



Cronaca regionale:
Primo Congresso
infermieristico EOC

Approfondimenti
Raccolta di cellule
staminali ematopoietiche

Educazione terapeutica un progetto all'OIL

Calendario attività ASI-SBK
Gennaio - Aprile 2010



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

Allegato alla rivista
"Cure infermieristiche" 12/09

Segretariato ASI

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

Redazione

Isabelle Avosti
Annette Biegger
Cristina Treter De Lubomierz

Supervisione

Pia Bagnaschi

Grafica e stampa

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

In copertina: disegni dell'atelier di Mendrisio - psichiatria

SOMMARIO

Dicembre 2009 - n. 4

3 Editoriale

Cronaca regionale

- 4** Integrazione dell'Educazione terapeutica nella consultazione "cura e prevenzione" del piede diabetico (Manuela Maffei Bassi)
- 7** Assistenza infermieristica: cambiamenti e novità (Annette Biegger)
- 8** Disegni di Natale

Approfondimenti

- 9** Tra "saper restare" e "saper partire" (Brigitte Longerich)
- 11** Raccolta di cellule staminali ematopoietiche da cordone ombelicale (Paolo Tiraboschi e Dr Damiano Castelli)

Informazioni

- 13** Calendario GIITI
Assemblea generale ordinaria

Rubrica

- 14** Umanità per chi muore - accompagnare in fin di vita (Romano Dadò)
- 15** Cambio categoria
Errata corregge calendario corsi

Agenda

- 16** calendario corsi

VACANZE NATALE

L'ufficio è chiuso dal 23.12.2009 al 06.01.2010
Apertura 07.01.2010

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

Educare... una terapia?



In questo numero diamo ampio spazio alla relazione con il paziente e con i nostri colleghi, sia attraverso l'Educazione terapeutica, descritta con un progetto all'Ospedale Italiano di Lugano, sia attraverso il tema del Primary Nursing, trattato durante l'interessantissimo primo congresso infermieristico EOC. Si parla sempre più di Educazione terapeutica, un recente modo (anni '70) di relazionarsi tra medico o infermiera e paziente. Jean Philippe Assal, fondatore e, fino a pochi anni fa, direttore della divisione di Educazione terapeutica per i pazienti dell'Ospedale Universitario Cantonale di Ginevra, è stato il primo ad esprimere a voce alta il suo disagio nei confronti del vecchio modo di creare la relazione, e a idearne uno diverso in un processo di continua condivisione con medici e infermieri. Questo metodo innovativo non dovrebbe essere banalizzato: a differenza dell'educazione sanitaria, una parte delle mansioni infermieristiche nelle scuole professionali, l'Educazione terapeutica è molto più complessa e riguarda soprattutto il paziente cronico. Per aiutarlo a gestire la sua cronicità e prevenire complicazioni, egli ha bisogno di una persona di riferimento e di fiducia che possa aiutarlo a mantenere una motivazione costante attraverso azioni consapevoli e responsabili. Ciò avviene solamente se il paziente stesso è in possesso delle informazioni adeguate e mirate, individualizzate e sempre conformi ad un eventuale cambiamento del suo stato fisico e psichico. Anche nel Primary Nursing, con l'introduzione dell'infermiere di riferimento nei reparti dell'EOC, si vuole privilegiare una relazione personalizzata. Nella nostra pratica siamo sempre in molti a dare informazioni, è quindi essenziale coordinare ogni approccio, scambiare opinioni, consultarsi su quanto si fa e quanto sembra che il paziente abbia capito. Speriamo soltanto di riuscire a trovare il tempo per mettere in pratica la teoria!

In fondo per il paziente l'importante è che abbia la possibilità di dare un senso alle azioni curative o preventive che deve compiere ogni giorno, soprattutto nella malattia cronica, e che il messaggio possa passare, attraverso parole, disegni, gesti, oppure a volte silenzi. Sarà poi lui a farci vedere che ha messo in pratica quanto trasmesso, sarà lui a dimostrare che ha assunto la terapia in modo regolare perché ne ha capito il senso, sarà lui a ritornare meno in ospedale perché avrà fatto meno ricadute, sarà lui ad essere fiero di potersi autogestire in modo corretto e consapevole.

Vi lascio con uno spunto di riflessione, un racconto del professor Assal: in uno dei suoi seminari di Educazione terapeutica, ai partecipanti venne affidato il compito di assemblare uno di quei collari con campanaccio che le mucche portano al collo. Medici e infermieri hanno in genere una buona manualità e tutti, in poco tempo, riuscirono a capire come si fa. A quel punto Assal indicò una mandria di mucche – prive di campanaccio – su un prato poco lontano e suggerì, «ora potreste dividervi in gruppi e mettere il campanaccio a quelle mucche». Non fu affatto facile, Assal ricorda episodi gustosi: un partecipante si era seduto sopra la mucca e teneva le corna come fossero i manubri di una bici, altri accarezzavano casualmente la mucca con l'intento di calmarla. Gli animali erano estremamente innervositi e i medici ancora di più. Fu un insuccesso completo. Tornati nella baita chiamarono il pastore e gli chiesero di spiegare dove avevano sbagliato. «Ovviamente avreste dovuto assicurarvi della disponibilità della mucca a farsi mettere il collare e avreste dovuto chiamarle ognuna con il proprio nome. Gli animali erano nervosi perché non vi conoscevano ma ancor di più perché voi non avete mostrato di riconoscerli», rispose il pastore.

Buona lettura, e sinceri auguri di serene festività!

Isabelle Avosti

Integrazione dell'Educazione terapeutica nella consultazione "cura e prevenzione" del piede diabetico

Manuela Maffei Bassi*

Cos'è l'Educazione terapeutica

L'Educazione terapeutica, considerando la definizione che ne è stata data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1998, aiuta i pazienti affetti da malattie croniche ad acquisire e mantenere capacità e competenze specifiche, affinché riescano a convivere in maniera ottimale con la propria malattia. In questo modo i pazienti e le loro famiglie capiscono la malattia, il suo trattamento e dispongono di tutte le informazioni e le competenze necessarie per cooperare con i curanti. Grazie all'Educazione terapeutica il paziente, con l'aiuto di curanti formati in modo specifico, è messo in condizione di gestire il proprio trattamento per prevenire le complicanze e contemporaneamente mantenere o migliorare la propria qualità di vita. In Svizzera il pioniere dell'Educazione terapeutica è stato il prof. J. P. Assal. Egli ritiene che essa sia uno strumento nelle mani dei curanti, insieme ad altri approcci terapeutici, per migliorare la prognosi e la qualità di vita del malato.

La presa a carico nella diabetologia

Da oltre 30 anni i diabetologi lavorano in questa direzione, nella consapevolezza che i pazienti devono essere sostenuti ed aiutati nella gestione della propria malattia. Quest'approccio è tanto più importante pensando all'aumento notevole del numero di pazienti diabetici previsto nei prossimi anni. Nel 2007 si stimavano a 246 milioni le persone affette da questa malattia, ossia il 5,9% della popolazione. Le previsioni indicano che nel 2025 si giungerà a 380 milioni di malati, pari al 7,1% della popolazione. È quindi evidente che strategie di presa a carico adeguata devono essere sviluppate, sia nei paesi industrializzati sia in quelli in via di sviluppo.

