



Autismo

L'altro sguardo

Cronaca regionale:

Intervenire per il bambino autistico
e la sua famiglia.
Il metodo ergoterapico SAS

Approfondimenti:

Consulto infermieristico
pre operatorio
Un mezzo per prevenire
la sofferenza fisica

Calendario attività ASI-SBK
Gennaio 2013 - Giugno 2013



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

Allegato alla rivista
"Cure infermieristiche" 12/12

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

Foto copertina: disegni dei bambini autistici asi - Locarno

SOMMARIO

Dicembre 2012 - n. 4

3 Editoriale

Cronaca regionale

- 4** Autismo. L'altro sguardo
(autismo Svizzera italiana)
- 6** Intervenire per il bambino autistico e la sua famiglia.
Il metodo ergoterapico SAS
(Emmanuelle Rossini)
- 7** Autismo: premio ASI-SBK Ticino
per i disegni di Natale
- 8** Stomia. Testimonianza di un marito
(Marco Bottini)

Approfondimenti

- 9** Consulto infermieristico pre operatorio.
Un mezzo per prevenire la sofferenza fisica
(Evelyne Bourquin, Jeanne Styger)

- 12** Anestesia generale – Grandi e piccole paure
(Yamuna Asmus)

Informazioni

- 14** Assemblea generale – cambio categoria

Invito alla lettura

- 15** Le virtù del cuore, di Mario Polito

Agenda

- 16** Calendario corsi

VACANZE NATALE

L'ufficio è chiuso dal 24.12.2012 al 06.01.2013

Apertura 07.01.2013

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

E-mail: segretariato@asiticino.ch

La comunicazione: una delle numerose virtù del cuore



Autismo e anestesia, due concetti esposti in questo numero che potrebbero sembrare lontani ma che, in realtà, hanno punti comuni: una comunicazione e una sensibilità diverse, uno scambio alterato con le altre persone. La comunicazione e la relazione sono degli aspetti costitutivi dell'essere umano, permettono all'individuo di esprimersi, di evolvere, di confrontarsi e di crescere. I bambini vengono al mondo con la capacità innata di entrare in relazione con ciò che li circonda e di comunicare sentimenti con lo sguardo, l'espressione del volto, sviluppando a poco a poco le modalità e la varietà della relazione. Lo sviluppo del linguaggio metterà in evidenza le loro capacità comunicative, ma nel caso dell'autismo, questo sviluppo avviene in modo alterato, i genitori osserveranno caratteristiche specifiche come l'isolamento e una risposta anomala a suoni e stimoli. Nel caso di un'anestesia, la persona che deve subire un intervento può avere delle paure, legate all'ignoto del post operatorio oppure perché, mentre è addormentata non potrà comunicare con gli altri, sarà dipendente. Allora le sue angosce potranno essere alleviate da una relazione ottimale con tutta l'equipe prima dell'operazione, da un consulto infermieristico preoperatorio, come descritto a pagina 9, che potrà elucidare i suoi interrogativi.

In questo periodo natalizio dove le serate buie invogliano a passare tempo al calduccio magari vicino a un bel fuoco, leggendo o chiacchierando, ho voglia di regalarvi spunti di riflessione, legati alla comunicazione e alla relazione docente/allievo, oserei dire anche applicabili alla relazione genitori/figli e infermiera/paziente... Tratti dal libro presentato nella nostra rubrica Invito alla lettura: "Le virtù del cuore", di Mario Polito, sono metodi da applicare nella relazione educativa quando ci troviamo a voler trasmettere concetti o nozioni. Il cuore ha le sue virtù, importanti ma poco conosciute. Virtù che purtroppo nelle scuole dell'obbligo non sempre sono insegnate, spesso addirittura svalutate, mentre sono virtù che serviranno nella vita al quotidiano e nelle situazioni importanti. Virtù come il coraggio, l'autocontrollo e l'autodisciplina, la difesa della propria dignità, il senso della giustizia, l'armonia della personalità, la saggezza e la fiducia, la speranza nel proprio progetto di vita. Un maestro, per educare alle virtù del cuore, per prima cosa deve agganciare gli allievi con una solida relazione educativa, conquistarli con la sua credibilità, affascinarli con la sua motivazione, accenderli con il suo entusiasmo. Guidare i ragazzi/figli/pazienti, valorizzare tutte le loro risorse cognitive, emotive e motivazionali, farle emergere, perché le loro risorse sono un'ottima guida. Il cuore impara meglio nell'esperienza, nel coinvolgimento emotivo, nella collaborazione con gli altri. Un apprendimento cooperativo valorizza la relazione e stimola una comprensione migliore dell'argomento. Ogni momento è buono per educare il cuore. Si può intervenire quando la motivazione svanisce, quando gli studenti/figli/pazienti si scoraggiano per i risultati scadenti, quando esprimono stereotipi e pregiudizi. Si può intervenire anche nei momenti positivi, quando si entusiasmano per un argomento che li coinvolge, quando imparano a collaborare e a discutere, quando si ascoltano con attenzione e si apprezzano.

Se infondiamo nel nostro lavoro entusiasmo e passione, dedizione e amore per la vita, tutte le persone al nostro contatto comprenderanno subito che abbiamo una grande visione: il miglioramento del mondo e delle persone.

A tutti auguro, di cuore, un sereno e dolce Natale!

Isabelle Avosti

Autismo

L'altro sguardo

di asi
(autismo svizzera italiana)

Pur accompagnandosi ad un aspetto fisico normale, l'autismo è un handicap che coinvolge diverse funzioni cerebrali compromettendo elementi essenziali dell'essere umano, quali la comunicazione e l'interazione sociale. Promuovendo lo sviluppo di competenze in questi ambiti si può migliorare la qualità di vita della persona con autismo. Secondo stime recenti, l'autismo colpisce 6 persone su 1000, e 1 persona su 100 ne presenta alcuni sintomi potendo venir inclusa nello "spettro autistico".

Viene considerato dalla comunità scientifica internazionale (classificazione ICD 10 dell'OMS e DSM IV) un disturbo pervasivo dello sviluppo, e si manifesta entro il terzo anno di età con deficit nelle aree della comunicazione, dell'interazione sociale, dell'immaginazione e degli interessi. Inoltre le persone autistiche possono presentare problemi di comportamento. Lo spettro autistico è talvolta associato a disturbi neurologici specifici, come l'epilessia, o specifici, come la sclerosi tuberosa, la sindrome di Rett o la sindrome di Down.

Qual è la causa?

L'autismo non ha una singola causa: molteplici geni e fattori ambientali, come virus o sostanze chimiche, possono contribuire a determinare il disturbo. Gli studi su queste persone hanno trovato anomalie in diverse strutture cerebrali; i dati suggeriscono che l'autismo derivi da una interruzione nello sviluppo cerebrale in una fase precoce della vita intrauterina.

Come si manifesta?

I bambini con disturbi autistici hanno delle caratteristiche in comune, tuttavia ogni bambino è diverso e anche i sintomi peculiari possono manifestarsi in modo del tutto differente.

La caratteristica più evidente è l'isolamento: i bambini autistici spesso non rispondono al loro nome, evitano lo sguardo e appaiono inconsapevoli dei sentimenti altrui e della realtà che li circonda.

I bambini autistici inoltre hanno spesso risposte anomale ai suoni, al tatto o ad altri stimoli sensoriali, e una ridotta sensibilità al dolore, che può contribuire a determinare sintomi comportamentali, come la resistenza ad essere abbracciati.

Come si cura?

