

# INFO



SBK  
ASI

Periodico d'informazione sulle attività dell'associazione Infermiere/i  
Allegato alla rivista "Cure infermieristiche" 12/06

Sezione Ticino

dicembre 2006

numero 4

(Foto: Tommy)

**Merry Christmas**

Fröhliche Weihnachten

**Veselé Vanoce**

**Buon Natale**

*Muthu Noeller*

God Jul

*Sretan Bozic*

Feliz Navidad

GLAEDELIG JUL

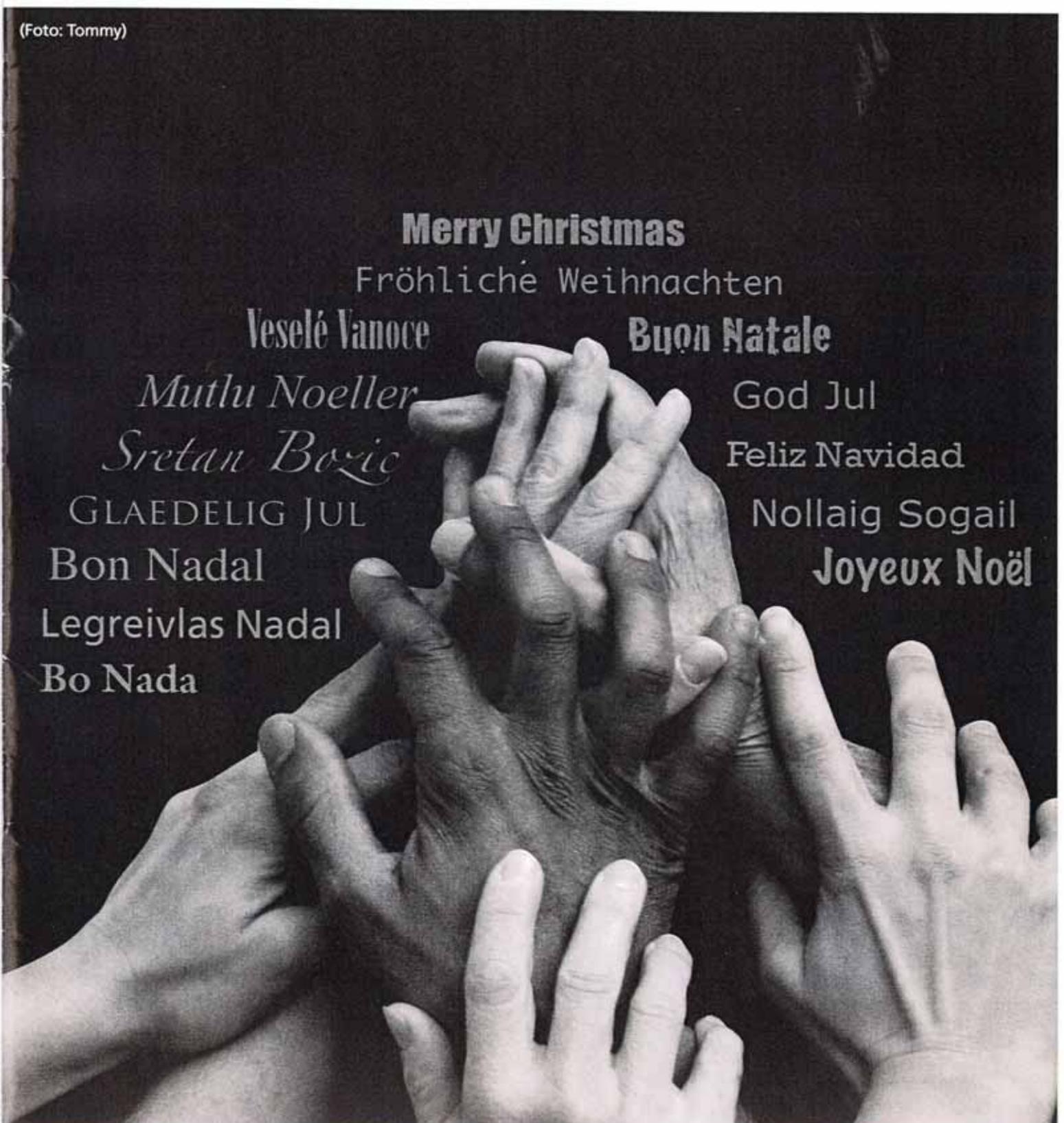
Nollaig Sogail

Bon Nadal

**Joyeux Noël**

Legreivlas Nadal

Bo Nada



# Sommario

1

Pag. 2 Editoriale

## Cronaca Regionale

---

3 **Giornata Mondiale della salute mentale**  
Andreja Rezzonico

## 5 Approfondimenti

---

**Gestire le equipe curanti transculturali in modo competente**  
Anna Kilcher

7 **"Essere attenti e riconoscere i comportamenti razzisti"**  
Intervista con Anna Kilcher

8 **Per un uso migliore del movimento**  
Brigitte Longerich

## Riflessioni

---

10 **Il corpo tra morte apparente e vita apparente**  
Valentina Di Bernardo e Roberto Malacrida

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](mailto:segretariato@asiticino.ch)

**Segretariato ASI**  
Via Simen 8  
CH-6830 Chiasso  
Tel. 091 682.29.31  
Fax 091 682.29.32  
E-mail:  
[segretariato@asiticino.ch](mailto:segretariato@asiticino.ch)  
Sito internet:  
[www.asiticino.ch](http://www.asiticino.ch)

**Redazione**  
Isabelle Avosti  
Geraldine Comodo  
Andreja Gashi-Rezzonico  
Cristina Treter De Lubomierz

**Supervisione**  
Pia Bagnaschi

**Stampa**  
Typo-offset Aurora SA

## Un bellissimo Natale per tutti, anche per gli "altri"

Il problema dell'integrazione: comune denominatore a molti drammi umani.

Due dei temi proposti in questo numero ne sono testimonianza: la diffusione della multiculturalità nelle equipe di lavoro e il fenomeno del suicidio. Sono argomenti importanti, che rimandano quasi di riflesso alla difficoltà d'integrazione che accomuna diversi soggetti. C'è chi non trova lavoro e chi ha paura di perderlo, c'è chi è rimasto "solo", giovane, vecchio o malato, e chi ha dovuto lasciare il suo paese d'origine e venire in questa terra che rischia di rimanergli "straniera". In questo senso sono poche le differenze, mentre in comune c'è la speranza, finché nutrita, di continuare a vivere, di continuare ad essere delle persone con delle idee, dei progetti, dei sogni.

Più luce nelle case, si avvicina il Natale. Più calore nei gesti che scambiano doni ed auguri. Eppure, in questa voglia di donare e donarsi un'ombra rimane.

