intervento chirurgico non è immediata.

Molti pazienti critici giungono, al momento del ricovero in Unità di Terapia intensiva malnutriti e molti altri sono ad elevato rischio di malnutrizione conseguente all'ipercatabolismo e all'ipermetabolismo. Le conseguenze del mancato apporto di nutrienti si sviluppano più rapidamente nel paziente critico piuttosto che nel soggetto normale. Evidenze cliniche suggeriscono che il persistente ipercatabolismo e la progressiva malnutrizione proteico-calorica aumentano la mortalità e la morbilità e che un supporto nutrizionale precoce riduce l'incidenza delle complicanze infettive e migliora l'evoluzione clinica.

Un'altra categoria di pazienti a rischio di malnutrizione sono i malati oncologici.

I pazienti oncologici diventano frequentemente malnutriti durante l'evoluzione della malattia, per effetto diretto o indiretto del tumore, o in conseguenza al trattamento oncologico.

Inoltre, in questi pazienti, si instaura una sindrome denominata anoressia/cachessia associata al cancro, la quale è una documentata causa di morte nel paziente con cancro.

Questa sindrome è un fenomeno complesso caratterizzato dalla presenza di sintomi quali anoressia, perdita di peso, abnorme incremento del consumo energetico a riposo associato a importanti modificazioni del metabolismo glucidico, lipidico e proteico, nausea e/o vomito, immunodepressione, diminuita risposta ai trattamenti neoplastici ed aumento dei loro effetti collaterali.

Indicazioni e controindicazioni alla Nutrizione artificiale (Na)

Anche alcune patologie croniche (es. fibrosi cistica, Morbo di Crohn, malattie neurologiche ecc.) possono portare a malnutrizione e pertan-

to i pazienti, affetti dalle sopraelencate patologie, necessitano di un adeguato supporto alimentare o di una nutrizione artificiale vera e propria. In queste categorie di pazienti si è visto che una nutrizione adeguata migliora lo stato nutrizionale del paziente o impedisce l'insorgere di una malnutrizione e nello stesso tempo determina una stabilità della sintomatologia.

Come conseguenze della malnutrizione, si può affermare che partendo da uno stato di benessere del 100% della massa magra, si giunge a morte metabolica quando si perde il 70% della stessa massa.

Si può pertanto capire che, come conseguenza a questo stato, si allungano i tempi della degenza e di convalescenza, con un aumento dei costi individuali e sociali. Alla malnutrizione si può ovviare con l'attivazione della nutrizione artificiale, se le eventuali integrazioni ipercaloriche (di tipo dietetico o con supplementazioni industriali) siano risultate inefficaci.

Una rialimentazione non è però priva di rischi, soprattutto in pazienti gravemente malnutriti, e deve essere attivata in modo graduale, tenendo sotto stretto monitoraggio cardiaco e respiratorio il paziente. In una prima fase di rialimentazione è importantissimo anche un bilancio idrico accurato.

Il paziente potrebbe andare incontro a quella che viene definita Refeeding Sindrome. Con questo termine si definisce un quadro clinico complesso che compare in pazienti denutriti durante la fase iniziale di rialimentazione, per lo più con la nutrizione parenterale, ed è caratterizzata dai seguenti sintomi:

- alterata contrattilità cardiaca, aritmie, insufficienza cardiaca, morte improvvisa;
- confusione, parestesie, paresi nervi cranici, tremori, convulsioni, coma;
- insufficienza respiratoria;
- anemia, emorragie, trombocitopenia;
- ipofosforemia, ipopotassiemia, ipomagnesiemia;
- deficit di Tiamina.'

Da quanto sopra elencato, risulta importante il ruolo fondamentale di un'alimentazione corretta.

L'importanza di un corretto approccio, sia sanitario che organizzativo, riguardo l'aspetto nutrizionale è stato recepito nel novembre 2003 dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, che ha emesso una Risoluzione specifica per gli aspetti alimentari e nutrizionali in ospedale. Nel documento vengono trattate le seguenti tematiche:

- Valutazione dello stato nutrizionale e trattamento nutrizionale in ospedale (screening del rischio nutrizionale, identificazione e pre-

venzione delle cause di malnutrizione, supporto nutrizionale, alimentazione naturale per os, supporto nutrizionale artificiale).

- Fornitori di prodotti nutrizionali (distribuzione e responsabilità relativi agli aspetti del trattamento nutrizionale, trasmissione dei flussi informativi tra i servizi, il personale ed i pazienti, aspetti di educazione alimentare attraverso specifici programmi).
- Aspetti gestionali relativi alla nutrizione (organizzazione dei servizi ospedalieri, aspetti economici, locali deputati alla preparazione ed al consumo dei pasti, aspetti igienico-sanitari, strategia per prevenire la malnutrizione)
- Ristorazione ospedaliera (menù, diete e indicazioni mediche, pianificazione alimentare, monitoraggio dell'assunzione dei cibi, informazione e coinvolgimento dei pazienti relativamente al programma nutrizionale).

Molto, quindi, potrebbe essere fatto per evitare la malnutrizione dei pazienti ospedalizzati, con relativo impegno di tempo da parte degli infermieri. Come primo punto, si potrebbe iniziare con un'accurata intervista del paziente al momento del ricovero.