Attualmente non esiste una cura per l'autismo:



foto asi - www.autismo.ch

le terapie o gli interventi vengono scelti in base ai sintomi individuali. Le terapie meglio studiate comprendono interventi educativi/comportamentali in ambiente strutturato adatto alle difficoltà specifiche dell'autismo. Sebbene questi interventi non curino l'autismo, spesso portano ad un miglioramento sostanziale.

Autismo svizzera italiana

L'associazione autismo svizzera italiana (asi) nasce nel 1989 per volontà di un gruppo di genitori, con lo scopo di aiutarsi reciprocamente ad affrontare le difficoltà dei figli. Negli anni, l'associazione è costantemente

Attualmente non esiste una cura per l'autismo: le terapie o gli interventi vengono scelti in base ai sintomi individuali

In presenza di almeno sette di queste caratteristiche è opportuno un controllo diagnostico.

- Difficoltà a stare con altri bambini
- Impresione di sordità o difficoltà visive
- Difficoltà di apprendimento
- Incoscienza per i pericoli reali
- Opposizione ai cambiamenti
- Mancanza del sorriso o della mimica
- Iperattività fisica accentuata
- Non guardare negli occhi
- Attaccamento inappropriato agli oggetti
- Ruotare gli oggetti
- Perseveranza in giochi strani
- Atteggiamento fisico rigido

Recente traguardo, esempio di forte volontà e crescita, è l'apertura nel 2009 del Centro del tempo libero di Locarno

cresciuta, ampliando il proprio campo d'intervento ed i suoi obiettivi, sviluppando numerose attività e servizi e ponendosi come punto di riferimento sia nel sostegno a coloro che vivono l'autismo, sia nella promozione della conoscenza e dell'interesse delle relative problematiche.

Recente traguardo, esempio di forte volontà e crescita, è l'apertura nel 2009 del Centro del tempo libero di Locarno, struttura per l'accoglienza e l'incontro, nonché punto di ritrovo per le attività dell'associazione. Informazione, sensibilizzazione, sostegno sono gli obiettivi che asi persegue quotidianamente con passione e dedizione.

Servizi ed attività

L'associazione offre ascolto e consulenza, sostegno alle famiglie con brevi consulenze telefoniche o scritte, consigli e contatti utili, pianificazione di interventi per le situazioni difficili, scambio di esperienze. Organizza per il tempo libero campi di vacanza, pomeriggi ludici e creativi con l'affiancamento di volontari. Promuove la creazione di gruppi di auto-aiuto presso il centro dove le famiglie possono incontrarsi, discutere e confrontarsi. In caso di bisogno, offre un sostegno finanziario grazie alla raccolta fondi da destinare a progetti di sviluppo, iniziative ed aiuto a famiglie particolarmente bisognose. Per sensibilizzare l'opinione pubblica organizza conferenze, seminari ed incontri con profes-

sionisti e specialisti, raccoglie materiali e pubblicazioni.

Coordinamento e promozione – Incontri e relazioni con istituzioni, enti ed istituti per incentivare e migliorare l'aiuto alle persone affette da autismo, per sensibilizzare ai temi della diagnosi precoce delle terapie riconosciute, per creare nuovi contatti ed iniziative nell'ambito dell'assistenza e cura.

Formazione – Corsi base e avanzati in autismo indirizzati alle famiglie, operatori e professionisti nonché workshop su temi specifici. Una mostra, **L'altro Sguardo**, esposta nel pianterreno dell'Ospedale La Carità a Locarno da novembre 2011 a gennaio 2012 è stata dedicata alle persone affette da autismo con lo scopo di rendere visibile ciò che visibile non è. Attraverso i loro occhi, i loro sguardi ma soprattutto grazie ai loro dipinti si può comprendere quanta diversità esista nel mondo autistico; il loro è un universo misterioso ed ancora tutto da scoprire.

“Essere autistici non significa non essere umani, ma essere diversi. Quello che è normale per altre persone non è normale per me e quello che io ritengo normale non lo è per gli altri.

In un certo senso sono mal equipaggiato per sopravvivere in questo mondo, come un extraterrestre che si è perso senza un manuale per sapere come orientarsi. Ma la mia personalità è rimasta intatta. La mia individualità non è danneggiata. Ritrovo un gran valore e significato nella vita e non desidero essere guarito da me stesso.

Concedetemi la dignità di ritrovare me stesso nei modi che desidero; riconoscete che siamo diversi l'un dall'altro, che il mio modo di essere non è soltanto una versione guasta del vostro. Interrogatevi sulle vostre convinzioni definite le vostre posizioni. Lavorate con me per costruire ponti tra noi”.

Jim Sinclair (USA). Persona autistica, laureato in psicologia dello sviluppo del bambino e in counseling riabilitazione. ■

Le opere della mostra "L'altro sguardo" realizzate dai nostri ospiti e coadiuvate da importanti scatti fotografici, saranno esposte presso la CASA ANZIANI COMUNALE di BELLINZONA di Via Mesolcina 5 - dal 16 novembre 2012 al 17 febbraio 2013.



Intervenire per il bambino autistico e la sua famiglia

Il metodo ergoterapico SAS

(sviluppo abilità sociali)

L'autismo rappresenta una delle psicopatologie dello sviluppo più diffuse. Diagnosticabile entro i 3 primi anni di vita, le sue origini sono riconducibili ad un disordine neuro-evolutivo multifattoriale. Il fulcro della sindrome riguarda in primo luogo la difficoltà a relazionarsi con il mondo sociale, in maniera adeguata. Diventa necessario allora sviluppare delle tecniche di intervento specifiche che permettano di lavorare in modo mirato su quella che si chiama la cognizione sociale. La cognizione sociale rappresenta il meccanismo che ci permette di conoscere, noi stessi, e di conoscere gli altri in modo da poter interagire con loro essendo in grado di prevederne le reazioni.

Approccio terapeutico dell'autismo

Il centro per l'infanzia, Il Trampolino, con il suo servizio di ergoterapia e di logopedia, è specializzato nell'intervento precoce presso i bambini affetti di autismo e di disturbi neuro-evolutivi. L'équipe di ergoterapia lavora da diversi anni sullo sviluppo del metodo chiamato SAS (Sviluppo Abilità Sociali) rivolto specificatamente alla riabilitazione delle abilità di cognizione sociale. Il metodo si appoggia sulle ultime ricerche effettuate nel mondo delle neuroscienze e della neurofisiologia, in particolare sugli studi effettuati sui neuroni a specchio e l'intersoggettività. Il SAS utilizza delle marionette con dei volti emotivi interscambiabili ed integra i genitori direttamente nell'intervento terapeutico. I primi risultati empirici del SAS hanno portato alla volontà di dimostrarne l'efficienza tramite una ricerca scientifica. La messa in piedi di protocolli di ricerca per valutare l'impatto di un intervento su una determinata clientela è fondamentale per promuovere la qualità dei servizi socio-sanitari e per partecipare allo sviluppo delle pratiche basate sulle evidenze (Evidence Based Practice).