È l'ombra che accompagna il diverso, l'escluso, tracciata da noi stessi con le nostre emozioni discordanti.

È Natale e le braccia si fanno più generose nell'accoglienza dell'altro ma dietro questo desiderio, naturale e prezioso, segue un contorno emotivo in contraddizione, spesso contrario. Negare questa verità non aiuta, di fronte al diverso proviamo anche disagio, diffidenza, inquietudine e talvolta paura.

Nell'umana tendenza alla generalizzazione, al riduttivismo e al pregiudizio, l'unicità e la complessità della persona con i suoi

valori si annebbiano fino a sfuggirci. La diversità innesca in noi emozioni correlate alla minaccia della nostra sicurezza, della nostra identità, tanto più gravi ed acute in questo periodo storico caratterizzato da incertezze culturali, economiche e sociali.

I modelli autoritari sono in crisi, la tolleranza incondizionata favorisce la paralisi, mentre la responsabilità individuale e collettiva è ancora tutta da costruire.

La mancanza del lavoro e la riduzione di sostegni sociali minano l'identità delle persone, isolandole dai contesti relazionali e fomentando sentimenti di competitività e, in casi drammatici, addirittura di violenza.

Nessuno è escluso.

L'umanità non è un atto razionale, è un atto che passa in primo luogo dall'accoglienza delle nostre emozioni, per quanto contraddittorie esse siano.

Un gesto materno originario, per cominciare.

Solo dopo aver

fatto l'esperienza profonda della nostra emotività in un contesto accogliente e necessariamente formativo - penso al luogo privilegiato delle equipe di lavoro e a spazi di formazione apposita dove possano emergere i diversi modi di comportarsi, sentire, pensare e vivere - la conoscenza reale dell'altro, della sua storia, si apriranno veramente alla nostra vitale curiosità. Solo allora sarà possibile accogliere e cominciare davvero a "tenere con sé" l'altro, chiunque esso sia, avendone riconosciuto le similarità con noi. Solo allora sarà un bellissimo Natale, anche per gli "altri".

**Geraldine Comodo**



# Non c'è salute senza salute mentale

## Giornata mondiale della salute mentale 2006

3

Cronaca Regionale

Ogni anno il 10 ottobre cade la giornata mondiale della salute mentale. Da alcuni anni l'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale promuove attività atte a sensibilizzare la popolazione in merito.

### Rassegna cinematografica

Quest'anno è stata organizzata una rassegna cinematografica nelle quattro principali città del Cantone. La rassegna ha compreso quattro serate con quattro proiezioni diverse e alla fine di ogni proiezione vi era la possibilità di un dibattito, con esperti e non, riguardo al tema visto.

Le trame dei film erano, in parte, legate al tema della giornata, e quest'anno si è trattato del problema relativo al suicidio.

La manifestazione ha due scopi, uno generale e

### La salute mentale fa parte della globalità dell'essere umano

Il messaggio che si vuole trasmettere è che la salute mentale fa parte della globalità dell'essere umano e che "non c'è salute senza salute mentale". Oggi vi è una diffusione generalizzata dei problemi di salute mentale e un disagio psichico può colpire chiunque, ma le malattie mentali sono curabili e con prognosi favorevoli.

### Il suicidio: problema di salute pubblica

Il secondo scopo della manifestazione è quello concernente la sensibilizzazione e la conoscenza di un importante problema della nostra società che sta diventando un grave problema di salute pubblica, soprattutto negli adolescenti e nei giovani: il suicidio.

Dai dati emersi durante la giornata internazionale di prevenzione del suicidio (dello scorso 10 settembre) si tratta della prima causa di morte tra i giovani svizzeri tra i 15-19 anni. Una vera e propria emergenza, perché di emergenza si deve parlare, nel mondo occidentale. Infatti, il suicidio è statisticamente la seconda causa di morte tra gli adolescenti dopo gli incidenti stradali.



La cura della salute mentale comincia sin dall'infanzia

uno specifico. Il primo riguarda, da un lato, la promozione della salute mentale in senso ampio, dove si tratta di offrire attività che permettano alla popolazione di avvicinarsi al tema in modo da promuovere e sviluppare la consapevolezza dell'importanza del benessere mentale, di conoscere le determinanti che la possono influenzare e, perché no, sviluppare le risorse per farvi fronte. D'altro lato si tratta di stimolare l'inclusione e la partecipazione attiva di coloro che soffrono di un disagio psichico. Si tratta, ancora purtroppo, di lottare contro lo stigma, la discriminazione e le ineguaglianze, capita, infatti, molto spesso che persone con un disagio psichico siano trattate come persone e pazienti di serie B.

Secondo l'OMS il 40% dei ragazzi che non è riuscito nel primo tentativo ripete il gesto. Bisogna, infatti, ricordare che i tentativi di suicidio non rientrano nelle statistiche e si stima che ci sono tra 10 e 20 volte più tentativi che morti vere e proprie per suicidio.

Di fronte a questi dati si capisce dunque la scelta del tema di quest'anno. Non è un tema facile, ma si resta sgomenti rispetto ad un fenomeno che trova nei paesi a più alto sviluppo e benessere questo drammatico primato. C'è quindi la necessità di fermarsi prima a riflettere e poi di agire. Il noto psicologo ticinese, Lorenzo Pezzoli ha espresso, in quest'occasione le seguenti parole: "L'impegno nel Ticino per spezzare il pericoloso mulinello della sfiducia fino a dimissionare dalla

vita. Un'attenzione doverosa, visto che molte persone si trovano confrontate con situazioni che travalicano le personali possibilità di farvi fronte, momenti che purtroppo portano a considerare come percorribile il gesto estremo che si carica di significati differenti e che spesso viene concretamente agito dall'interessato".

#### **I fattori di rischio sono molti**

Questo impegno attivo ha come obiettivo di aumentare la conoscenza sul suicidio, nella popolazione, e di tradurre le conoscenze scientifiche in possibilità di prevenzione. La ricerca e l'esperienza dimostrano che il comportamento suicidale costituisce un fenomeno complesso dove le cause sono molte. Il fattore più importante di rischio è rappresentato dal disagio mentale, ai comportamenti suicidali vengono per lo più associate la depressione, i disturbi bipolari, l'abuso di sostanze, di alcool e la schizofrenia. Un altro fattore di rischio è rappresentato dagli antecedenti familiari di suicidio, così come restano a forte rischio coloro che hanno già effettuato dei tentativi precedenti.

Particolare attenzione meritano gli avvenimenti stressanti quali rotture affettive, perdita di persone care, grossi conflitti e difficoltà esistenziali, problemi finanziari e lavorativi, scarsa rete sociale e passaggi di alcune fasi di vita come l'adolescenza e la vecchiaia. Giocano un ruolo importante anche il contesto socioeconomico, formativo e sociale così come le malattie fisiche debilitanti.