Le lesioni agli arti inferiori

Le lesioni agli arti inferiori rappresentano in assoluto la complicazione che comporta il maggior numero di ricoveri ospedalieri e di disabilità, per i quali i costi risultano ingenti. Spesso si dimentica che ogni anno 1 milione di pazienti diabetici subisce un'amputazione di un arto inferiore o di parte di esso e che la mortalità in seguito all'amputazione è altissima: 50% dei pazienti decede nei tre anni successivi.

L'80% delle cause di tali lesioni sono da attribuire a traumi esterni:

- meccanici: traumatismi da calzature, lesioni da taglio,...
- termici: borse dell'acqua calda, pediluvii a temperatura elevata,...
- chimici: callifughi, macerazioni interdigitali,...

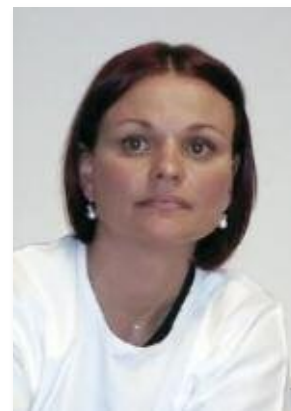
Questi dati sottolineano l'importanza di investire nella prevenzione, settore in cui l'Educazione terapeutica del paziente riveste un ruolo determinante.

Il Servizio di diabetologia dell'Ospedale Regionale di Lugano, istituito nel 2003, offre diverse consulenze rivolte in questa direzione, condivise con il corpo medico e di competenza infermieristica:

- istruzione ed educazione all'autocontrollo delle glicemie
- educazione alla corretta gestione della terapia (antidiabetici orali e/o insulina)
- consigli per adattare al meglio la propria alimentazione considerando le abitudini ed il trattamento del paziente
- istruzione e supporto per l'uso del microinfusore ad insulina
- l'istruzione ed educazione ai bambini / adolescenti diabetici, alle loro famiglie e agli istituti scolastici
- la "cura e prevenzione" del piede diabetico
- la formazione continua del personale infermieristico

L'Ospedale Regionale di Lugano ha promosso percorsi ben definiti per integrare l'Educazione terapeutica del paziente e dei suoi familiari nei processi di cura, in particolar modo nel Servizio di medicina interna dell'Ospedale Italiano, dove il primario è responsabile del progetto pilota sull'Educazione terapeutica. Una ventina tra medici, infermieri e fisioterapisti hanno seguito la relativa formazione, sviluppando 10 progetti educativi.

Per quanto riguarda i programmi in diabetologia, nel corso degli anni abbiamo constatato che i pazienti non erano sufficientemente coinvolti nella cura e prevenzione dei loro piedi. Essi erano piuttosto dell'idea di delegare a noi curanti, considerati esperti, tale compito.



Nel corso degli anni abbiamo constatato che i pazienti non erano sufficientemente coinvolti nella cura e prevenzione dei loro piedi

L'analisi dei colloqui avuti con i pazienti ha messo in evidenza che per essi non c'è un nesso tra diabete, cura dei piedi e necessità di una partecipazione

Il nostro scopo è sempre stato di prevenire le lesioni agli arti inferiori, favorendo l'acquisizione da parte del paziente di conoscenze e competenze specifiche che gli consentano di:

- occuparsi autonomamente in sicurezza dei propri piedi
- reperire le situazioni per loro a rischio
- sapervi rispondere adeguatamente (modalità e tempistica).

Era quindi fondamentale far capire ai pazienti che per poter prevenire le lesioni non basta incaricare "esperti" per la cura dei piedi, ma che il loro ruolo attivo è fondamentale.

Ho quindi deciso di approfondire la tematica nell'ambito del mio lavoro di diploma in Educazione terapeutica a Ginevra, i cui aspetti principali sono riassunti nei paragrafi seguenti.

Nessun paziente si aspetta di "fare assieme"

Grazie al coinvolgimento di medici, infermieri e pazienti in colloqui organizzati ad hoc, sono state raccolte le rappresentazioni e le aspettative riguardo alla consultazione "cura e prevenzione del piede diabetico".

L'analisi dei colloqui avuti con i pazienti ha messo in evidenza, sorprendentemente, che per essi non c'è un nesso tra diabete, cura dei piedi e necessità di una partecipazione da parte loro: per contro i pazienti riconoscono a noi infermieri competenze specifiche e professionalità con cui giustificano il loro atteggiamento di delega. Nessuno dei pazienti coinvolti nello studio si aspetta di collaborare, di "fare assieme". È quindi evidente che solo attraverso una ristrutturazione della consultazione del piede diabetico fondata sui principi dell'Educazione terapeutica si potrà favorire il coinvolgimento del paziente, promuovere il suo ruolo attivo e affidare al curante non solo il ruolo di esperto ma anche di educatore.

Per raggiungere questo obiettivo abbiamo strutturato la consultazione rispettando dei criteri che definiscano "educativo" l'intervento svolto:

Il paziente deve essere attore principale della consultazione:

- ad ogni consultazione vengono concordati gli obiettivi d'apprendimento
- la consultazione è centrata sul paziente: lavoro "a due", non "unilaterale"
- il paziente può esprimere i suoi bisogni e difficoltà (da esplorare)
- ad ogni consultazione segue una "sintesi conclusiva", pianificazione della prossima consultazione
- la consultazione tiene costantemente conto dell'evoluzione della situazione

La nuova consultazione

Per favorire la procedura di apprendimento sono stati creati dei documenti di supporto (valutazione dello stato generale del piede, valutazione delle cure prestate dal paziente ai suoi piedi,...) che vengono compilati assieme al paziente. Il fatto di "fare assieme" permette al paziente stesso di identificare le proprie difficoltà, i propri bisogni.



"far fare" al paziente



valutazione e discussione col paziente - mostrare come fare



identificare i problemi



"far fare nuovamente" al paziente

Non siamo più noi curanti esperti a determinare i problemi e proporre soluzioni, ma questo percorso viene fatto a due, assieme al paziente.

Questo processo è fondamentale per poter concordare con il paziente i diversi interventi di tipo educativo e ottenere la sua collaborazione.





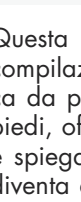
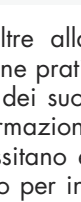
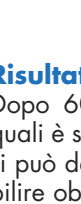
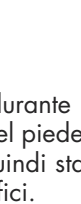
Cronaca regionale

Uno dei primi obiettivi che ci prefiggiamo quali curanti durante la prima consultazione, assieme al paziente, è che ciascuno di loro sia in grado di definire il proprio rischio di sviluppare delle lesioni ai piedi.

Fattori di rischio per sviluppare lesioni

- stato a ulcere /amputazioni
- neuropatia arti inferiori
- arteriopatia periferica
- deformità
- disturbi della vista (distanza visiva occhio-piede < 65cm)
- calzature non adeguate
- mobilità diminuita (tallone-coscia < 15cm)

A questo scopo è stata creata una griglia (valutazione status del piede) che viene compilata assieme al paziente, inserendo le risposte date dal paziente stesso alle prime 12 domande create a questo scopo.