Lavori di ricerca

In collaborazione con l'EESP (écoles d'études sociales et pédagogiques) di Losanna (Professoressa Thommen), il dipartimento sanità della SUPSI ha portato avanti un primo progetto di ricerca finanziato dal Do-RE ("do-research") del fondo nazionale della ricerca (FNS, 13DPD3-132427). Questo progetto ha visto coinvolto il DSS tramite la Fondazione ARES (Autismo Ricerca E Sviluppo) di Giubiasco, il dipartimento di neuropsichiatria dell'EOC di

Bellinzona, il centro Il Trampolino di Giubiasco, La Nostra Famiglia di Bosisio Parini di Como, così come l'istituto di psicologia di Torino. L'intervento SAS è stato proposto a 21 bambini affetti di autismo, di età compresa tra i 4.5 ed i 9 anni, per 18 volte. I bambini sono stati paragonati ad altri 21 bambini affetti di autismo che seguivano il loro trattamento consueto nelle loro strutture riabilitative. Tutti i bambini sono stati valutati con tre test standardizzati: Test of Emotion Comprehension (Pons & Harris, 2005), Tom Storybooks (Blijd-Hoogewys et al. 2003) e APL-Medea (Lorusso, 2010). I risultati ottenuti evidenziano una differenza significativa tra il gruppo sperimentale ed il gruppo di controllo. Si conferma quindi che il miglioramento osservato nei bambini seguiti dal SAS è dovuto specificatamente al trattamento. Inoltre il miglioramento prosegue anche dopo 3 mesi dalla fine del trattamento, periodo nel quale tutti i bambini seguiti dal SAS sono stati nuovamente valutati con i tre strumenti. Questo risultato conferma l'importanza, sovente riscontrata in altre ricerche, del coinvolgimento attivo della famiglia all'interno del processo riabilitativo.

Valutazione dell'agire quotidiano del bambino nella relazione

Un nuovo progetto di ricerca è stato recentemente accettato dal FNS, stavolta direttamente dalla divisione 1 (scienze umane) e non più dal fondo specifico DO-RE. In questo nuovo progetto, i ricercatori andranno ad analizzare gli effetti di due tipologie d'interventi: il SAS e un trattamento a impronta comportamentale denominato ABA. La validità dei trattamenti comportamentali è stata largamente documen-

di Emmanuelle Rossini*



Il miglioramento osservato nei bambini seguiti dal SAS è dovuto specificatamente al trattamento



Il Trampolino, Giubiasco. Seduta di trattamento SAS

foto Emmanuelle Rossini

Un'ipotesi incontrata recentemente nella letteratura rileva l'importanza di sviluppare la cognizione sociale

Foto Basilio Noris. Courtesy from LASA laboratory at EPFL. Wearcam



tata nella letteratura scientifica di questi ultimi tempi. Gli studi sull'intersoggettività ci portano però a ragionare sugli elementi che ne sono costitutivi e quindi sullo sviluppo della cognizione sociale. Un'ipotesi incontrata recentemente nella letteratura rileva l'importanza di sviluppare la cognizione sociale, obiettivo del SAS, per dare maggior possibilità alla persona autistica di generalizzare gli apprendimenti fatti da un punto di vista terapeutico. Modificare un comportamento non adeguato sostituendolo con quello più corretto (obiettivo delle tecniche comportamentali) non sarebbe quindi l'unico approccio e magari nemmeno il più idoneo per garantire un'adeguata partecipazione sociale. La ricerca appena iniziata e che terminerà nel 2014 valuterà quali sono gli apporti di entrambi i trattamenti provando a capire meglio su quali aspetti dello sviluppo agiscono. La ricerca coinvolgerà 40 bambini autistici di età compresa tra i 2 ed i 3.5 anni. La squadra dei ricercatori è costituita come in precedenza dall'EESP di Losanna con la signora Thommen, dal dipartimento sanità della SUPSI, e dalla Nostra Famiglia di Bosisio Parini ma anche dall'EPFL (Ecole Polytechnique

Fédérale de Lausanne) che ha sviluppato un sistema elettronico chiamato WearCam che permette di registrare in modo naturale dove il bambino fissa la sua attenzione quando entra in relazione con qualcuno. Questa tecnologia innovativa risponde alla necessità di valutare l'agire quotidiano del bambino da un punto di vista sociale senza dovere attingere a delle competenze linguistiche. ■

***Emmanuelle Rossini**, insegnante-ricercatrice al dipartimento sanità della SUPSI, terapeuta occupazionale, co-direttrice del centro per l'infanzia, Il Trampolino

autismo autismo svizzera italiana

Da diversi anni, il comitato ASI-SBK sezione Ticino offre un premio di 300,- a chi realizza i disegni utilizzati per arricchire la copertina del numero natalizio di Info ASI. Quest'anno, la redazione ha chiesto all'asi, autismo svizzera italiana di rappresentare il Natale tramite disegni fatti da persone autistiche: Irene, Lucio, Mara, Sonia e Urs.

Autismo svizzera italiana ha come scopo principale di promuovere la conoscenza e l'interesse per le problematiche dell'autismo, nonché di offrire un aiuto concreto alle famiglie che vivono l'autismo. L'associazione autismo svizzera italiana (asi) nasce nel 1989 per volontà di un gruppo di genitori, con lo scopo di aiutarsi reciprocamente ad affrontare le difficoltà dei

figli. Asi è anche un Centro per il tempo libero (a Locarno), struttura d'accoglienza dove i ragazzi possono trascorrere alcune ore e che rappresenta un punto d'incontro per le attività ed i servizi dell'associazione come pure per le famiglie che vivono l'autismo. Il Centro permette di instaurare tra i volontari dell'associazione ed i ragazzi, con le loro rispettive famiglie, un rapporto di fiducia ed una relazione di amicizia, dialogo ed ascolto. Infatti, è proprio la vicinanza ed il contatto costante a facilitare l'aiuto ai ragazzi e a permettere loro un miglioramento della qualità di vita.

Informazione, sensibilizzazione, sostegno: questi gli obiettivi che asi persegue quotidianamente con passione e dedizione. Ci ralleghiamo come Asso-

ciatione Infermieri di potere contribuire, oltre al premio, a fare conoscere un'associazione proprio perché grazie ad una maggior consapevolezza del problema dell'autismo si potrà fare maggior prevenzione.

Visitate il sito: www.autismo.ch



Stomia

Testimonianza di un marito

di Marco Bottini

Sono le due di notte di mercoledì otto agosto e Giuliana ed io la stiamo lavando e vestendo. Maura è morta in casa. Non sappiamo fino a che punto il dolore fisico nelle ultime ore l'abbia tormentata. Il respiro rantoloso ed il volto teso lascerebbero intuire una certa sofferenza. Fino a che ha avuto degli sprazzi di coscienza ha però dato segno di tranquillità e persino di gioia di vivere. E vero, la nostra coppia non era del tutto nella norma: la relazione, da molti anni oramai, era caratterizzata dal timbro scherzoso, dall'autoironia bonaria, dal gioco teatrale, e la cosa era continuata durante la malattia. Con noi anche l'oggetto più banale poteva diventare un personaggio vivo, dotato di parola e di una personalità propria. Così anche la stomia per l'urina parlava (con la voce di Maura) manifestando tutta la sua sviscerata ammirazione per me che mi occupavo di pulirla e di cambiarle il sacchetto. Da noi battezzata "Pirlinlin", per la sua vaga somiglianza ad un minuscolo pene, la stomia scriveva pure al chirurgo dicendogli che *"Sono proprio contento che mi hai fatto così bello e anche bravo perché faccio tanta pipì e me lo dicono sempre anche il Marco e la Maura che mi vogliono tanto bene e mi curano. Certe volte quando mi cambiano il vestito per mettermi quello nuovo gli faccio gli scherzi e faccio la pipì quando loro hanno appena finito di pulirmi e così dopo mi devono pulire un'altra volta e io rido perché mi diverto e sono contento. Mi mettono sempre su il vestito trasparente perché io non ho vergogna e poi anche se vengo un po' rosso non si vede perché ero già rosso anche prima."*

Queste amenità un poco demenziali non erano però fini a se stesse, ma accompagnate dalla piena consapevolezza della gravità del male e del fatto che Maura, pur non sapendo esattamente quando, sarebbe morta di tumore. E il male lavorava distruggendo progressivamente le sue facoltà fisiche e intellettuali. I momenti più sconcertanti erano dati dalla presa di coscienza dei passi a ritroso: dalla camminata libera allo spostamento con il bastone, dal passaggio da questo alle stampelle e, per finire, alla carrozzella e al seggiolino elettrico per poter fare le scale.