Pertanto la prevenzione del suicidio necessita di un approccio multiprofessionale e multisettoriale tenendo in considerazione la multifattorialità precedentemente esposta. Le persone coinvolte nella prevenzione al suicidio, oltre ai curanti, sono i familiari, gli amici e l'entourage della persona, ma anche gli insegnanti, i responsabili di gestione del personale nei luoghi di lavoro, le forze dell'ordine, i politici, insomma i diversi settori della società, il tutto allo scopo di aumentare la consapevolezza della portata del problema, perché solo conoscendo i presupposti che aumentano il rischio di suicidio si può prevenirlo.

#### **Politica per una società sana**

In molti paesi le persone sono esposte a cambiamenti sociali e lavorativi dannosi e stressanti, cambiamenti che generano insicurezza, precarietà, competizione e individualismo sfrenato dando spazio a profondi malesseri. Pertanto l'obiettivo, che è stato posto durante la conferenza ministeriale europea sulla salute mentale nel gennaio 2005 in Finlandia, definisce che la salute mentale è fondamentale nella creazione di una società sana, partecipativa e produttiva e che, pertanto, le politiche pubbliche integrate relati-



*L'obiettivo di manifestazioni come quella organizzata dall'OSC è promuovere la salute mentale*

ve a diversi livelli della società (lavoro, questioni socio-economiche, formazione...) hanno un impatto favorevole sulla salute mentale e riducono il rischio di problemi ad essa correlati.

"...sono rilevazioni che non possono lasciare nell'indifferenza, in quanto vanno a toccare una delle questioni di fondo che riguardano la nostra società, una società molto premurosa per quanto concerne i beni materiali, ma molto fragile per ciò che si riferisce ad alcuni dei beni più preziosi e utili che sono il tempo dell'ascolto e le reti sociali informali. ....gesti estremi che, come tali, appartengono sicuramente al singolo ma che tuttavia riguardano anche le persone che gli stanno attorno. Morire per mano propria, andare contro ad uno dei principi più radicati nella natura degli esseri viventi che è quello di autoconservazione, testimonia la gravità della situazione personale di chi vive un simile atto. Gestì che parlano, oltre dei mille significati che portano con sé, della percezione dell'impossibilità di pensarsi ancora nel flusso della vita..."

Il suicidio e i tentativi di suicidio hanno delle conseguenze emotive profonde sulla famiglia e l'entourage della persona suicidale. Il peso di questo lutto provoca un impatto intenso e durevole. Molte volte l'interrogativo resta: siamo tutti chiamati a rispondere.

**Andreja Rezzonico**

*capo infermiera di settore clo OSC*

#### **Bibliografia:**

La salute degli adolescenti, UFSP  
Lorenzo Pezzoli, psicologo ATPP-FSP-SSPL  
Rivista del Mendrisiotto

#### **Sito Internet:**

<http://www.who.int/fr/>  
[www.unasam.it](http://www.unasam.it)

*Oltre il 40 per cento dei migranti attivi nel settore sanitario lavorano in ambito infermieristico. Questo porta ad una variegata composizione delle équipes e richiede flessibilità e apertura. I quadri superiori sono particolarmente sollecitati, poiché spesso raggiungono i limiti delle loro capacità.*

Sono molti i motivi per i quali i quadri superiori in ambito infermieristico frequentano corsi di perfezionamento sulla gestione di équipes transculturali come quelli proposti dal Centro migrazione e salute della Croce Rossa Svizzera. Normalmente si tratta di scambi di esperienze e stimoli su come ampliare le proprie competenze in modo da poter gestire con successo équipes con un elevato numero di migranti. Prima di elaborare soluzioni è comunque importante riflettere e verbalizzare i problemi vissuti.

### Parlare delle difficoltà

Spesso i responsabili sottolineano l'inadeguatezza linguistica, sia orale che scritta, dei collaboratori provenienti da altri paesi, e i problemi di comunicazione e i malintesi che ne possono derivare. Possono essere considerati fattori di disturbo ad esempio anche l'uso inadeguato della forma confidenziale, il mancato contatto visivo durante un colloquio o un atteggiamento troppo remissivo nei confronti dei superiori. Inoltre possono essere causa di conflitti differenze nello stile di lavoro o un diverso concetto delle cure e dei ruoli. Sono frequenti pure discussioni legate ad una diversa immagine della donna da parte di alcuni colleghi maschi, che non accettano la figura femminile come superiore, che esigono che sia portato il velo o che si rispetti la pausa per la preghiera durante il tempo di lavoro. Da parte loro, anche le donne migranti hanno difficoltà all'interno delle équipes transculturali: ad esempio la mancanza di riconoscimento, le lacune nella trasmissione delle informazioni o i pregiudizi da parte di colleghi e pazienti.

### Competenza transculturale

Una volta formulati concretamente i problemi, occorre passare ad una riflessione critica. Per questo è necessario un atteggiamento competente in ambito transculturale, occorre cioè una disponibilità nel mettere in questione la propria prospettiva (quindi anche il proprio modo di dirigere e il proprio concetto di cure), aprirsi a diverse sensibilità e cercare soluzioni differenziate partendo dal sapere acquisito e dalle esperienze vissute (Domenig, 2001). Autoriflessione significa anche riflettere sui propri pregiudizi e sulle relative ripercussioni. Questo è importante poiché, secondo Domenig (2004) i problemi principali nelle interazioni transculturali derivano dai pregiudizi.

Per un confronto adeguato è necessario partire da una situazione concreta e considerare in modo mirato tutti i possibili fattori influenti. Fa parte di questo processo anche la presa in considerazione della prospettiva dei migranti. L'errore più ricorrente è quello di ricondurre la situazione alla componente "culturale" anziché, come in qualsiasi altro caso, procedere ad un'analisi generale del problema. Per ampliare il raggio d'azione non



*Per garantire pari opportunità i responsabili devono promuovere il potenziale delle équipes transculturali. (Foto: Ursula Marlens)*

è quindi richiesto uno specifico sapere culturale, bensì la capacità di considerare diversi sistemi di valori e atteggiamenti nei confronti della gerarchia o della comunicazione transculturale.

### Saper riconoscere le risorse

Il lavoro in équipe transculturali viene vissuto come un arricchimento personale, ma solo raramente come una chiarificazione e un uso mirato di risorse. Spesso viene sfruttata la ricchezza linguistica nel contatto con pazienti che parlano lingue diverse. Ciò offre dirette possibilità di comunicazione, che si rivelano più efficaci rispetto al coinvolgimento di interpreti.