PIEDE DESTRO punta e dorso		CRITERI D'OSSERVAZIONE		PIEDE SINISTRO punta e dorso	
NO	SI			NO	SI
		CUTE			
		1. cute arrossata			
		2. cute secca			
		3. cute lusingo			
		4. ulcere locali			
		5. ipercheratosi			
		6. micosi			
		7. crepacci			
8. ulcere					
9. necrosi					
		LIMFIA			
		10. ispessimento			
		11. anedemico (pallore anemico)			
12. ingrossamento					
		DEFORMITÀ			
		13. allungo valgo			
		14. dita a martello			
		15. piede piatto anteriore			
		16. ulcere			
		17. amputazione			
		18. sensibilità			
19. dolore					
20. pallor cutaneo					
21. sensibilità acuto-freddo					
		VASCOLARIZZAZIONE			
		22. piede caldo			
		23. piede freddo			
		24. edema			

Questa procedura, che prevede, oltre alla compilazione della griglia, l'esecuzione pratica da parte del paziente della cura dei suoi piedi, offre l'opportunità di dare informazioni e spiegazioni di cui i pazienti necessitano e diventa allo stesso tempo lo strumento per individuare i reali problemi e bisogni del paziente e non del curante.

Risultati molto positivi

Dopo 60 minuti di consultazione, durante i quali è stata eseguita anche la cura del piede, si può definire il grado di rischio e quindi stabilire obiettivi d'apprendimento specifici. Questa struttura educativa ci permette di dare

valore agli interventi terapeutici, motivando maggiormente il paziente a seguire il percorso concordato.

Sono stati analizzati i dati raccolti dalle 30 prime consultazioni avvenute in un mese. Questo ci ha permesso di evidenziare che:

- 71% presenta una cute secca senza conoscerne i rischi
- 57% usa calzature inadeguate
- 85% adotta atteggiamenti rischiosi nella cura dei piedi
- 90% non considera le calzature come possibile causa di lesioni
- 93% non conosce il rischio di sviluppare lesioni ai propri piedi

La prima valutazione si è basata sull'impatto avuto dai pazienti riguardo alla nuova organizzazione della consultazione, sul problema trattato durante la seduta, sul tempo impiegato e sulle nostre considerazioni.

I vantaggi che si profilano da questo nuovo tipo di approccio possono essere diversi:

- maggior autonomia e sicurezza dei pazienti nella cura dei loro piedi
- maggior presa di coscienza da parte dei pazienti della loro malattia e delle ripercussioni sugli arti inferiori
- diminuzione di complicanze gravi come infezioni / amputazioni: il paziente riconosce tempestivamente i segni ed interviene subito e adeguatamente.

Conclusioni

Per poter valutare un cambiamento di abitudine e di comportamento mantenuto nel tempo sono necessari diversi mesi. L'analisi approfondita dovrà dunque essere effettuata più avanti.

Tuttavia, ad oggi, ci riteniamo soddisfatti dei risultati fin qui ottenuti; crediamo fermamente, inoltre, che gli infermieri debbano essere formati per poter promuovere un approccio fondato sull'Educazione terapeutica. ■

* **Manuela Maffei Bassi**, specialista in diabetologia ed Educazione terapeutica del malato cronico presso l'Ospedale Regionale di Lugano

Dopo 60 minuti di consultazione, durante i quali è stata eseguita anche la cura del piede, si può definire il grado di rischio

Prima edizione del congresso infermieristico EOC

Assistenza infermieristica: cambiamenti e novità

di Annette Biegger

Ha richiesto tre anni di preparazione la prima edizione del congresso infermieristico organizzato dall'Ente ospedaliero cantonale lo scorso 22 ottobre 2009 presso il Palazzo dei Congressi a Lugano. Un simposio che ha suscitato curiosità e interesse fra gli oltre 600 partecipanti, un'affluenza ben superiore alle aspettative. Lo scopo degli organizzatori era quello di far conoscere a tutti gli infermieri dell'Ente Ospedaliero Cantonale e di altre strutture l'evoluzione in corso nella professione infermieristica. Due gli obiettivi principali: creare un punto d'incontro tra EOC, altre strutture sanitarie e gli allievi, e promuovere lo sviluppo della pratica clinica infermieristica con lo scopo di migliorarne la qualità.

Yvonne Willems Cavalli, responsabile dell'area infermieristica dell'EOC e ideatrice del congresso, ha dato inizio ai lavori. Con il suo intervento ha voluto sottolineare che, come nella musica, anche nelle cure, per trovare un accordo armonioso occorre un utilizzo adeguato degli strumenti e un'ottima collaborazione. Promuovere la salute, informare sui progetti in corso e sulle innovazioni, valorizzare gli aspetti pratici al fine di migliorare la qualità, dare visibilità alle cure infermieristiche per affrontare le sfide che ci riserverà il futuro, sono gli argomenti trattati dai diversi relatori, per la maggior parte infermieri che svolgono la loro attività presso gli ospedali di Bellinzona, Acquarossa, Locarno, Lugano e Mendrisio.

Il processo di evoluzione del ruolo infermieristico, tema principale del congresso, è stato riassunto dal direttore generale dell'EOC, Carlo Maggini, che ha sottolineato l'evoluzione della professione mantenendo il paziente al centro di ogni attività. Per poter garantire una qualità sempre migliore è indispensabile promuovere la ricerca nel settore infermieristico, fonte di vantaggi sia per i pazienti che per gli stessi infermieri.

Nel corso della manifestazione sono stati presentati esempi concreti della gestione di diversi cambiamenti avvenuti in ospedali e reparti. Molto interessante la descrizione dell'introduzione di una nuova figura in questo settore, l'"infermiera specialista clinica". Una volta superate le difficoltà iniziali, queste professioniste si sono rivelate importanti soprattutto nel sostenere il personale infermieristico durante i cambiamenti e nell'affrontare le difficoltà che questi comportano.



foto Isabelle Avosti

Altri esempi riguardano l'importanza della raccolta dati, dell'assessment infermieristico, con l'evoluzione del nursing e della documentazione in emodialisi, passando poi al Pronto Soccorso e all'innovativo modo di procedere al triage dei pazienti seguendo l'esempio dell'ospedale universitario di Ginevra. Il progetto di follow-up clinico infermieristico presso il centro di senologia della svizzera italiana mette in risalto la figura dell'infermiera di riferimento, sulla quale la donna che ha avuto un tumore alla mammella può contare anche dopo la terapia per un migliore reinserimento nella quotidianità.

Al termine della mattinata i collaboratori del reparto di chirurgia 6° piano (Lugano) hanno presentato una scenetta che metteva in evidenza la differenza nelle cure prima e dopo l'introduzione del Primary Nursing. Gli attori hanno saputo illustrare molto bene questo cambiamento e il pubblico in sala ha condiviso questa interpretazione con un grande applauso.

Nell'atrio erano esposti 24 posters dei diversi servizi e dei loro progetti in corso. Un'occasione in più per entrare in contatto con i diretti protagonisti e per scambiare le proprie opinioni.