In quei momenti il tono del dialogo non era più lo scherzo bensì il lavoro di accettazione: *"Cara Maura, malgrado tu non sappia più camminare, l'unico sistema per sconfiggere in qualche modo il cancro è quello di vivere*

ugualmente nello scambio affettivo più stretto, nel cercare di star bene assieme, fino all'ultimo respiro." E funzionava: Maura riprendeva coraggio e il sorriso!

Ai molti amici che ci facevano visita raccontavamo queste cose, e gli amici partivano dirci: *"Credevamo di trovarvi disperati e vi abbiamo trovati sereni e pieni di vita: ci avete fatto un grande regalo!"* Ed era vero!

Uno di questi cari amici ci aveva raccontato una storiella zen: *Un uomo si trova in una radura e vede sopraggiungere una tigre. Scappa. Corre finché trova un terreno molto scosceso, vi si getta e si appende ad un ramo. Vede però che una seconda tigre lo aspetta in fondo. Non sapendo più che fare si guarda attorno e scorge una fragola. La coglie e la mangia: "CHE BUONA!"*

È una storia che insegna a cogliere l'attimo presente, malgrado tutto quello che potrà capitare, ed è quello che Maura ed io abbiamo cercato di fare e, in buona parte, siamo riusciti a fare, per merito di entrambi.

Già un anno e mezzo fa, al momento della diagnosi *"...lei ha un tumore alla vescica, grosso, brutto e maligno!"*, Maura si è detta: *"Per intanto non sono ancora morta, e allora cerco di viverci!"* Ed io l'ho assecondata.

Ora, ogni tanto mi prende il magone ma, ripensando ai mesi della malattia, provo anche un senso di forza e di calore perché, a modo nostro, siamo riusciti ad ingannare il cancro. ■



Pirlinlin

È una storia che insegna a cogliere l'attimo presente, malgrado tutto quello che potrà capitare, ed è quello che Maura ed io abbiamo cercato di fare

Consulto infermieristico preoperatorio Un mezzo per prevenire la sofferenza fisica

di Evelyne Bourquin,
Jeanne Styger*

Il servizio infermieristico di ORL ha collaborato con il servizio infermieristico della Psichiatria di legame (PLI) per realizzare il progetto dello sviluppo del consulto infermieristico preoperatorio

Presso il Centro Ospedaliero Universitario Vodese (CHUV), la maggior parte dei pazienti del reparto di otorinolaringologia soffre di cancro. Per preparare nel migliore dei modi questi pazienti all'operazione e alle relative conseguenze, l'équipe di curanti ha sviluppato un consulto infermieristico preoperatorio (CIPO).

In questo contesto i curanti hanno constatato che in alcuni pazienti, nella fase postoperatoria, si manifesta un grave disagio psichico, del quale si dovrebbe tener conto prima dell'intervento. Uno dei motivi è "la reticenza dell'infermiera che interpreta i cambiamenti di umore dei suoi malati come delle espressioni marginali e piuttosto normali nel contesto di una malattia grave." (D. Stagno, 2005). Tuttavia, questa sofferenza psichica dei pazienti può diventare un ostacolo per il processo di guarigione o addirittura per il rientro a domicilio.

Queste considerazioni ci hanno spinto a sviluppare il consulto infermieristico preoperatorio soffermandoci soprattutto sulle realtà psico-sociali del paziente per meglio prevenire eventuali difficoltà psichiche e sociali che potrebbero manifestarsi nella fase critica postoperatoria.

Il servizio infermieristico di ORL ha collaborato con il servizio infermieristico della Psichiatria di legame (PLI) per realizzare il progetto dello sviluppo del consulto infermieristico preoperatorio.

Principale impatto psicologico

La sfera ORL riguarda funzioni essenziali quali la respirazione, la deglutizione, la voce, l'olfatto... A causa di patologie oncologiche, alcune persone subiscono un intervento importante della sfera ORL (faringo-laringectomia funzionale o totale, glossectomia, tumorectomia del pavimento orale...). La durata media di degenza di queste persone è di circa trenta giorni, a dipendenza delle complicazioni legate all'intervento e alle sue conseguenze, oltre che dei fattori psico-sociali.

In fase postoperatoria, queste persone vivono delle perdite importanti, che le portano a vari processi di lutto: perdita della salute, della voce, diminuzione delle funzioni polmonari, cambiamenti di ruolo nella vita di coppia, cambiamenti nella vita familiare, sociale e professionale.

Inoltre queste persone sono confrontate con cambiamenti dell'immagine di sé: edema del viso, orifizio artificiale per respirare nella zona del collo, secrezioni (...). La compromissione dell'integrità fisica di questi pazienti provoca spesso gravi disturbi psicologici (J. Cady 2002).

È evidente che la malattia, le operazioni e le loro conseguenze generano reazioni emotive non solo nel paziente, ma anche nei familiari, rischiando di mettere in crisi il sistema familiare e/o sociale del paziente.

Complessa situazione di cura

Partendo da diverse situazioni di cura particolarmente complesse, in collaborazione con il servizio infermieristico del PLI abbiamo creato uno spazio di riflessione su queste situazioni, per capire meglio le difficoltà che incontrano i curanti nell'accompagnamento di questi pazienti. Questi spazi ci hanno permesso di fare alcune considerazioni. Osserviamo che stati ansio-depressivi, o reazioni come il ripiegamento su sé stessi, l'aggressività o il rifiuto delle cure sono spesso l'espressione di una sofferenza psichica vissuta dal paziente che ha subito importanti interventi chirurgici ORL quali la laringectomia totale o la glossectomia (...).

Inoltre constatiamo che alcune difficoltà psicologiche e sociali, non rilevate precedentemente, provocano crisi durante l'ospedalizzazione e in particolare al momento della preparazione del rientro a domicilio, causando un prolungamento della degenza.

Quadro clinico

Il signor G., 52 anni, senza figli, con una compagna da parecchi anni, ma senza vita in comune. A causa di un tumore alla laringe ha subito una laringectomia totale. Nella prima fase postoperatoria non ci sono state complicazioni. Tuttavia i curanti si sono resi conto che col passare dei giorni il signor G. diventava sempre più taciturno, ripiegato su sé stesso, e si rifiutava di occuparsi delle cure del tracheostoma.

Nel nostro spazio di riflessione, abbiamo discusso delle ipotesi che avrebbero potuto spiegare il malessere di questo paziente e il suo rifiuto ad assumersi le cure. Una di queste ipotesi era che il paziente aveva difficoltà a immaginarsi il suo rientro a domicilio e che era insicuro nei confronti della sua situazione di coppia. Queste riflessioni ci hanno portato a fare un colloquio con il signor G. alla presenza della sua compagna, per affrontare il rientro a casa. Durante questa conversazione il signor G. ha espresso il desiderio di vivere con la sua com-

pagna e che quest'ultima si occupasse delle sue cure. La donna ha potuto dire che era impossibile soddisfare questa richiesta. Questo incontro ha permesso di chiarire la situazione con la coppia. Il signor G. ha così riconsiderato le sue aspettative riguardo il suo rientro a casa. Ha ricominciato a prendersi cura della propria persona e ha accettato di svolgere lui stesso le cure del suo tracheostoma.

A seguito di questa situazione, che ne illustra molte altre, ci siamo chiesti: avremmo potuto prevenire le difficoltà di questo paziente? Quali sono gli strumenti che ci permetterebbero di intervenire prima per alleviare la sofferenza psichica in fase postoperatoria? Come informare con maggiore chiarezza il paziente e i suoi familiari sulle conseguenze dell'operazione, tenendo conto delle loro aspettative e esigenze? Questa serie di interrogativi è stata il punto di partenza per il nostro progetto.