Le équipe transculturali si caratterizzano anche attraverso altre risorse professionali, quasi sempre trascurate, quali l'ampia gamma di esperienze (sia lavorative che personali) e conoscenze specifiche. In un clima basato su uno scambio reciproco e rispettoso queste risorse possono essere un arricchimento per l'équipe e per le sue prestazioni. I margini d'azione che ne derivano incrementano la creatività e permettono di trovare soluzioni innovative. Proprio nelle cure, dove si richiede di agire in modo adeguato alle situazioni, questo aspetto assume un ruolo importante.

### Integrazione equilibrata

Il fatto di rievocare e promuovere consapevolmente i vari potenziali è detto *Managing Diversity*, e indica un approccio adeguato alla varietà fra i collaboratori. Ciò non porta solo ad un maggior profitto per l'istituzione, bensì anche ad una maggiore equità delle opportunità fra i collaboratori. Un equilibrio nelle opportunità è importante poiché nella gestione di un'équipe transculturale non si tratta solo di questioni inerenti l'incontro di valori diversi o di differenze nella comunicazione o nel modo di lavorare. In primo piano ci sono soprattutto condizioni di partenza o opportunità di sviluppo impari dei migranti sul posto di lavoro. Salari più bassi, mancanza di informazioni sulle possibilità di perfezionamento o di promozione o ostacoli nel riconoscimento dei diplomi sono solo alcuni esempi. Oltre a discriminare le persone in base a caratteristiche che non hanno nulla a che vedere con le prestazioni svolte, questi svantaggi rendono ancora più difficile l'integrazione di collaboratori stranieri nell'équipe e quindi ostacolano una fruttuosa collaborazione.

### Messa in pratica

Si tratta dunque di mettere in pratica una competente gestione transculturale adottando misure concrete. Per quanto riguarda la soluzione di problemi è consigliabile procedere il più presto possibile. Il che significa che punti importanti (come il concetto delle cure, aspettative reciproche, stile di gestione, ecc) devono essere chiariti nel colloquio di assunzione e si deve attribuire la

necessaria importanza ad un sistematico scambio di informazioni. Questo viene completato di preferenza con il coinvolgimento di una collega con esperienza di migrazione, che è quindi in grado di trasmettere pure le regole non ufficiali del posto di lavoro. Può essere inoltre utile osservare ciò che accade in seno all'équipe, considerare seriamente sintomi di conflitto e parlare direttamente con le persone coinvolte, e non aspettare che i collaboratori si annunciano quando hanno un problema. Qualora sorga un conflitto occorre – come già detto – evitare la trappola della cultura e cercare soluzioni differenziate che considerino anche la prospettiva dei migranti.

Per un uso mirato delle risorse si possono ad esempio creare degli spazi che permettono agli specialisti che conoscono la realtà dei migranti di mettere a disposizione il loro sapere e le loro esperienze. L'integrazione basata su pari opportunità significa anche una chiara regolamentazione dell'uso delle lingue all'interno dell'équipe (ad esempio lingua standard anziché dialetto), informazioni su corsi di lingue o il fatto di discutere apertamente di problemi scabrosi quali il razzismo e rendere note le relative sanzioni. Questi aspetti sono solo una piccola parte delle possibilità di azione a livello di équipe. Affinché siano veramente efficaci non devono essere isolate, ma inserite nell'ambito di un'apertura transculturale di tutta l'istituzione (Domenig 2004).

### Conclusione

Per gestire in modo adeguato équipe di curanti con un'elevata presenza di migranti occorre distanziarsi dalla quotidianità e, ad esempio nell'ambito di una formazione, non limitarsi solo ad analizzare le difficoltà e cercare di capirle in base alle conoscenze di cui si dispone, ma prendere coscienza anche delle risorse e dei potenziali. Tornando alla pratica si tratta di ampliare il proprio sapere gestionale attraverso la competenza transculturale e adottare le relative misure in seno all'équipe. Lo scopo dovrebbe essere quello di sfruttare le risorse delle équipe transculturali secondo la strategia win-win, affinché sia possibile integrare tutti i collaboratori in modo equilibrato.

**Anne Kilcher**, etnologa, lavora nel settore della formazione e della promozione della salute presso il Centro migrazione e salute della Croce Rossa Svizzera.

Indicazioni bibliografiche vedi "Cure infermieristiche", 5/2006, p. 11

Intervista con Anne Kilcher

## "Essere attenti e riconoscere i comportamenti razzisti"

7

Approfondimenti



Laureata in etnologia, Anne Kilcher lavora al Centro migrazione e salute della Croce Rossa Svizzera a Berna. Specialista nell'approccio transculturale, dà dei corsi sulla gestione delle équipes di cura.

*Per quali motivi i suoi corsi sono rivolti ai responsabili di équipe?*

Perché la gestione di un'équipe transculturale è chiaramente un compito di management. Inoltre è difficile per un'infermiera o un infermiere formato in cure transculturali mettere in pratica il nostro insegnamento se i suoi responsabili e la sua direzione non sono sensibilizzati nei confronti di questa problematica.

*Quali sono i problemi principali che presenta un'équipe transculturale?*

Una delle sfide maggiori per il responsabile di un'équipe transculturale è quella della comunicazione con il tranello dei malintesi. I conflitti di ruolo, le differenze di valori e di attitudini verso la gerarchia, le diverse formazioni, la comprensione delle cure, il razzismo sono altri punti problematici. Tuttavia è interessante notare che molte difficoltà come la lingua o le differenze professionali possono servire come risorse.

*Come affrontare atteggiamenti razzisti?*

A livello dell'istituzione si tratta di prendere una decisione di principio, di formare un gruppo di lavoro per fare un'analisi della situazione e di formulare degli obiettivi chiari (condizioni quadro, convenzioni, codice di comportamento). A livello dell'équipe si tratta soprattutto di evitare le discriminazioni e di promuovere l'uguaglianza delle opportunità. Ciò implica di avere una posizione chiara, di non accettare il razzismo e di sanzionarlo.

*Che attitudine adottare in qualità di responsabile di fronte ad un comportamento razzista nei confronti di un membro dell'équipe?*

Il comportamento razzista si manifesta raramente in modo diretto, ad esempio non salutare la persona, parlare a sua insaputa. Il responsabile dell'équipe deve quindi essere attento e riconoscere questo tipo di dinamica. In caso di un incidente razzista, è sicuramente importante parlare con la vittima, ascoltarla e darle un sostegno emotivo. Bisogna pure intrattenersi con l'attore, ascoltarlo e elaborare una soluzione per continuare la collaborazione. Possono seguire delle sanzioni, un avvertimento o un biasimo. La vittima deve essere incoraggiata a trovare l'aiuto competente presso un'associazione contro il razzismo, ad esempio a ACOR SOS razzismo o, se si dispone di prove materiali oggettive, si può procedere legalmente.