Nella seconda parte della giornata Leah Kinnaid, un'infermiera RN, EdD proveniente dagli USA, ha illustrato come migliorare la cura del paziente valorizzando l'assistenza infermieristica che ha il potenziale per coordinare la cura dei pazienti e delle loro famiglie, supportare altre discipline e meglio servire la popolazione in generale. Con il suo modo di parlare molto coinvolgente la relatrice ha sottolineato la necessità di dare voce al paziente e l'importanza del Primary Nursing. Negli



foto Isabelle Avosti

Yvonne Willems Cavalli (responsabile area infermieristica EOC) e Carlo Maggini (direttore EOC).



foto Isabelle Avosti

atteggiamenti aggressivi, di superare momenti di frustrazione e di sentirsi più "uniti".

Infine, con la sua testimonianza, un ex paziente oncologico ha esposto le sue esperienze soprattutto a livello di relazione con i suoi interlocutori, medici, infermieri, e tutto il personale sanitario in generale. Ancora una volta è emerso quanto conti il rapporto di fiducia nei rapporti con ogni professionista.

Per concludere si può dire che questo congresso infermieristico è stato un grande successo perché ha offerto una piattaforma di discussioni e interazioni, e una panoramica di quanto succede nel nostro Cantone. Inoltre

USA questo modello è conosciuto come governo condiviso (shared-governance) o presa di decisione condivisa. È molto interessante notare come i principi più importanti rimangono gli stessi malgrado ci divida l'oceano.

In seguito si è parlato di come curare meglio i pazienti sostenendo le emozioni dell'équipe. Un collaboratore più consapevole di sé e della sfera emozionale si confronta e si adatta meglio ai problemi del paziente in difficoltà. E' poi stato sottolineato il ruolo delle emozioni in generale e in particolare dello humor nelle cure oncologiche e degli effetti fisici e psichici positivi che esso può avere. Mentre sui pazienti la possibilità di ridere facilita la relazione e consolida la fiducia, nei curanti permette di elaborare meglio lo stress, di ridurre

durante tutta la manifestazione si è sentito un forte coinvolgimento emotivo da parte del pubblico e dei relatori e la volontà di andare avanti migliorando il proprio ruolo.

Forse in futuro si potrebbe pensare ad un incontro interdisciplinare, dove vengono coinvolti altri servizi sanitari che potrebbero contribuire a implementare i nuovi progetti. Un filo rosso ha contrassegnato il congresso: il lato umano della nostra professione e la fierezza di poter dire: " Sono un infermiere/a"! Un'esperienza che vale senz'altro la pena di ripetere. Appuntamento quindi al 12 maggio 2011!

* **Annette Biegger**, infermiera presso l'Ospedale universitario di Zurigo

Durante tutta la manifestazione si è sentito un forte coinvolgimento emotivo da parte del pubblico e dei relatori e la volontà di andare avanti migliorando il proprio ruolo

In copertina...

Per il numero di Natale 2009, il comitato ASI-SBK sezione Ticino ha deciso, come negli anni precedenti, di arricchire la copertina della sua rivista trimestrale con disegni realizzati nell'Atelier del Club 74 e dei centri diurni dell'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale di Mendrisio. Per ringraziare gli artisti, l'ASI-SBK Ticino consegnerà loro, quale gratifica, un assegno di CHF 300.—



Un'eredità da trasmettere Tra "saper restare" e "saper partire"

di Brigitte Longerich



Una volta superati i cinquant'anni, la maggior parte dei lavoratori si vedono confrontati con questioni fondamentali. Possono contare su una vita ricca di esperienze ed essere soddisfatti del loro operato. Tuttavia un interrogativo riemerge, con insistenza: che cosa ne sarà di tutto ciò dopo che andrò in pensione? E a che cosa è servito?

Per la maggior parte dei lavoratori la cinquantina corrisponde alla terza tappa della vita attiva, ciò che gli specialisti chiamano l'ultimo terzo di carriera. Un periodo di maturità e di esperienza, ma anche di interrogativi e progetti, con la preparazione della tappa successiva: quella del pensionamento. È questa considerazione che ha spinto un'équipe di specialisti canadesi a creare dei "cercles de legs" (cerchi di eredità), cioè degli atelier di incontro che permettono a gruppi limitati di partecipanti di confrontarsi con questioni che li preoccupano e di preparare la trasmissione della loro eredità. Da qualche tempo questo approccio esiste pure nella Svizzera romanda.

Età e lavoro

"A 50 anni e a volte anche prima, un lavoratore può essere visto – e quindi vedersi lui stesso – in declino a livello professionale. La posta in gioco è importante: mantenere la rotta di una vita attiva e produttiva nell'ultimo terzo della vita professionale per essere in grado di integrare l'esperienza acquisita e di condividerla con chi seguirà. Saper restare, per poi saper partire", afferma Charlotte Morneau, una degli specialisti all'origine dei "cerchi di eredità".

Il mondo del lavoro cambia costantemente, e l'adeguamento ai cambiamenti di ritmo, di tecniche, di comunicazione e di rendimento a volte viene vissuto male dai lavoratori più anziani. Secondo le statistiche presentate da Promozione Salute Svizzera nel 2007, un quarto dei cinquantenni non esercitano più nessuna attività professionale. Fra questi, il 20% ha abbandonato il mondo del lavoro per motivi di salute, gli altri sono stati licenziati o hanno preferito andare in pensione, oppure sono demotivati dalle cattive condizioni di lavoro. Il 20% dei lavoratori beneficiano dell'Al negli anni che precedono il pensionamento. Tuttavia un terzo vorrebbe riprendere un'attività professionale.

Il mantenimento professionale

Nella filosofia delle organizzazioni apprendenti (learning organisations), il salariato è posto al centro della riflessione e considerato un partner privilegiato. L'organizzazione apprendente è definita come "un'organizzazione capace di creare, acquisire e trasferire conoscenze e di modificare il suo comportamento per ricreare nuove conoscenze". Una gestione del sapere, che porta ad un'evoluzione costruttiva, è fondata su relazioni di fiducia, sulla condivisione, la sollecitudine e il diritto all'errore. Senza un lavoro approfondito sulle relazioni non si può pensare ad un miglioramento delle condizioni di lavoro. La costruzione del sapere, come pure la sua trasmissione, può avvenire solo se l'impresa riconosce tempestivamente i sintomi di esaurimento o di obsolescenza dei suoi collaboratori e permette di creare uno stress ottimale per ognuno. Diverse analisi riguardanti la ripartizione dei lavoratori hanno evidenziato che il 20% di essi presenta sintomi di esaurimento, il 16% sintomi di obsolescenza, e che il 12% ha un urgente bisogno di una transizione. Solo il 52% dei lavoratori si trova in una situazione "di mantenimento", in altre parole, al posto giusto.

Fare il punto

Alcune imprese – ma sicuramente non tutte! – si sono rese conto dell'importanza di prendersi cura dei lavoratori più anziani e di favorire

Secondo le statistiche presentate da Promozione Salute Svizzera nel 2007, un quarto dei cinquantenni non esercitano più nessuna attività professionale.



foto Brigitte Longerich

il loro mantenimento professionale. Ma ogni professionista può provvedere personalmente a "fare il punto", proprio grazie ai "cerchi di eredità". Nel corso delle sedute, grazie a domande pertinenti poste da un(a) specialista e al riscontro in seno al gruppo, i partecipanti sono portati a fare un bilancio della loro carriera e a vedere questo ultimo terzo come spinta vitale e a chiarire il modo in cui vorrebbero trasmettere la loro eredità. Laurence Hamel, infermiera presso gli HUG (Ospedali universitari di Ginevra), sottolinea gli aspetti estremamente positivi di questo approccio: "Non ci si può semplicemente dire: una volta partita, capiti quel capiti. Le persone che si avvicinano al pensionamento dispongono di un sapere enorme, bisogna fornire loro la possibilità di trasmetterlo alle generazioni seguenti". Presso gli HUG è stato creato un sistema di mentori per le/i giovani infermiere/i in psichiatria, che permette loro di beneficiare dell'accompagnamento di professionisti esperti.