Obiettivi del progetto

L'ipotesi del nostro progetto è la seguente: la considerazione delle dimensioni psico-sociali del paziente durante il consulto infermieristico preoperatorio ci permetterà di migliorare la nostra offerta di cure, di anticipare le difficoltà postoperatorie e quindi di preparare meglio il rientro a domicilio.

Il nostro obiettivo era di elaborare una trama per il consulto infermieristico preoperatorio che ci permettesse di meglio evidenziare le eventuali difficoltà del paziente, i suoi bisogni e le sue risorse. Questo ci permetterebbe di definire sin dall'inizio azioni di cura adeguate alle esigenze specifiche del paziente e, se necessario, di attivare rapidamente il lavoro in rete.

In collaborazione con il servizio infermieristico della Psichiatria di legame, abbiamo deciso di ristrutturare il consulto infermieristico preoperatorio esistente concedendo più ampio spazio alle realtà psicologiche e sociali del paziente e dei suoi familiari.

Una nuova guida

Nel primo CIPO si attribuiva molta importanza alle spiegazioni tecniche inerenti i cambiamenti postoperatori ai quali il paziente andava incontro. La maggior parte delle domande erano chiuse.

La nuova guida comprende 6 aspetti affrontati dalle infermiere.

Applicazione

I curanti sono tenuti a considerare con una grande flessibilità la gerar-

chia dei vari aspetti, per poter essere più vicini alle preoccupazioni del paziente e seguire il suo ritmo.

Esempio: se il paziente inizia il colloquio alludendo al suo stato emozionale ("Sono arrabbiato..."), il curante seguirà il paziente affrontando con lui le sue emozioni nei confronti di ciò che gli sta accadendo. Questo ascolto immediato e attivo del curante riduce la tensione interna del paziente e stabilisce la relazione terapeutica. In seguito il paziente si dimostra spesso più disponibile ad affrontare gli aspetti pratici e difficili dell'operazione, le probabili conseguenze a breve, medio e lungo termine. Durante il colloquio, i pazienti esprimono le loro preoccupazioni in vari modi.

Esempi:

"Non sopporto il dolore, ho bisogno di un trattamento efficace contro i dolori"

"Quando sono molto nervoso, bisogna lasciarmi tranquillo per un po'"

"Ho molta paura di avere problemi nel gestire il diabete nella fase postoperatoria, ho già avuto cattive esperienze."

Dopo il consulto, l'infermiera redige un rapporto con le varie rubriche della guida, da aggiungere alla cartella medico-infermieristica.

Bilancio positivo

Nel corso del 2011, 42 pazienti che dovevano sottoporsi ad un intervento importante della sfera ORL hanno beneficiato del consulto infermieristico preoperatorio secondo la nuova procedura. I curanti hanno constatato che dall'introduzione della nuova guida, i pazienti parlano più facilmente del loro vissuto, delle loro sensazioni e preoccupazioni. La conside-

I curanti hanno constatato che dall'introduzione della nuova guida, i pazienti parlano più facilmente del loro vissuto



foto Bilderbox

Il paziente riparla più facilmente delle sue preoccupazioni con l'infermiera che aveva già visto per il consulto, indipendentemente dal fatto che sia o meno la sua curante di riferimento

razione globale della situazione del paziente è così facilitata.

Ma alcuni curanti hanno affermato di essere maggiormente confrontati con reazioni emozionali o dichiarazioni inabituali, o che ritengono fuorvianti, da parte dei pazienti.

I curanti hanno notato che l'infermiera che svolge questo primo consulto diventa una persona chiave per il paziente. Si stabilisce una relazione e spesso si mantiene per tutta la durata della degenza. Infatti, il paziente riparla più facilmente delle sue preoccupazioni con l'infermiera che aveva già visto per il consulto, indipendentemente dal fatto che sia o meno la sua curante di riferimento.

Accompagnamento postoperatorio

In generale, le infermiere rilevano molto bene i problemi fisici come il dolore, i rischi di denutrizione, di delirium tremens, ecc. Per contro, i problemi legati agli aspetti psicologici e sociali non sono altrettanto ben documentati nei dossier.

In alcune situazioni, a seguito del consulto infermieristico preoperatorio, si procede a un accompagnamento specializzato da parte di altri servizi, come il servizio sociale, di psichiatria di legame, il centro di cura dell'alcolismo (...). Questo scarica i curanti dall'affrontare alcuni aspetti dell'accompagnamento psico-sociale.

Discussione

Nella maggior parte dei casi i riscontri dei pazienti riguardanti il consulto infermieristico preoperatorio sono molto positivi. E' la loro prima relazione importante con i curanti, i pazienti si sentono ascoltati, ben informati e molti di loro hanno affermato che le loro richieste formulate durante il CIPO sono state rispettate. Il feedback dei curanti nell'insieme è positivo. Tuttavia ci ha fornito spunti di riflessione su eventuali adeguamenti necessari.

Partendo dalle osservazioni delle infermiere che svolgono il CIPO secondo la nuova formula, abbiamo anche creato un documento complementare, una specie di promemoria tecnico per i curanti: "Strumento ausiliario per il CIPO". La nuova guida richiede, da parte dei curanti, competenze più specifiche nella relazione d'aiuto affinché siano più a loro agio in questo tipo di colloquio e per lasciare la massima libertà di parola al paziente. Per questo motivo uno degli assi di sviluppo di questo progetto è la formazione nel consulto infermieristico.

Formazione continua

Ci si chiede se si deve formare in modo più specifico un maggior numero di infermiere motivate a svolgere questo consulto, seguendo dei corsi di relazione d'aiuto e di tecnica di collo-

quio, o se questo tipo di formazione deve essere regolarmente seguito dall'intera équipe. La formazione dell'intera équipe facilita la pianificazione degli orari e lascia grande flessibilità alla disponibilità dei curanti a dipendenza del carico di lavoro del momento. Ma organizzare una formazione per tutti comporta ovviamente un importante investimento.

Vista la relazione che si crea tra il paziente e l'infermiera durante il CIPO e allo scopo di ottimizzare l'accompagnamento postoperatorio, si pone la questione dell'infermiera di riferimento. Riteniamo che l'accompagnamento dei pazienti richieda una persona di riferimento che riconsideri in modo sistematico l'evoluzione delle preoccupazioni dei pazienti. Nel contesto attuale delle cure (rotazione degli orari di lavoro in 12 ore tra giorno e notte, cambiamenti tra le unità di reparto...), il sistema di riferimento sembra difficilmente realizzabile. Si stanno studiando diverse altre opzioni, come l'intervento sistematico di un'infermiera specialista clinica o di una "clinical nurse" che dovrebbe seguire il percorso del paziente.

Conclusioni

I consulti infermieristici preoperatori, che abbiamo introdotto nel 2011, hanno permesso di evidenziare in modo sistematico le preoccupazioni dei pazienti sia sul piano fisico, che psicologico (senso di colpa, cattiva immagine di sé...), sociale e spirituale. Le risorse personali interne (coping) ed esterne sono state identificate e sono maggiormente mobilitate.

Nel corso dei prossimi mesi i nostri sforzi si concentreranno sugli strumenti da sviluppare affinché i dati raccolti in collaborazione con il paziente durante il CIPO siano considerati durante tutta la presa a carico. Nella stessa logica rientra la nostra riflessione sull'opportunità di un consulto infermieristico per la preparazione dell'uscita dei pazienti e il loro accompagnamento in ambulatorio.