*Quali argomenti convincenti avanzare contro il razzismo?*

Un datore di lavoro viola il suo dovere di assistenza se uno dei suoi impiegati è discriminato in modo razzista. Infatti è provato che la discriminazione razzista ha effetti negativi sulla salute delle vittime. Ricordiamo anche che la discriminazione sul lavoro costa all'istituzione: la motivazione degli impiegati diminuisce, la fluttuazione del personale aumenta, le assenze malattia si moltiplicano.

Intervista: Françoise Tailens

Per maggiori informazioni:  
Anne.Kilcher@redcross.ch

*Siamo sempre consapevoli dei movimenti che facciamo? In che modo percepiamo i nostri movimenti? E come possiamo imparare ad eseguire dei movimenti appropriati, armoniosi e consapevoli?*

Questi interrogativi sono al centro di una disciplina chiamata kinaesthetics (kinesthesia), nata negli Stati Uniti nel 1970 e ampiamente diffusa in Europa, soprattutto nei paesi germanofoni.

### Movimento e sensazione

Nella nostra vita quotidiana, sul lavoro, a scuola, a casa o altrove, tutte le nostre attività sono legate al movimento. Ogni movimento che facciamo può essere utilizzato in modo mirato. Ma questo non avviene automaticamente. E molti movimenti abituali non sono naturalmente produttivi.

Grazie alla kinaesthetics, possiamo imparare a percepire in modo consapevole i nostri movimenti e distinguerli così tra produttivi e non produttivi. Le persone che hanno elaborato la loro percezione del movimento sulle basi della kinaesthetics possono pure promuovere questo approccio sugli altri.

### Un po' di storia

L'origine del termine "kinaesthetics" risale al 1972, anno in cui è stato creato dal dr. Frank Hatch all'Università della California in collaborazione con il cibernetico K.U. Smith. Applicando in modo coerente la scienza dei sistemi viventi (cibernetica), Hatch iniziò ad analizzare il modo in cui le persone si muovono nella quotidianità, prima di interrogarsi sull'effetto del movimento sullo sviluppo dell'uomo, a livello mentale, sociale e della salute. Il termine kinaesthetics riunisce le due parole greche "kinesis" (movimento) e "aesthesis" (percezione).

Nel 1974 la ricercatrice in cibernetica Lenny Maietta, specialista dello sviluppo del bambino, iniziò la fase di applicazione estesa di questa nuova disciplina. Sulla base dei concetti sviluppati progressivamente da Hatch e Maietta fino al 1998, oltre 80 000 specialisti dei settori della salute e del sociale in Europa hanno potuto realizzare più consapevolmente i loro movimenti quotidiani.

Una terza fase, quella della professionalizzazione scientifica metodica, è attualmente in corso.



*La kinaesthetics permette ai curanti di scoprire il movimento a partire dal corpo della persona anziana.  
(Foto: Maren Asmussen-Clausen)*

## I benefici della kinaesthetics

Oggi ci si aspetta che le persone restino perennemente giovani, mobili e in forma. Coloro che non ci riescono sono considerati rigidi, stanchi, poco mobili, addirittura handicappati. La kinaesthetics parte dal principio che è possibile mantenere e sviluppare la capacità di movimento. Lo scopo non è quello di raggiungere delle prestazioni particolari, ma semplicemente di dominare fino a tarda età i gesti della vita quotidiana. L'autonomia mantiene la gioia di vivere, la salute e il benessere. Ma per conoscere le proprie competenze di movimento è necessario effettuare consapevolmente ogni gesto affinché non sia nocivo e, se lo è, trasformarlo e adeguarlo attivamente.

La kinaesthetics è uno strumento interessante per i curanti, soprattutto per coloro che lavorano con persone anziane. Ma per essere in grado di applicarla correttamente occorre che i curanti siano a loro volta formati in questo ambito. La kinaesthetics inizia a fare il suo ingresso nella formazione delle infermiere. Offre numerose possibilità creative e permette di lavorare veramente in interazione con la persona anziana, sfruttando il potenziale di quest'ultima. Si fonda su sei concetti di base, che presentiamo brevemente.

### L'interazione

Il lavoro relazionale fa appello ai cinque sensi, ma anche al "sistema kinaestetico dei sensi", che ci permette di percepire chi ci sta di fronte attraverso il movimento.

Il tatto e il movimento ci permettono di sapere immediatamente se il nostro accompagnamento è adeguato o meno.

La tensione aumenta o diminuisce in funzione del sostegno dato. Se questo sostegno è appropriato, le resistenze si affievoliscono e la persona anziana può utilizzare le sue risorse per partecipare al movimento.

### L'anatomia funzionale

Il corpo umano è costituito da parti stabili (le ossa) e instabili (i muscoli) che ci permettono di muoverci. Il peso del corpo è suddiviso in sette parti che si muovono in modo isolato o in relazione le une con le altre, ma mai in "un pezzo solo", poiché fra ogni parte si trovano degli spazi di mobilità – il collo, la vita, l'articolazione dell'anca o della spalla – che permettono un margine di manovra.

In questo modo i curanti imparano a scoprire il movimento a partire proprio dal corpo della persona anziana, e non dall'ambiente in cui essa si torva.

## Il movimento umano

Gli esseri umani si spostano in modo parallelo o con dei movimenti a spirale. La nostra anatomia ci porta ad effettuare i nostri movimenti con il minimo sforzo possibile.

Quindi ci vuole molta più forza per alzarsi secondo il modo parallelo che di sbieco. I curanti devono conoscere questi due modi per poter adattarsi ai movimenti della persona anziana.

### Le funzioni vitali

Nella vita quotidiana adattiamo sempre le posizioni più appropriate a ciò che vogliamo fare. Ci sono sette posizioni di base: sdraiati sulla schiena, sdraiati sulla pancia, seduti, carponi, inginocchiati, in piedi su una sola gamba, o sulle due gambe.

Possiamo spostarci solo partendo da una posizione stabile. Per aiutare una persona malata a muoversi senza compiere troppi sforzi e senza dolore, dobbiamo aiutarla a trovare una posizione nella quale i suoi muscoli non siano tesi.

Una posizione adeguata influenza positivamente le funzioni vitali e la digestione.

### Lo sforzo, mezzo di comunicazione

Per essere in relazione, per avere degli scambi e muoversi assieme, dobbiamo poter tirare e spingere. Questi due movimenti creano una tensione nel corpo, necessaria per mantenere le parti del corpo in relazione e muoversi.

La persona anziana ha per lo più facilità sia nel tirare, sia nello spingere. I curanti possono utilizzare ciò come risorsa e permettere alla persona anziana di essere più autonoma attraverso l'uso ragionevole di questi due tipi di sforzo.