Mantenimento professionale L'individuo e il suo ambiente

Il mantenimento professionale dipende prima di tutto dall'ambiente in cui opera il lavoratore. Si parla di obsolescenza quando l'individuo riceve molto più dall'ambiente di quanto esso gli offre, mentre lo sfinimento deriva da una situazione in cui l'individuo dà molto più all'ambiente di quanto riceve.

Il mantenimento professionale è possibile solo se l'equazione tra ciò che l'individuo dà all'ambiente e ciò che ne riceve è perfetta. La qualità dell'ambiente è principalmente determinata dalle relazioni: l'88% dei "mantenitori" dicono di riuscirci grazie al sostegno di altre persone, e l'80% delle difficoltà dei lavoratori sono di carattere mediatico e comunicativo.

Un approccio da sistematizzare

I "cerchi di eredità" si rivolgono a tutti. Possono essere organizzati in modo intra-istituzionale o inter-istituzionale, a seconda degli obiettivi previsti. L'importanza della trasmissione del sapere dovrebbe essere riconosciuta come un metodo essenziale per mantenere attivi i lavoratori: essa comporta un potenziale di motivazione considerevole che le organizzazioni non possono negare. Prendersi cura in modo intelligente e sensibile delle persone alla fine della carriera non permetterebbe solo di ridurre il tasso di persone ultracin-

quantenni che abbandonano il mondo del lavoro, ma pure di garantire ai giovani un sostegno solido per i loro primi passi nella vita professionale.

Testimonianze "Preservare la memoria collettiva"

I "cerchi di eredità" sono fondati su un approccio personale dell'individuo desideroso di dare un senso al suo percorso professionale. Ma ne traggono beneficio anche le organizzazioni, e i "cerchi di eredità" dovrebbero essere introdotti su ampia scala nelle istituzioni, per preservare la memoria collettiva e non perdere la ricchezza del sapere accumulata dai collaboratori di lunga data. Alcune testimonianze:

"Prima di questo approccio non mi rendevo conto di aver qualcosa da lasciare in eredità".

"Mi sono resa conto del mio esaurimento - sto ristabilendo un certo equilibrio attraverso delle scelte, lasciando la presa e dedicando spazio e tempo alla creatività e alla riflessione".

"Mi sento serena e m'immagino che il pensionamento avverrà in modo più disteso".

"Farò un nuovo programma per l'acquisizione del sapere e un'intervisione con i miei colleghi".

"Cercherò un successore, aggiornerò le procedure, trasmetterò la mia esperienza e attualizzerò i contenuti".

"Ho imparato che l'eredità può essere una filosofia. Spianare la strada a chi viene dopo è l'essenza di questa eredità".

Questo articolo, la cui versione originale in francese è stata pubblicata su *Cure infermieristiche*, n.8/09, p.52, riporta in parte le riflessioni presentate in occasione della conferenza tenuta da Marie-Christine Willemmin e organizzata da Espace Compétences l'11 giugno 2009.

Nel 2010 Espace compétences organizzerà un primo "Cercle de legs". Per informazioni e iscrizioni: www.espace-competences.ch. Altri "cercles" saranno proposti a partire dal 2010 da Marie-Christine Willemmin, informazioni: www.service-avenir.ch

L'importanza della trasmissione del sapere dovrebbe essere riconosciuta come un metodo essenziale per mantenere attivi i lavoratori

Raccolta di cellule staminali ematopoietiche da cordone ombelicale a disposizione per trapianto allogenico (public banking)

di Paolo Tiraboschi
e Dr Damiano Castelli*

La popolazione della Svizzera Italiana è particolarmente sensibilizzata al problema delle cellule staminali

1. Premesse.

Il trapianto di cellule staminali ematopoietiche per la cura di pazienti affetti da malattie degli organi produttivi delle cellule sanguigne è divenuta, negli ultimi 10 anni, una terapia riconosciuta e d'elezione che permette di offrire una speranza di sopravvivenza a circa il 30 – 50% dei pazienti trattati.

Se non vi è la possibilità di reperirle tra familiari, la speranza di trovare delle cellule compatibili risiede nel poter avere a disposizione donatori volontari di queste cellule in numero estremamente grande (> al milione) e di origini etniche diversificate.

Le cellule staminali ematopoietiche sono ottenibili dal midollo osseo; dal sangue periferico dopo stimolazione e più recentemente, si è dimostrato possibile raccoglierle dal sangue del cordone ombelicale (sangue placentare).

Dopo una prima fase sperimentale presso gli ospedali universitari di Basilea e Ginevra, gli specialisti del trapianto di cellule staminali ematopoietiche hanno evidenziato la necessità di organizzare anche in Svizzera un'adeguata raccolta e congelazione di sangue di cordone per poterle mettere a disposizione della rete internazionale ed avere così come contropartita la possibilità di ottenere cellule da usare per pazienti degenti in ospedali del nostro paese. Nel maggio del 2006 la SBSC (Swiss Foundation Blood Stem Cells) ha deciso di impegnarsi nei prossimi 4 anni per portare il numero di unità di cellule del cordone depositate dalle attuali 1500 a 4000 unità. Per un'adeguata coordinazione e per la gestione dei problemi specifici della raccolta e conservazione del sangue del cordone la SBSC ha creato una speciale commissione denominata SWISSCORD.

2. Coinvolgimento del Servizio Trasfusionale CRS della Svizzera Italiana (ST CRS SI).

Fin dall'inizio del progetto il nostro Servizio Trasfusionale è stato molto sensibile e coinvolto nel problema della raccolta di cellule staminali da cordone ombelicale, non solo per il motivo che da molti anni partecipa all'attività del Registro Donatori di Midollo, ma anche per il fatto che la popolazione della Svizzera Italiana è particolarmente sensibilizzata al problema delle cellule staminali anche a causa

della presenza di iniziative private commerciali che propongono alle partorienti di conservare, dietro pagamento, le cellule del cordone del neonato a scopo autologo, nel caso in cui questi ne dovesse aver bisogno dopo la nascita.

A causa di ciò vi è frequentemente la richiesta di donare il sangue del cordone per metterlo a disposizione di malati e non per scopi privati. La Commissione Swisscord, sensibile a questo problema ha deciso nell'autunno del 2006 di designare il Ticino quale terzo centro di raccolta – unitamente a Basilea e Ginevra – incaricando di conseguenza il ST CRS SI di procedere all'organizzazione del servizio entro l'inizio del 2008.

In collaborazione con SBSC, il ST CRS SI ha proceduto, nel corso del 2007, ad uno studio di fattibilità procedendo in seguito alla messa a punto di un progetto di realizzazione che ha coinvolto i reparti di ginecologia ed ostetricia degli ospedali dell'EOC, i ginecologi, le levatrici e numeroso altro personale di questi ospedali. Allo scopo di rendere operativo tale progetto il ST CRS SI ha istituito un gruppo di lavoro composto da proprio personale ed inserito nell'Unità di Medicina Trasfusionale ed Emovigilanza, che già opera in stretta collaborazione con i reparti clinici degli ospedali. Questo gruppo di lavoro è chiamato a gestire tutte le procedure di competenza del ST CRS SI.