Questa guida del CIPO subirà, lo auspichiamo, ulteriori cambiamenti alla luce di nuove analisi e di nuove conoscenze, soprattutto considerando il fatto che questa guida potrà essere facilmente adattata alle esigenze specifiche di altri reparti di cura. Diversi reparti del CHUV hanno già manifestato il loro interesse utilizzando lo stesso schema per la creazione di un consulto infermieristico preoperatorio. ■

* **Evelyne Bourquin** è infermiera specialista clinica nel reparto di ORL al CHUV. Evelyne.bourquin@chuv.ch

* **Jeanne Styger** è infermiera in Psichiatria di legame al CHUV. Jeanne.styger@chuv.ch

REFERENZE

Babin E.: La vie après la laryngectomie totale. *Revue de laryngol. Oto. Rhinol.* (2001); 122,5: 303-309.

Cubillo Mirian Jimenez: Travail de bachelier HESSO en soins infirmiers (2009).
Cady J. Laryngectomy: beyond loss of voice. *Caring for the patient as a whole.* *Clinical Journal of Oncology Nursing.* Volume 6 N°6 (2002).

Henderson V. La nature des soins infirmiers. Inter-Editions, 1994, Paris.
Parse RR.: L'humain en devenir. Nouvelle approche du soin et de la qualité de la vie. De Boeck (2003).

Stagno D., Stiefel F., Rousselle I., Guex P.: Diagnostic et traitement chez les patients souffrant de cancer. *Revue Médicale Suisse* (2005).

Anestesia generale Grandi e piccole paure

Chi viene sottoposto ad anestesia generale può avere grandi o piccole paure. È normale essere preoccupati per la propria integrità fisica, in particolar modo quando ci si trova privati di coscienza e quindi con l'inevitabile perdita del controllo su sé stessi e su ciò che ci circonda. Le paure che provano i pazienti prima di un'anestesia sono state già esplorate in alcuni lavori, ormai svolti quasi 10 anni fa, su popolazioni culturalmente diverse dalla nostra. Per questo abbiamo voluto verificare se col passare degli anni e con l'aumento del livello di informazione sulle tematiche sanitarie, si è modificata la percezione delle paure legate all'anestesia generale.

Raccolta dati

Per poter descrivere meglio questa paura a tutti i pazienti ricoverati nei reparti di chirurgia traumatologica ortopedica, addominale e vascolare dell'ospedale Civico di Lugano, sottoposti ad anestesia generale e per interventi di elezione è stato dato, dopo l'intervento, un questionario. Sessanta pazienti vi hanno risposto e avevano in media 64 anni: il più giovane 30 anni e la più anziana 97. La metà dei pazienti era già stata operata in passato e di questi, il 69% in anestesia generale.

Tra questi 60 pazienti, 11 hanno dichiarato di non aver avuto nessuna preoccupazione per l'anestesia generale, per gli altri 49 la preoccupazione maggiore è di "provare dolore dopo l'operazione", seguita dalla paura di "andare incontro a complicazioni chirurgiche" e di "non potersi alzare dal letto per un lungo periodo" per quasi la metà dei pazienti. Si tratta di paure importanti, ma non legate direttamente all'anestesia. Il principale timore legato all'anestesia è la paura dell'ignoto, la paura di perdere la memoria e la paura di non svegliarsi.

Provare dolore è la paura principale, ma anche quella di minore intensità (solo 4 pazienti hanno avuto molta/moltissima paura). Mentre la più "forte" (10 pazienti preoccupati molto/moltissimo) è quella di "non svegliarsi".

Undici pazienti hanno elencato anche altre paure, ad esempio quella di non sapere come andrà a finire, di ricevere una trasfusione o un farmaco con un dosaggio sbagliato, di essere allergico a qualche medicinale; prolungamento dello stato di anestesia e paura del transitorio avvelenamento sono invece legate all'anestesia generale.

Su 49 pazienti circa la metà ha solo preoccupazioni di lieve entità. Il paziente più preoccupato per l'anestesia generale è un signore di 75 anni sottoposto ad un intervento di chirurgia vascolare, preoccupato delle allergie ai farmaci ma poi rassicurato dall'anestesista. Le donne hanno più preoccupazioni degli uomini, i più giovani sono più preoccupati di chi ha più di 70 anni e, fatto interessante, lavorare in ambito sanitario e aver subito un intervento in passato non incide sulla paura per l'anestesia.

Il ruolo dell'anestesista

Generalmente l'anestesista ha diminuito molto/moltissimo le preoccupazioni dei pazienti. Mentre ha ridotto del 50% le preoccupazioni dei pazienti molto preoccupati, l'effetto rassicurante è stato molto minore nei pazienti con preoccupazioni lievi: le preoccupazioni sono state ridotte molto/moltissimo solo a un terzo dei pazienti.

Ventisei pazienti hanno detto di avere parlato con qualcuno delle proprie preoccupazioni: la maggioranza con i parenti, quasi la metà con il medico e con l'infermiere solo in 3 casi, vale a dire solo circa il 10%.

La maggioranza degli utenti intervistati riferisce di aver avuto qualche timore prima dell'intervento e circa la metà di aver avuto almeno un timore grave. È comprensibile avere paura prima di un'operazione, infatti i pazienti prima di un intervento chirurgico, non sono tranquilli. Undici pazienti hanno dichiarato di non aver avuto nessuna preoccupazione per l'anestesia generale. Sarebbe innaturale non essere preoccupati ma anche in altri studi, dal 30 al 31% dei pazienti dichiara di non avere alcun timore (Shevde et al.1991, Ramsey 1972; Van Wijk et al.1990).

di Yamuna Asmus*



La maggioranza degli utenti intervistati riferisce di aver avuto qualche timore prima dell'intervento e circa la metà di aver avuto almeno un timore grave



foto Bilderbox

Paura del dolore e delle complicanze

Il dolore postoperatorio è una paura presente e importante per la grande maggioranza dei pazienti intervistati, ma è un problema rilevato anche in altri studi. Ci si domanda se dipende dal fatto che non siano state fornite tutte le informazioni sulla sedazione del dolore nel postoperatorio o se il paziente considera il dolore postoperatorio inevitabile. Questo aspetto va sicuramente affrontato e rinforzato nell'informazione preoperatoria.

Il secondo e il terzo timore sono le complicanze chirurgiche e il prolungato allettamento. Questi timori riguardano l'intervento chirurgico di per sé più che l'anestesia. Timori strettamente legati all'anestesia, che preoccupano la metà dei pazienti sono la condizione di ignoto, la perdita della memoria e il mancato risveglio. Anche questi sono timori molto comuni già rilevati in altri studi (Shevde et al., 1991, Matthey et al., 2001, Chew et al., 1998).

Nausea e vomito sono disturbi abbastanza frequenti, provocati dall'effetto tossico degli anestetici e dalla terapia antalgica con oppioidi (Royston et al., 2003) e non sono sempre facilmente controllabili. Soltanto l'8% dei pazienti interrogati in Ticino teme di averli, mentre la percentuale è più elevata in altri studi (dal 12% Matthey et al., 2001; al 22% Shevde et al. 1991). Questa differenza può essere dovuta al fatto che il questionario è stato compilato nel postoperatorio e quindi, se il paziente non ha avuto né nausea né vomito, può aver dimenticato una paura forse presente prima dell'intervento.

Parlare sotto l'effetto dell'anestesia, l'alterazione della capacità di giudizio e svegliarsi durante l'intervento non sono motivo di grande preoccupazione. Quest'ultimo è però una preoccupazione importante in altri studi (Matthey et al., 2001; Hume et al. 1994).