Oggi in molti ospedali è in uso la cartella infermieristica, uno strumento fondamentale nel quale potrebbero essere riportati dati sufficienti a valutare il rischio nutrizionale. Vi andrebbe predisposta un'area per lo screening iniziale, i relativi risultati, gli iniziali provvedimenti con la registrazione di alcuni parametri quali:

- l'indice di massa corporea (Imc), che fornisce una rapida interpretazione dello stato energetico-proteico abituale, basato su peso e altezza attuali dell'individuo;
- una perdita di peso non intenzionale negli ultimi 3-6 mesi, che costituisce una misura più approfondita di un fattore di rischio rispetto all'Imc;
- eventi patologici acuti, che possono influenzare il rischio di malnutrizione.

Questi dati, insieme al peso (rilevato e non riferito dal paziente al momento del ricovero) e all'altezza, costituiscono la base per valutare il rischio di malnutrizione del paziente. Contemporaneamente la valutazione deve essere estesa allo stato di idratazione e allo stato della cute del paziente. Inoltre, se lo stato di mobilità della persona lo consente, va effettuata anche una rilevazione del peso corporeo da ripetersi settimanalmente.

Potremmo suggerire di effettuare delle ricerche nel nostro reparto, dipartimento o ospedale per valutare se i pazienti che giungono nel nostro ente e/o durante l'ospedalizzazione sono a rischio di malnutrizione.

Conclusioni

Di recente, leggendo una tesi di laurea, ho trovato questa frase di Florence Nightingale del 1914 che mi ha molto colpito e che ritengo ancora molto attuale, pur essendo stata scritta quasi un secolo fa: "Per noi che ci prendiamo cura dei malati, il nostro nursing è qualcosa che, se non facciamo progredire ogni anno, ogni mese, ogni settimana, credetemi sta andando indietro (...) Molti dicono che il lavoro di corsia non lascia loro il tempo per queste cose; state attenti che questo non sia il pretesto, perché è facile trasformare in semplice lavoro meccanico il lavoro di corsia, quando noi lo compiamo volentieri e preferiamo occuparci del lavoro pratico piuttosto che disturbarci ad indagare il perché delle cose (...). Senza questo lavoro, voi continuerete a darvi da fare intorno agli ammalati senza mai sapere il perché delle vostre azioni e non saprete neppure insegnare agli altri".

Questo mi porta a pensare quanto sia importante la ricerca infermieristica per poter chiarire dubbi, risolvere problemi che possiamo incontrare nel quotidiano e a cui talvolta non sappiamo dare una risposta, forse per pigrizia o poco tempo, non affrontandoli con ricerche adeguate.

Assemblea generale infermiere/i indipendenti ticino (giiti)

Venerdi, 7 aprile 2006 dalle ore 14:00 presso il Ristorante Hotel Morobbia a Camorino (dopo l'uscita autostradale di Bellinzona sud, in direzione Bellinzona, dopo la rotonda di fronte alla Fust).

Trattande

1. Presentazione nuovo comitato GIITI e distribuzione satuto
2. Approvazione ultimo verbale assemblea 2005
3. Approvazione dei conti
4. Presentazione obiettivi 2006
5. Raccolta bisogni di informazioni e formazione
6. Eventuali

Al termine verrà gentilmente offerto un rinfresco

15

ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA

Il Comitato ASI-SBK Sezione Ticino ha il piacere di invitarvi all'Assemblea Generale Ordinaria:

Martedì 21 Marzo 2006 - Ore 18.30

Riservata ai membri ASI-SBK

Centro La Piazzetta
via Loreto 17 - 6900 Lugano
Sala Multiuso

CONFERENZA

L'ESPERIENZA DI UN INFERMIERE A KABUL CON EMERGENCY 

Martedì 21 Marzo 2006 - Ore 20.00

Aperta al pubblico

Centro La Piazzetta
Sala Multiuso

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



UNIVERSITE DE MONTREAL
Département d'administration
de la santé (DASUM)



CANTONE TICINO
Dipartimento della sanità e della socialità (DSS),
Dipartimento dell'educazione, della cultura e
dello sport (DECS)

**UNIVERSITE D'ETE
EN ADMINISTRATION ET GESTION
DES SERVICES SANITAIRES**

du 24 juillet au 4 août 2006
ASCONA MONTE VERITA
TESSIN

Les cours seront donnés en français
et deux cours en langue anglaise
et s'adressent
aux **professionnels** et aux **gestionnaires**
(cadres supérieurs et intermédiaires).
Le certificat de réussite sera signé par le
Département d'administration de la santé
de l'Université de Montréal.

CLOTURE DES INSCRIPTIONS LE 31 MAI 2006

POUR TOUTE INFORMATION:

Sezione sanitaria
"Cours Universitaires d'Eté"
Mme. Patrizia Pagnoncelli
Via Orico 5
6500 Bellinzona
Tél.: ++41 91 814.30.50
Fax: ++41 91 825.31.89
e-mail patrizia.pagnoncelli@ti.ch
site Internet www.ti.ch/UDEASS

Segretariato ASI

Via Simen 8
6830 Chiasso

Tel. 091/ 682.29.31
Fax 091/ 682.29.32
Email: segretariato@asiticino.ch