3. Compiti del ST CRS SI.

1. Preparazione e distribuzione del materiale informativo, informazione e consulenza a tutte le persone interessate.
2. Contatto, informazione ed assistenza ai medici, levatrici e personale dei reparti di maternità.
3. Procedure di accreditamento in collaborazione con i ginecologi ed reparti clinici interessati
4. Formazione del personale delle sale parto.
5. Applicazione dei criteri di selezione e di idoneità delle partorienti interessate.
6. Indagini pre-donazione sui genitori interessati.
7. Presa in consegna, al momento del parto, del sangue del cordone, preparazione e spedizione.

4. Potenzialità di raccolta.

Secondo dati statistici, mediamente, si può contare su circa il 10% dei parti quale fonte di



Foto www.lavitaiprenatale.org

sangue placentare. Oltre a ciò risulta dalle statistiche che circa il 40% del sangue da cordone che giunge alla lavorazione non arriverà alla congelazione definitiva ed alla registrazione principalmente per un volume ed un contenuto in cellule nucleate insufficiente.

Le statistiche dei parti effettuati nel Cantone Ticino (circa 3'000 nel 2006), sono le seguenti:

- Ospedale Regionale Lugano 573
- Ospedale Regionale Bellinzona 505
- Ospedale Regionale Mendrisio 368
- Ospedale Regionale Locarno 290
- Clinica Sant'Anna Lugano 850 (circa)
- Clinica Santa Chiara Locarno 300 (circa)

Da questi dati deriva la possibilità per la Svizzera Italiana di fornire alla Banca Pubblica di Cellule staminali da cordone ombelicale di Basilea, a partire dal momento che il programma sarà operativo in modo completo, un numero di unità pari a circa 100 – 150 ogni anno.

5. Stato di attuazione del progetto

Nel corso dell'autunno 2007 sono state messe a punto tutte le procedure operative e si è proceduto, in collaborazione con il reparto di ematologia dell'Ospedale Universitario di Basilea e con la coordinazione della commissione SwissCord, a stabilire le modalità ed i criteri di accettazione delle donazioni di sangue del cordone.

Si è potuto mettere a punto un sistema di garanzia di qualità per la donazione di sangue da cordone ombelicale basato su quanto già esistente ed operativo in Ticino per la donazione di sangue e la medicina trasfusionale. Si è proceduto ad una capillare informazione dell'opinione pubblica tramite gli organi di stampa e soprattutto dei ginecologi, levatrici ed altre persone professionalmente legate alla maternità, tramite incontri e visite nei reparti. La loro risposta è stata oltremodo positiva, assicurandoci sostegno e collaborazione e mettendo a disposizione del progetto la loro partecipazione disinteressata nello spirito di un'opera umanitaria, senza scopo di lucro e rivolta unicamente a permettere ad ammalati di reperire cellule staminali ematopoietiche compatibili e idonee per un trapianto.

Nel corso del mese di marzo 2008 il progetto è entrato nella sua fase operativa, in un primo tempo, con la raccolta dei primi campioni in provenienza dalle maternità degli ospedali dell'EOC. In seguito, da ottobre 2008, alle sale parto dell'EOC si sono aggiunte le maternità delle cliniche Sant'Anna di Sorengo e Santa Chiara di Locarno, che hanno anch'esse dato

la disponibilità a partecipare alla raccolta delle cellule staminali da cordone ombelicale.

La raccolta è ora pienamente attiva grazie alla partecipazione e all'impegno di tutti, in particolare dei futuri genitori, ma anche di tutto il personale curante (medici, infermiere, tecniche di laboratorio) che collaborano attivamente alla raccolta.

6. Come avviene la donazione

Durante la normale visita medica, la futura madre viene informata dal ginecologo sulla possibilità di donare, dopo il parto, il sangue del proprio cordone ombelicale per la raccolta delle cellule staminali.

Se la madre è disponibile al dono, le sarà chiesto di compilare e firmare il modulo di consenso informato e, verso la fine della gravidanza, di compilare con il ginecologo il questionario medico per l'idoneità.

Saranno la valutazione del questionario medico e delle analisi di laboratorio (le normali analisi di routine in gravidanza) a dare l'approvazione definitiva alla donazione.

La donazione vera e propria avviene subito dopo la nascita, quando il cordone ombelicale è staccato dal bambino. È a questo momento che la levatrice preleva il sangue dal cordone (60 ml) e lo raccoglie in una sacca apposita.

Terminata la raccolta, il sangue viene inviato al Servizio Trasfusionale CRS SI di Lugano, dove vengono conteggiate le cellule (per essere idonea, la donazione deve raggiungere un volume e un numero di cellule minimo prestabilito) e controllata l'idoneità della donazione.

Confermata l'idoneità, si procede inviando il tutto a Basilea, dove il sangue raccolto viene sottoposto a ulteriori analisi e a diversi controlli di qualità e dove, per finire, le cellule staminali vengono separate e congelate in azoto liquido.

Da questo momento le cellule sono a disposizione e introdotte nel circuito internazionale WMDA (world marrow donor association).

Da rilevare che tutta la procedura, per poter avere delle cellule utilizzabili in futuro, deve essere completata entro 48 ore dal momento del parto. ■

* **Dr. Damiano Castelli**, medico primario, direttore del Servizio Trasfusionale CRS della Svizzera Italiana e capo dipartimento EOLAB
Paolo Tiraboschi, ST CRS SI, infermiere responsabile dell'unità di medicina trasfusionale ed emovigilanza (UMTE), tra i coordinatori del gruppo Ticinocord.

La sede di lavoro principale è il ST CRS SI di Lugano.

La donazione vera e propria avviene subito dopo la nascita, quando il cordone ombelicale è staccato dal bambino

Calendario attività del Gruppo GIITI

(Gruppo Infermieri Indipendenti Ticino)

novembre/dicembre 2009: aggiornamento ed informazione sulla nuova legge sul finanziamento delle cure.

29 gennaio 2010: giornata sulla qualità per infermieri indipendenti.

2 marzo 2010: Assemblea GIITI; luogo e orario seguiranno. L'assemblea sarà preceduta dalla presentazione di ditte interessanti per il nostro lavoro.

Gennaio 2010: Qualità: corso Excell

Febbraio 2010: Qualità: presentazione del lavoro svolto sinora sulla nuova cartella infermieristica.

2 marzo 2010: assemblea GIITI, aggiornamento ed informazione su alcuni documenti contenuti nella cartella infermieristica, con rappresentanti delle casse malati, (stesso luogo in cui si svolgerà l'assemblea)

La giornata qualità per infermieri e infermiere indipendenti avrà luogo al congresso giubileo dell'ASI dal 26 al 28 maggio 2010 nel KKL di Lucerna.

Maggio - giugno 2010: aggiornamento sui passi da intraprendere con l'introduzione della nuova legge sul finanziamento delle cure.