Il fatto che i nostri pazienti hanno ricevuto la visita dell'anestesista, può aver minimizzato questi timori.

Lo studio ticinese e il ruolo dell'anestesista

Contrariamente ad altri studi, nel nostro studio nessun paziente ha paura che l'anestesista non sia qualificato o esperto, salvo una persona che ha paura che l'anestesista si allontani dalla sala operatoria durante l'intervento.

L'aver subito un intervento in passato non riduce le paure, metà degli operati e metà dei non operati hanno almeno una preoccupazione. Come infermieri dovremmo ricordare che i pazienti già operati non si sentono necessariamente più tranquilli, pertanto vanno informati allo stesso modo tutti i pazienti, senza dimenticare che ogni esperienza può essere vissuta diversamente.

Ci sono delle differenze di paura in merito al sesso. Le donne hanno più paura delle complicanze postoperatorie, gli uomini invece hanno

più paura di non svegliarsi; il 57% delle donne ha almeno una preoccupazione importante rispetto al 47% degli uomini. Possono essere attribuite alla socializzazione dei ruoli sessuali: ci si aspetta infatti che gli uomini siano più forti e pertanto esprimano meno paura delle donne (Shevde et al., 1991). Ciò che esprimono i giovani e le donne può rispecchiare anche le paure non espresse dagli uomini e dagli anziani: per questo è utile esplorare quello che il paziente prova per poter parlare e ridurre, se possibile, preoccupazioni a volte non fondate. Il medico anestesista ha rassicurato molto/moltissimo i pazienti: la visita preoperatoria è stata molto utile a chi era molto preoccupato, chi aveva timori lievi li ha mantenuti.

Nel nostro studio, come in Royston et al. (2003), la maggioranza dei pazienti tende ad esprimersi più facilmente con persone che conosce bene, amici e parenti, successivamente si rivolgono al personale sanitario come medico e infermiere, e ad altri pazienti. I pazienti operati possono condividere l'esperienza operatoria con chi è in attesa dell'intervento chirurgico, offrendo un sostegno psicologico ed emotivo.

Importanza di una presa a carico adeguata

Infine l'82% dei pazienti ha dimostrato preoccupazione per l'anestesia generale: poco più della metà ha avuto almeno un timore grave. Questo indica che è necessaria una buona presa in carico dei pazienti, soprattutto per evitare timori infondati e riferiti ad eventi rari. Per questo è utile che il personale curante sia a conoscenza delle paure che provano i pazienti che si sottopongono ad un intervento chirurgico, e quanto queste sono forti e frequenti, per prevenire ansie evitabili. Un questionario come quello usato nello studio può essere utile per esplorare questi aspetti.

Dalla mia piccola esperienza di stage ho potuto notare la difficoltà nel creare un setting che favorisce la vicinanza dell'operatore ai sentimenti del paziente e ad instaurare la relazione d'aiuto. Non è facile riuscire a dedicare il giusto tempo ad ogni paziente, a mettersi in gioco, a gestire la routine e comunicare in modo efficace. Sarebbe utile e altrettanto interessante esplorare più a fondo le paure che provano i pazienti operati nel Canton Ticino, tramite un campione più numeroso. ■

Lavoro tratto dalla tesi di Bachelor della Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana, Dipartimento sanità.

* **Yamuna Asmus**, infermiera SUPSI in Cure Infermieristiche e infermiera in Neurologia-Stroke Unit Ospedale Civico Lugano.

Bibliografia

- Chew, S.T., T. Tan, S.S. Tan, P.C. Ip-Yam. 2003. *A survey of patients' knowledge of anesthesia and perioperative care*. Singapore Medical Journal 39:399-402. In Royston, D., and F. Cox. 2003. *Anesthesia: the patient's point of view*. Lancet; 362: 1648-1658.
- Elsass, P., B. Eikard, J. Junge, J. Lykke, P. Staun, M. Feldt-Rasmussen. 1987. *Psychological effect of detailed preanesthetic information*. Acta Anaesthesiol Scand 31:579-83. In Shevde, K., and Georgia Panagopoulos. 1991. *A survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia*. Anesthesia analgesia; 73: 190-198.
- Hariharan, S. 2009. *Knowledge and attitude of patients toward anesthesia and anesthesiologists. A review*. Anesthesia en México; 21(3): 174-178.
- Matthey, P., B.T., Finucane, B.A., Finegan. 2001. *The attitude of the general public towards preoperative assessment and risks associated with general anesthesia*. Can J Anesth; 48: 333-339.
- Royston, D., and F. Cox. 2003. *Anaesthesia: the patient's point of view*. Lancet; 362: 1648-1658.
- Shevde, K., and Georgia Panagopoulos. 1991. *A survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia*. Anesthesia analgesia; 73: 190-198.
- Wicher, P., and J. O'Neill. 2007. *Assistenza infermieristica perioperatoria*. Milano: McGraw-Hill.



ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA

GIOVEDÌ 21 MARZO 2013

Ore 17.30

AUDITORIUM BANCA STATO BELLINZONA

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.

ASI-SBK Sezione Ticino Partecipate attivamente!

Impegnarsi nell'Associazione permette di aggiornarsi e di contribuire attivamente all'evoluzione della professione, implicandosi nella politica socio - sanitaria a livello cantonale e nazionale.

Quindi chi fosse interessato a seguire più da vicino l'attività dell'ASI-SBK Sezione Ticino, quale membro di comitato, delegato, supplente delegato o membro di un gruppo di lavoro non esiti ad annunciarsi al segretariato.

Le proposte di candidatura dei membri devono essere inoltrate al segretariato all'attenzione del comitato almeno 8 settimane prima dell'assemblea generale che questo anno avrà luogo il 21 Marzo 2013

Le virtù del cuore, di Mario Polito



Il cuore ha le sue virtù, importanti ma poco conosciute, utili nella quotidianità e nelle situazioni importanti. Il mondo, con tutti i suoi gravi problemi ormai globalizzati, ha bisogno di persone intelligenti, ma anche giuste, coraggiose e solidali. La conoscenza da sola non serve a niente. Non servono geni incompresi e isolati. Non servono studenti che abbiano imparato solo dei concetti e acquisito solo delle competenze teoriche. All'umanità servono persone con un cuore migliore, un cuore rinnovato dal senso della giustizia e dal calore della solidarietà. Persone che sappiano mettere le loro conoscenze e talenti al servizio degli altri. Persone che sappiano interagire e collaborare, indignarsi di fronte alle ingiustizie, rispettare l'ambiente, dialogare per evitare conflitti e guerre. Molti insegnanti concordano sull'importanza dell'intelligenza emotiva a scuola e desiderano conoscere delle strategie utili, delle indicazioni concrete, dei percorsi praticabili, per educare le nuove generazioni al senso di giustizia, al coraggio, alla solidarietà.

Questo libro è stato scritto per rispondere a questa necessità educativa. Propone alcune riflessioni teoriche accompagnate da numerose esperienze didattiche ed esercitazioni, per aiutare gli studenti a leggere meglio nel loro cuore e nelle emozioni degli altri. Per far fiorire in loro la gentilezza, il rispetto, la responsabilità. Per scaldare il loro animo con l'empatia, la compassione e la solidarietà. Per renderli cittadini migliori. Cittadini di un mondo migliore.