### La configurazione dell'ambiente

È indispensabile strutturare l'ambiente in cui vive la persona anziana in modo che possa muoversi con la massima autonomia e disporre della sua libertà di movimento per sentirsi in sicurezza. Se l'ambiente non è flessibile, si creano delle tensioni, la persona non trova riposo e si irrigidisce quando deve muoversi. Questi concetti permettono di migliorare la qualità delle cure salvaguardando l'individualità di ognuno. Contribuiscono ad una migliore qualità di vita e permettono alla persona anziana di sentirsi meglio nel proprio corpo.

**Brigitte Longerich**

(Traduzione: Pia Bagnaschi versione originale francese vedi "Cure infermieristiche", n. 8/2006, p. 46)

Il corpo tra morte apparente e vita apparente

## La cura tra coscienza, movimento, comunicazione e intimità

10

Riflessioni



Le tecnologie non possono sostituire la comunicazione (Foto Susi Bürki).

*L'idea iniziale di riflettere sulla cura del corpo malato non mi sembra molto complessa: è quello che un'infermiera fa tutti i giorni, per anni. Fissare il punto di partenza di questa riflessione mi sembrava altrettanto semplice: descrizione dei gesti di cura quotidiani che più strettamente sono legati all'accudimento del corpo. Mi sono però presto resa conto che il compito era estremamente complesso e che forse non sono tanto i gesti di cura in sé ad assumere rilevanza nel nostro contesto quanto piuttosto le condizioni particolari del corpo dei nostri pazienti che influenzano questi gesti modificandone il significato.*

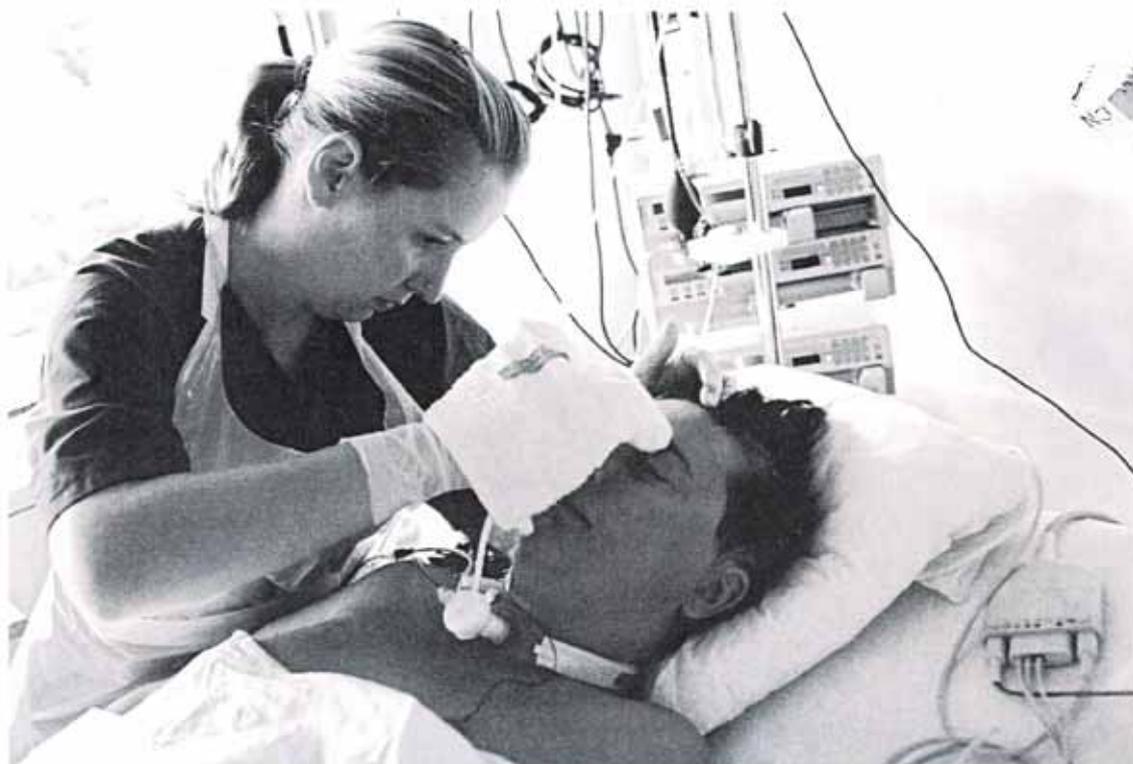
### Differenza tra paziente cosciente o incosciente

La prima fondamentale condizione è la coscienza: con una netta divisione possiamo preliminarmente distinguere tra pazienti coscienti e pazienti incoscienti (lasciando per ora da parte coloro che presentano alterazioni dello stato di coscienza di vario tipo e grado).

All'interno di questa seconda categoria, ovvero

quella dei pazienti incoscienti, dobbiamo ulteriormente fare riferimento a due diverse situazioni: coloro che, non mostrando alcun movimento, potranno riacquistare coscienza e quelli per i quali invece questa possibilità è irrimediabilmente preclusa. Il titolo della nostra narrazione si fonda appunto su questa seconda distinzione: intendiamo identificare con l'espressione "morte apparente" quegli stati di privazione della coscienza indotti attraverso trattamenti farmacologici o dalla gravità delle lesioni, mentre con l'espressione "vita apparente" lo stato di privazione irreversibile dei pazienti in morte cerebrale cioè, in realtà, dei cadaveri. Il tentativo è quello di cercare di cogliere quali similitudini e quali differenze caratterizzano la cura del corpo in queste situazioni facendo talora riferimento anche al diverso approccio utilizzato nei confronti dei pazienti coscienti.

Per definire ancora meglio le condizioni che prima ho solo citato vorrei sottolineare che quando mi riferisco ai pazienti incoscienti penso, al di là delle diverse patologie, a coloro che necessitano di intubazione e ventilazione artificiale: ritengo infatti che siano pro-



*Il rito dell'igiene permette al curante di prendersi cura del corpo del paziente.*

prio i corpi di questi pazienti quelli attorno ai quali si concentra la maggior parte delle attività che possono risultare rilevanti per la nostra discussione.