Le iscrizioni sono da effettuare presso Romana Peduzzi Otto
g.r.otto@bluewin.ch

Per tutte le informazioni e dettagli, si può consultare il sito www.asiticino.ch/independenti sotto la rubrica "giornalino – novità", oppure la rivista Cure Infermieristiche.



ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA

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

Giovedì 25 marzo 2010

**Sala Multiuso, Centro La Piazzetta, Via Loreto 17
6900 LUGANO**

Umanità per chi muore accompagnare in fin di vita

Romano Dadò*

Durante il mese di novembre 2009, tramite l'Editore Dadò, è stato stampato il testo dal titolo sopra riportato. Lo stesso è stato scritto a tre mani da uno psicologo (Vito Viganò) e due infermieri (Romano Dadò e Susanna Schertenleib). L'idea di proporre una simile pubblicazione è nata nel gennaio 2008. In quell'occasione gli autori sono stati coinvolti nell'animazione di un meeting sull'arte di accompagnare all'incontro con la morte che si era tenuto a Roma. Nella prima parte dello stesso, alle centinaia di persone convenute, sensibili e interessate all'argomento, esperti diversi hanno denunciato la manovra di negazione della morte nel vivere sociale attuale. Nella parte successiva i partecipanti sono stati invitati ad uno scambio di esperienze e a momenti di discussione in gruppi di lavoro sui diversi aspetti del morire. Ci era stato affidato il compito di animare due gruppi di lavoro sugli stati emotivi di chi muore e di chi accompagna. Lo scambio di esperienze ha messo in evidenza la fatica, il carico di sofferenza, il senso di impotenza nei morenti e in chi sta loro accanto. Si è parlato con insistenza di insensibilità, di distanza, di incapacità da parte di strutture, di operatori sanitari e a volte anche di famigliari a colorare di umanità un momento difficile, misterioso, come la morte.

Da quest'esperienza ci siamo detti: perché lasciar perdere questa ricchezza? Perché non approfondire qualcosa e condensare in un testo, come un prontuario di immediata consultazione, quel che durante il meeting è affiorato come attese e ideali che ispirasse l'impegno concreto di un accompagnamento dignitoso di chi muore?

Le pubblicazioni che trattano l'accompagnamento alla morte non sono molte; sovente sono aneddotiche, con indicazioni pratiche emergenti tra riflessioni filosofiche e principi spirituali. Abbiamo trovato interessante incentrare riflessioni e spunti pratici su un aspetto basilare in ogni pratica di accompagnamento: l'umanità di chi muore e quella di chi lo assiste. Siamo d'accordo che sull'argomento non si può proporre un prontuario vero e proprio, inteso come un protocollo o un paradigma fisso su come assistere un morente. L'accompagnare resta un'arte, proprio per la dimensione umana che la nobilita e ne sostiene la qualità. L'arte interviene a caricare di valore umano il servizio di accompagnare chi muore, quando chi lo fa mette in

gioco a sua volta la propria umanità unica, a titolo diverso: per dovere, per amore, per un ruolo assunto, per un dono di sé. La funzione di un prontuario è allora solo quella di raccogliere in modo meglio organizzato, perché risultino facilmente consultabili, principi, spunti, esperienze, modalità pratiche a cui ispirarsi nel compito di assistere chi è in cammino verso la conclusione del suo vivere. Di fatto nell'unicità della vicenda che porta alla morte, col servizio personalizzato offerto da chi accompagna, ci sono condizioni e vissuti che si ripetono e si ritrovano in altre vite che finiscono. È possibile allora affinare l'intervento con malato di oggi grazie a quel che si è appreso da quello di ieri; e quello odiermo a sua volta è stimolo ad acquisire l'esperienza che faciliterà l'impegno a rendere dignitoso ed efficace l'accompagnare il paziente terminale di domani.

Le quattro parti di questo testo riprendono gli aspetti del morire fatti oggetto dei lavori di gruppo durante il meeting. I contenuti sono proposti in piccole parti che si susseguono secondo uno schema simile: si danno rapide indicazioni e descrizioni su vicende e vissuti di chi muore; seguono, in corsivo, alcuni suggerimenti di intervento da parte di chi accompagna; sono intervallati brevi cenni di esperienze concrete per convalidare con esempi quanto viene spiegato.

Morire è una realtà complessa, solenne e misteriosa, che non si ha modo di vivere due volte per anticiparne un'utile esperienza e poterne parlare a ragion veduta. Le concezioni intese a definire questa vicenda, tappa comunque essenziale del vivere, sono disparate, contrastanti, fino a risultare in opposizione. Per l'uno è il piombare nel nulla, per l'altro è l'inizio del tutto, della vera vita; chi la considera la fine dell'esistenza e dunque la conclusione di tutto, chi invece la prende come l'avvio di un vivere finalmente libero dalle illusioni. Chi accompagna un morente non può esimersi dal farlo in ogni caso ispirandosi a un proprio concetto di morte e di cammino terminale, maturato da ciascuno in base all'esperienza personale frammentaria e indiretta che ha potuto averne finora. Compito prioritario di chi assiste è rispettare lo stile unico e responsabile con cui il morente vive la fase terminale della sua esistenza, per quanto diverso, lontano od opposto alla concezione personale di chi cura.



Morire è una realtà complessa, solenne e misteriosa, che non si ha modo di vivere due volte per anticiparne un'utile esperienza

Un cammino dignitoso verso il termine dell' esistenza ha come prima esigenza, per chi muore e per chi accompagna, accettare l' ineluttabile

Questo atteggiamento di empatia rispettosa è meglio garantito quando si è attenti a rendere concreti nei propri interventi alcuni principi condivisibili di una concezione dignitosa del morire umano.

La morte di un essere umano non è né una sconfitta né un fallimento: è solo una realtà che appartiene al vivere, allo stesso titolo della nascita.

Un cammino dignitoso verso il termine dell'esistenza ha come prima esigenza, per chi muore e per chi accompagna, accettare l'ineluttabile, il limite e finitezza umani, lasciar andare senza voler impedire l'ordine delle cose. Per chi assiste non è tanto un'incombenza pratica da regolare o un problema tecnico da risolvere, quanto piuttosto una vicenda umana da vivere coinvolgendo la propria umanità.

In una prospettiva olistica, la morte al di là di un fatto fisico, coinvolge la pluralità delle dimensioni della persona che muore nella sua unicità: fisica e psichica, emozionale e sociale, spirituale e interattiva.

Il tempo del morire ha un suo valore, ha un

senso e una funzione che occorre rispettare: come altri momenti del vivere ha scopi da realizzare, risultati da ottenere, maturazioni da acquisire.

Le condizioni del morire danno urgenza a completare la ricerca, la scoperta di valori veri e profondi del vivere, in chi è coinvolto, inducendo a delineare un senso più completo alla propria esistenza.

Le competenze di fondo di un accompagnamento dignitoso sono condensabili in alcuni modi di essere e di intervenire, finalizzati non tanto nel voler aumentare la quantità di una vita prossima a finire, quanto piuttosto nell'occuparsi della sua qualità migliore.

Ecco qui condensati in poche righe i contenuti del testo che pur trattando un tema difficile, permette di essere letto, anche con piacere, e soprattutto a far riflettere su una fase fondamentale del proprio vivere: morire con umana dignità.

***Romano Dadò**, docente in cure infermieristiche.

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.