Mario Polito

Psicologo psicoterapeuta pedagogista, Laureato in Filosofia nel 1973, in Psicologia nel 1981 e in Pedagogia nel 1991, ha sviluppato la propria ricerca in tre gruppi di interessi: la pedagogia, la didattica e la psicoterapia. È autore di numerosi saggi e di molte conferenze, sulla psicologia, pedagogia, psicoterapia. Ha pubblicato 13 libri: sette dedicati ad imparare come si studia, due all'apprendimento cooperativo e la comunicazione in classe e uno alla psicoterapia sul tema della disperazione e della speranza. ■

SCUOLA TAO

Inizia la Formazione quadriennale in Agopuntura nel Canton Ticino, aperto a personale medico e paramedico

Inizio 19/20 gennaio 2013

per informazioni chiamare Daniela:

Tel. 00 39 0523 180519 (dalle 9 alle 13) - cell. 00 39 346 618 35 51

Scuola universitaria professionale
della Svizzera italiana

SUPSI

Dipartimento sanità



EDUQUA

SCEF 034

Schweizerisches Qualitätszertifikat für Weiterbildungsinstitutionen
Certificato svizzero di qualità per istituzioni di formazione continua

GIORNATA DI STUDIO

organizzata dall'Associazione Svizzera Infermiere/i Sezione Ticino e dalla Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana – Dipartimento Sanità

MARTEDÌ 11 DICEMBRE 2012

AULA MAGNA SUPSI, TREVANO

Agenda

CALENDARIO ATTIVITÀ ASI-SBK SEZIONE TICINO

CORSI – CONFERENZE – ATELIER – ASSEMBLEE **GENNAIO 2013 - GIUGNO 2013**

DATA	CORSO	TERMINE ISCRIZIONE	ANIMATORE	PARTECIPANTI	LUOGO
8 gennaio 2013	Il benessere sessuale è un diritto anche degli ammalati Riconoscere la/il paziente che è a rischio per un disagio psico-fisico sessuale e gestione del colloquio infermieristico/terapeutico nel contesto	05.12.2012	Claudia Pesenti-Salzman	aperto a tutti gli operatori del ramo sanitario	Mendrisio
11 – 25 gennaio 2013	Trattamento ulcera crurale venosa e/o arteriosa e cura delle lesioni cutanee e prevenzione delle ulcere diabetiche	10.12.2012	Fabio Cattaneo Giovanna Elia	infermieri/e	Lugano
17 gennaio 2013	Essere vicini ed accompagnare la persona durante il finire della vita	17.12.2012	Michela Tomasoni-Ortelli	personale ausiliario	Lugano
18 gennaio 2013	Cura entero - urostomie	17.12.2012	Giovanna Elia	<ul style="list-style-type: none"> infermieri/e assistenti geriatrici/che 	Lugano
21 gennaio 2013	Cure Palliative e dolore – advanced	18.12.2012	Piero Sanna Mara Del Torso	<ul style="list-style-type: none"> infermieri/e assistenti geriatrici/che operatori/trici sociosanitari/e che abbiano partecipato al seminario ASI-SBK "Cure palliative e dolore" oppure al corso SUPSI A2 di Cure Palliative 	Lugano
24 – 25 gennaio 2013	Autostima e fiducia in se stessi	20.12.2012	Vincenzo Santoro	aperto a tutti gli operatori del ramo socio-sanitario	Mendrisio
19 febbraio 2013	Da infermiera/e a formatrice/tore: passaggio ad un ruolo pedagogico	16.01.2013	Fulvio Poletti	infermieri/e	Bellinzona
21 febbraio 2013	Approccio all'incontinenza	21.01.2013	Cristina Treter De Lubomierz	aperto a tutti gli operatori del ramo sanitario	Mendrisio
22 febbraio 2013	La solitudine e la depressione dell'anziano	21.01.2013	Marco Malnati	aperto a tutti gli operatori del ramo socio-sanitario	Mendrisio
25 – 26 – 27 febbraio 2013	Riflessologia e metamorfica zonale	23.01.2013	Antonio Maglio	operatori del ramo sanitario con formazione di base in riflessologia	Bellinzona
1 marzo 2013	Essere empatici: una realtà per pochi eletti o una possibilità per tutti da costruire quotidianamente?	30.01.2013	Alfredo Bodeo	aperto a tutti	Mendrisio
4 marzo 2013	Quando l'alimentazione diventa decisiva	04.02.2013	Barbara Richli	aperto a tutti gli operatori del ramo sanitario	Bellinzona
6 – 7 marzo 2013	La gestione dei conflitti in equipe professionale. Un metodo maieutico come aiuto per migliorare l'ambiente di lavoro	04.02.2013	Mariano Cavolo	aperto a tutti. Priorità data a coloro che hanno partecipato al seminario "Il concetto di lavoro in equipe multiprofessionale"	Lugano
14 marzo 2013	Come sentirsi bene nel proprio ruolo	11.02.2013	Michela Tomasoni-Ortelli	aperto a tutti gli operatori del ramo socio-sanitario	Lugano
20 marzo 2013	Gestione farmaceutica dei casi complessi	18.02.2013	Marco Bissig	infermieri/e	Lugano
21 – 22 marzo 2013	Training assertivo	18.02.2013	Vincenzo Santoro	aperto a tutti gli operatori del ramo socio-sanitario	Stabio
25 marzo 2013	Importanza della comunicazione in Cure Palliative	25.02.2013	Paola Zanotti Silvia Walther Veri	<ul style="list-style-type: none"> infermieri/e assistenti geriatrici/che operatori/trici sociosanitari/e 	Lugano
26 – 27 marzo 2013	Approccio al paziente psichiatrico a domicilio	25.02.2013	Lara Pellizzari Bernasconi	infermieri/e	Lugano
8 – 9 – 10 aprile 2013 5 – 6 – 7 giugno 2013	Riflessologia del piede e mano Thailandese	06.03.2013	Antonio Maglio	operatori del ramo sanitario con formazione di base in riflessologia	Bellinzona
11 – 18 – 25 aprile 2013	Fitoterapia specifica nelle cure	11.03.2013	Lilia Nodari Cereda	aperto a tutti gli operatori del ramo sanitario con nozioni di anatomia e, preferibilmente, che abbiano seguito il seminario "Fitoterapia"	Mendrisio
15 aprile 2013	Aspetti etici nei trapianti	13.03.2013	Michela Tomasoni Ortelli Daniela Tosi Imperatori	aperto a tutti	Lugano
19 aprile 2013	L'atteggiamento dell'equipe curante nell'accoglienza e nell'inserimento del nuovo ospite in casa anziani	18.03.2013	Alfredo Bodeo	aperto a tutti gli operatori del ramo socio-sanitario	Lugano
23 aprile 2013	Protezione dati nel settore infermieristico	20.03.2013	Giordano Costa	infermieri/e	Lugano
29 aprile 2013	BLS - DAE	25.03.2013	Insegnate CRV	infermieri/e	Pregassona
7 maggio 2013	Approccio al paziente anziano affetto da demenza durante l'ospedalizzazione	03.04.2013	Marco Malnati	aperto a tutti gli operatori del ramo socio-sanitario	Lugano
15 maggio 2013	La farmacoterapia nel paziente anziano	15.04.2013	Marco Bissig	infermieri/e	Lugano
16 – 17 maggio 2013	La gestione dello stress	15.04.2013	Vincenzo Santoro	aperto a tutti gli operatori del ramo socio-sanitario	Bellinzona
21 maggio 2013	Le emergenze in Cure Palliative nei vari setting di cura	17.04.2013	Claudia Gamondi Palmesino Infermiera specializzata in Cure Palliative	infermieri/e	Lugano
24 maggio 2013	Il disagio, l'imbarazzo e la sofferenza del professionista della salute nella relazione d'aiuto con i famigliari del paziente	22.04.2013	Alfredo Bodeo	aperto a tutti gli operatori del ramo socio-sanitario	Mendrisio
28 maggio 2013	La comunicazione in campo professionale	24.04.2013	Michela Tomasoni-Ortelli	aperto a tutti gli 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