### Il "rito" dell'igiene

Innanzitutto va detto che nel nostro reparto, pur non essendoci un protocollo scritto, tutti utilizziamo lo stesso materiale e seguiamo il medesimo ordine per effettuare la cosiddetta "igiene dei pazienti", attività che viene ripetuta tre volte al giorno e che viene derogata solo quando la loro situazione, da un punto di vista clinico, è estremamente instabile. Naturalmente a noi non interessa qui prendere in considerazione i gesti e le attività di cura da un punto di vista legato alle norme igieniche e sanitarie che ne dettano l'esigenza ma piuttosto cercare di comprendere se vi siano altri significati dei quali noi investiamo, più o meno consapevolmente, quelle attività che ci mettono in contatto con il corpo del paziente. L'immagine che mi viene in mente pensando alle modalità di svolgimento dell'igiene del corpo è quella di un "rito": in ogni rito a mio avviso possiamo individuare una componente "formale" ed una componente che definirei "personale", in un certo senso come una consuetudine sentita come inderogabile. Riferendomi alla nostra discussione credo che la parte "formale" sia costituita appunto dall'utilizzo di un determinato

tipo di materiale per la cura, dal rispetto di un preciso ordine di svolgimento delle manovre e dalla loro collocazione in fasce orarie preposte a queste attività, mentre la parte "personale" consiste nel senso più ampio che possono assumere i gesti attraverso i quali espletiamo le formalità della cura del corpo. Mi sembra importante sottolineare il "gergo" che a volte utilizziamo per indicare questo insieme di attività: non è infrequente udire espressioni come "mettere a posto", "lavare e sistemare il paziente" che sono a mio avviso emblematiche di un preciso scopo che cerchiamo di perseguire prendendoci cura del corpo dei nostri pazienti.

### Modi diversi per lo stesso scopo

Se poteste osservarci mentre svolgiamo queste attività credo che anche per voi risulterebbe evidente che ciascuno di noi personalizza un po' il modo di lavare, toccare, spostare, collocare, massaggiare il corpo del paziente che cura, ma, allo stesso tempo, ritengo potreste rendervi conto che la finalità di questi gesti è in buona parte rivolta a stabilire "un proprio ordine" sia sul corpo del paziente sia nell'ambiente che lo circonda. Anche all'inizio del turno di lavoro ciascuno di noi ha l'abitudine di posizionare il paziente e le apparecchiature che lo circondano secondo una sorta di schema personale: la mia sensazione è che tutto ciò risponda all'esigenza "di tenere sotto controllo" e di "mette-



*Un corpo immobile, ma ricettivo.*

re in ordine", almeno esteriormente, il caos provocato dalla malattia.

#### **Movimento e passività**

C'è un'altra condizione fondamentale che si aggiunge e rafforza queste considerazioni: i movimenti del corpo. I pazienti incoscienti, e mi riferisco ora a quelli mantenuti in questo stato attraverso la sedazione, hanno evidentemente una scarsa possibilità di movimento che noi possiamo ulteriormente ridurre attraverso il dosaggio dei farmaci. Prendersi cura di un corpo privo della libertà di muoversi, perché privo di coscienza, accresce la nostra libertà di "poter fare" su questi corpi, risulta aumentata la possibilità di tenere sotto controllo e di cercare di imporre un certo ordine. Il movimento del corpo del paziente è talora un elemento di disturbo delle nostre attività, soprattutto quando lo stato di coscienza è alterato e i movimenti risultano scomposti e inadeguati, ossia caotici. E' anche per questo che tendiamo talora a sedare "generosamente" i pazienti agitati.

#### **Rispetto e pudore, dignità e intimità**

A proposito di coscienza e di movimento, vorrei introdurre alcune considerazioni sui concetti di "pudore" e "privacy", che nella nostra

realtà assumono a mio avviso connotazioni particolari.

Chi non ha l'abitudine a frequentare il nostro reparto, compresi i famigliari che vi giungono per la prima volta, rimane colpito dalla nudità del corpo dei pazienti che sembra ostentata in disprezzo del comune "senso del pudore" e la domanda che a volte ci viene posta per sottolineare questo stupore è: "ma non sentirà freddo così nudo?". In genere, noi abbiamo un'esigenza di cura, più o meno reale, da opporre, che è costituita dal numero di apparecchiature applicate al corpo che non consente di infilare o sfilare agevolmente il camice, la necessità di ridurre la temperatura corporea o lo stesso comfort del paziente. In realtà, secondo me, la condizione di incoscienza e di assenza di movimento fanno sì che concetti come il "senso del pudore", la difesa della "privacy" e forse in certa misura la "dignità" assumano significati diversi; sembra che in questa situazione il corpo del paziente abbia un aspetto dignitoso nella misura in cui noi gli garantiamo di essere pulito e ordinato, la sua nudità non può offendere il senso del pudore in quanto un corpo malato ostenta non la sua nudità ma la sua fragilità e, aspetto a mio avviso estremamente importante, non si muove, quindi è messo in secondo piano ogni possibile riferimento alla sessualità di quel corpo: il sesso richiama l'idea della vitalità, non certo tipica della malattia e soprattutto quella del movimento che nei no-



*Un corpo che continuerà a vivere?*

stri pazienti è sovente assente e comunque controllabile, ma che riaffiora quando i corpi, soprattutto se giovani, restano agitati e assumono posizioni apparentemente impudiche. Tutto ciò comporta che sia anche "più facile" toccare questi corpi perché essi non "rispondono" conseguentemente ai nostri stimoli tattili, la stessa intimità del corpo cambia e "perde" il suo attributo sessuale e se vogliamo dare un altro significato ai nostri gesti che non sia quello strettamente tecnico, il nostro tocco potrà forse definirsi delicato, talora pietoso, ma non certo intimo.

Rispetto al modo di toccare e di percepire il corpo dei pazienti svegli questi aspetti diventano più evidenti, tendiamo a coprirli di più e a sedare talvolta precocemente i movimenti che possono risultare in certo modo eccessivi o inadeguati al contesto.

#### **Applicare crema o massaggiare**

C'è un gesto che prima di tutti io personalmente faccio in modo diverso a seconda che il paziente sia cosciente o meno: il massaggio con la crema. Noi abbiamo l'abitudine di utilizzare creme per idratare la cute dei pazienti e l'impressione che ho, pensando soprattutto a me stessa, è che, nei pazienti svegli, tendo a spalmarla, a frizionare o semplicemente a stendere della crema sui loro corpi, mentre il mio gesto

assume più le sembianze di un vero massaggio con i pazienti non coscienti.

Il corpo che non si muove e che è privo di coscienza veicola l'idea della dipendenza, dell'abbandono, della fragilità, del bisogno di essere accudito e fa sì che l'intensità dei nostri gesti si modifichi: il contatto è più prolungato, diviene più intenso se cerchiamo di stimolare il paziente o delicato se cerchiamo di tranquillizzarlo e questo avviene anche perché non c'è confronto diretto con il paziente, non si induce una reciproca intimità e soprattutto non si possono nemmeno creare situazioni di possibile disagio.

#### **La comunicazione non verbale**

Lo stato di incoscienza ha anche importanti risvolti sulla possibilità di *comunicazione, al di là persino di quella non verbale*: il corpo, immobile e privo di coscienza, rimane l'unica entità tangibile, presente, attuale, con la quale continuiamo a mantenere anche una comunicazione verbale che non può necessariamente essere sentita o ottenere risposta se non, quando questo è ancora possibile, attraverso modificazioni corporee o dei parametri fisiologici.