Errata Corrige
calendario corsi

n° 3 PAURA E FOBIE: RETAGGIO ANTICO O DISAGIO MODERNO?

p. 34

date pubblicate nel programma: giovedì 1 e venerdì 2 ottobre 2009

NUOVE DATE: GIOVEDÌ 28 E VENERDÌ 29 GENNAIO 2010

Termine di iscrizione: 21.12.2009

N° 7 GUARIR DAL RIDERE: IL RUOLO DELLE EMOZIONI POSITIVE NEI PROCESSI DI CURA

p. 38

date pubblicate nel programma: giovedì 26 e venerdì 27 novembre 2009

NUOVE DATE: GIOVEDÌ 11 E VENERDÌ 12 FEBBRAIO 2010

Termine di iscrizione: 11.01.2010

N° 12 L'ENERGIA DEL RIDERE: LA MATERIA, LO SPIRITO, LA STRUTTURA DELLA REALTÀ

p. 43

date pubblicate nel programma: giovedì 11 e venerdì 12 febbraio 2010

NUOVE DATE: GIOVEDÌ 22 E VENERDÌ 23 APRILE 2010

Termine di iscrizione: 22.03.2010

Agenda

CALENDARIO ATTIVITÀ ASI-SBK SEZIONE TICINO

CORSI – CONFERENZE – ATELIER – ASSEMBLEE GENNAIO – APRILE 2010

DATA	CORSO	TERMINE ISCRIZIONE	ANIMATORE	PARTECIPANTI	LUOGO
11 – 12 gennaio 2010	La gestione dei conflitti in équipe multiprofessionale. Un metodo maieutico come aiuto per migliorare l'ambiente di lavoro	07.12.2009	Mariano Cavolo	aperto a tutti coloro che hanno partecipato al seminario "Il concetto di lavoro in équipe multiprofessionale"	LUGANO
18 – 19 gennaio 2010	Kinesiologia educativa II (Edu-K)	14.12.2009	Marlene Scalisi	aperto a tutti coloro che hanno partecipato al seminario "Kinesiologia educativa I"	BELLINZONA
15 – 22 gennaio 2010	Trattamento ulcera crurale venosa e/o arteriosa e cura delle lesioni cutanee – cura e prevenzione delle ulcere diabetiche	14.12.2009	Fabio Cattaneo Giovanna Elia	infermieri/e	LUGANO
27 – 28 – 29 gennaio 2010	La cura terapeutica degli adulti affetti da malattie neurologiche/ concetto Bobath Focus: pazienti colpiti da ictus cerebrale con emiparesi	18.12.2009	Claudia Evers	assistenti e ausiliari di cura	BRISSAGO
28 – 29 gennaio 2010	Paura e fobie: retaggio antico o disagio moderno?	21.12.2009	Vincenzo Santoro	operatori del ramo socio-sanitario	LUGANO
4 – 5 febbraio 2010	Rimanere sani nel mondo del lavoro	07.01.2010	Patrizia Gasparetti	aperto a tutti	BELLINZONA
8 febbraio 2010	La disfagia nelle cure palliative	11.01.2010	Claudia Gamondi Palmesino Silvia Walther	infermieri/e assistenti geriatrici/che operatori sociosanitari	LUGANO
10 febbraio 2010	Elementi pratici e teorici di farmacologia	11.01.2010	Giovan Maria Zanini	infermieri/e	MENDRISIO
11 – 12 febbraio 2010	Guarir dal ridere: il ruolo delle emozioni positive nei processi di cura	11.01.2010	Sonia Fioravanti Tatiana Giudici	operatori del ramo sanitario che hanno partecipato al laboratorio "Comicità e salute"	BELLINZONA
24 febbraio 10 – 17 marzo 2010	La consulenza autobiografica nelle pratiche cliniche e nelle relazioni d'aiuto	25.01.2010	Micaela Castiglioni Rosaria Violi	operatori del ramo socio-sanitario	LUGANO
25 – 26 febbraio 2010	I custodi del silenzio: l'operatore sociale a contatto con la morte	25.01.2010	Vincenzo Santoro	operatori del ramo socio-sanitario	LUGANO
1 marzo 2010	L'assistenza infermieristica odierna nella riflessione etica: proporzionalità delle cure, autodeterminazione dei pazienti, consulenza etica in équipe	01.02.2010	Paola Marino Cattorini	aperto a tutti	CHIASO
4 marzo 2010	Impacchi, compresse e erbe medicinali in ambito pediatrico	01.02.2010	Lilia Nodari Cereda	operatori del ramo sanitario preferibilmente con conoscenze in ambito pediatrico	LUGANO
5 marzo 2010	Persuasione psicologica, dipendenza psichica, messaggi subliminali,... cosa sono, cosa rappresentano e come possono influenzare anche negativamente molte scelte della nostra vita	01.02.2010	Alfredo Bodeo	operatori del ramo socio-sanitario	LUGANO
8 – 9 – 10 marzo 2010	Kinesiologia: Touch for Health III	08.02.2010	Marlene Scalisi	aperto a tutti coloro che hanno partecipato ai seminari "Kinesiologia: Touch for Health I - II"	BELLINZONA
12 marzo 2010	Il bisogno di relazione dell'anziano	08.02.2010	Michele Battaglia	operatori del ramo socio-sanitario	LUGANO
15 marzo 2010	BLS-DAE® SRC Defibrillazione Automatica Esterna	15.02.2010	insegnante della CRV Lugano	infermieri/e	PREGASSONA
22 – 23 – 24 marzo 2010	Le algie dell'arto superiore	22.02.2010	Antonio Maglio	operatori del ramo sanitario con formazione di base in riflessologia	BELLINZONA
25 – 26 marzo 2010	Conflitti interpersonali e negoziazione	22.02.2010	Vincenzo Santoro	operatori del ramo socio-sanitario	LUGANO
29 marzo 2010	Cure palliative e dolore	01.03.2010	Claudia Gamondi Palmesino Silvia Walther	infermieri/e assistenti geriatrici/che operatori sociosanitari	LUGANO
12 – 13 aprile 2010	Che comunicatore sono?	08.03.2010	Mariano Cavolo	aperto a tutti	LUGANO
15 aprile 2010	Brain – Gym approfondimento	15.03.2010	Marlene Scalisi	aperto a tutti coloro che hanno partecipato ai seminari "Kinesiologia educativa I - II"	BELLINZONA
19 – 20 – 21 aprile 2010	Gestione dell'aggressività	15.03.2010	Seiler Nadia Zbinden Pascal	operatori del ramo sanitario	BELLINZONA
22 – 23 aprile 2010	L'energia del ridere: la materia, lo spirito, la struttura della realtà	22.03.2010	Sonia Fioravanti Leonardo Spina	operatori del ramo sanitario che hanno partecipato ai seminari "Comicità e salute" e Guarir dal ridere: il ruolo delle emozioni positive nei processi di cura	BELLINZONA
26 aprile 2010	Cure di fine vita	22.03.2010	Claudia Gamondi Palmesino Silvia Walther	infermieri/e assistenti geriatrici/che operatori sociosanitari	LUGANO
29 – 30 aprile 2010	Training assertivo	29.03.2010	Vincenzo Santoro	operatori del ramo socio-sanitario	LUGANO

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