Pensando a questi corpi, soprattutto a quelli di pazienti che hanno subito traumi cranici o interventi neurochirurgici, ho la sensazione che il

loro corpo sia il mezzo attraverso il quale coi nostri gesti cerchiamo di raggiungere la loro essenza più profonda, quella coscienza che rimane celata, racchiusa al loro interno.

Il tocco della mano accompagna le parole, quasi ad ancorarle al corpo, a cercare di stabilire un contatto: tendiamo frequentemente a mettere una mano sul braccio o sul petto del paziente quando ci rivolgiamo a lui o a volte quando parliamo di lui con un familiare o coi medici durante la visita, questo contatto corporeo dimostra la "famigliarità" che abbiamo con loro, corpi docili, abbandonati, controllabili, ma che mantengono la speranza di un ritorno alla loro integrità e che noi accudiamo in vista di questo ritorno e di questa speranza.

#### Approccio con i parenti

Famigliarità col corpo che perdono invece i parenti dei pazienti che vedono spesso nelle apparecchiature che vi sono applicate una barriera che li separa dal corpo del loro caro, corpo che hanno paura di toccare, che ha perso un po' della sua famigliarità nell'aspetto, al quale mancano le espressioni note del viso e i cui movimenti o le cui alterazioni innescano allarmi sonori che spaventano. Anche per i familiari è importante che il corpo mantenga comunque un aspetto ordinato e curato: spesso valutano la qualità della nostra presa a carico e la scrupolosità delle cure sulla base per esempio del fatto che i capelli siano puliti, pettinati e raccolti o il viso rasato.

#### Comunicare con i corpi

Per concludere resta una riflessione da fare: quella che riguarda la cura del corpo dei pazienti in morte cerebrale in attesa della donazione dei loro organi. Questa è la condizione limite che ci troviamo ad affrontare nel nostro reparto, la condizione in cui rimane veramente solo il corpo e in cui ci prendiamo cura propriamente solo del corpo. I gesti che compiamo non si modificano, le attività di cura proseguono per tutto il tempo fino al momento in cui il corpo del paziente lascia il reparto per entrare in sala operatoria per l'espianto. I familiari apprezzano molto questa continuità e a volte,

se lo desiderano, lasciamo che ci assistano nell'eseguire l'igiene: questo li aiuta da un lato a rendersi conto dell'assoluta assenza di qualsiasi reazione e dall'altra rappresenta un modo di potersi prendere cura del loro caro per l'ultima volta. Un aspetto sul quale ci interroghiamo all'interno del gruppo di cura è l'opportunità o meno di continuare a parlare con il corpo di questi pazienti: da un lato questo atteggiamento rispecchia una consuetudine comune che è quella di continuare a parlare ai morti, dall'altra ci troviamo di fronte a familiari per i quali può essere stato difficile comprendere che il loro caro è morto sebbene il suo cuore continui a battere. Credo che ciò che rende difficile abbandonare questa attitudine sia in parte il fatto che tanta è la somiglianza con gli altri corpi di cui ci prendiamo cura: ciò che veramente fa la differenza è la consapevolezza che non vi è più in questi corpi una coscienza, e con essa un'essenza più profonda, che veicola la speranza di un ritorno. Quello che personalmente mi aiuta, in queste situazioni, è pensare che se non vi è più speranza alcuna per il corpo che curo, esso è però divenuto speranza per altri, persone lontane, che non conosco, ma delle quali in qualche modo sono chiamata a prendermi cura. C'è un altro particolare infine rispetto alla cura di questi corpi che voglio sottolineare: dopo l'intervento di espianto, il corpo del paziente, il cadavere, torna nel nostro reparto affinché noi ci assicuriamo, per l'ultima volta, che abbia un aspetto dignitoso. Lo facciamo per i parenti e per rispetto della memoria del paziente. Quanto a me, la sensazione che ho in questi momenti è che non si tratta più di "mettere in ordine" quanto piuttosto di "restituire ad un ordine", ordine del quale in definitiva tutti facciamo parte.

**Valentina Di Bernardo**

*inf. spec. in cure intensive*

**e Roberto Malacrida**

*PD Dr. Med FMH*

*medicina interna e medicina intensiva*

Servizio di Cure Intensive interdisciplinari  
Ospedale Regionale di Lugano

## VACANZE NATALE

L'ufficio è chiuso dal 22.12.2006  
al 07.01.2007

## MEMBRI ASI-SBK

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

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

### FORMAZIONE PER GLI INFERMIERI INDIPENDENTI: CONOSCENZE GENERALI E SPECIFICHE DEGLI ASPETTI GIURIDICI

**Luogo:** Ristorante - Albergo Morobbia Camorino (dopo l'uscita autostradale di Bellinzona sud in direzione di Bellinzona, dopo la rotonda di fronte alla Fust)

**Data:** martedì 23 gennaio 2007

**Partecipanti:** Infermieri indipendenti ed operatori del ramo sanitario

**Orario:** dalle ore 9.00 alle 17.00

**Costi:** Fr. 20.- (per i membri ASI, pranzo offerto)

**Coordinatore della giornata:** sig. Ali Reda, infermiere indipendente membro comitato GIITI.

09.00 – 09.15	Presentazione programma, contenuti, obiettivi: sig. Ali Reda
09.15 – 10.15	Presentazione sig.ra Patrizia Bottinelli, avvocato giurista DSS
10.15 – 10.30	Domande / discussione
10.30 – 10.45	PAUSA caffè
10.45 – 11.45	Presentazione Sig. De Neri, rappresentante Santésuisse
11.45 – 12.00	Domande / discussione
12.00 – 13.30	PAUSA PRANZO
13.30 – 14.30	Presentazione Sig. Paradiso, contabile e sig.ra Bottinelli, assicuratrice
14.30 – 14.45	Domande / discussione
14.45 – 15.00	PAUSA caffè
15.00 – 16.30	Presentazione Sig. Lucien Portenier, responsabile dipartimento cure infermieristiche SBK –ASI
16.30 – 17.00	Domande / discussione
17.00	Chiusura giornata sig. Ali Reda

Pagamento della giornata da effettuare sul luogo.  
Consumazioni durante le pause caffè saranno offerte!

Iscrizioni per la giornata del 23.1.2007, entro e non oltre il 10 gennaio 2007 da inviare a:  
Comitato GIITI/Romana Peduzzi Otto Montedato / 6595 Riazino (e mail: g.r.otto@bluewin.ch)

Cognome: ..... Nome: .....

Indirizzo: ..... CAP: .....

Telefono: ..... E-mail: .....

MEMBRO ASI:  SI (p.f. portare tessera membro ASI)  NO

Proposte, richieste o suggerimenti per la giornata:

.....  
.....