SBK ASI
info

Periodico d'informazione sulle attività dell'associazione svizzera infermiere/i
Allegato alla rivista "Cure infermieristiche" N. 12/17

Sezione Ticino
Dicembre 2017 - n. 4

Cronaca regionale:
Infermiere scolastico,
quando finalmente anche in Ticino?

Approfondimenti:
Comunicazione strutturata con le 7 P,
meno fattori di disturbo, più sicurezza

Visibilità:
Terapie non farmacologiche
con i pazienti anziani

La figura del custode sociale di paese

Calendario attività ASI-SBK
Febbraio - Aprile 2018

info

Sezione Ticino
SBK ASI

Periodico d'informazione sulle attività dell'associazione svizzera infermiere/i
Allegato alla rivista "Cure infermieristiche" 12/17

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
Mariano Cavolo
Roberto Guggiari
Pia Bagnaschi
Veronique Dayan

Supervisione
Pia Bagnaschi

Grafica e stampa
Arti grafiche Veladini, Lugano
www.veladini.ch

Accogliamo con piacere, articoli, progetti da pubblicare, non esitate a contattarci all'indirizzo: segretariato@asiticino.ch.
Le indicazioni in merito alla forma del testo sono pubblicate sul sito della sezione e possono essere scaricate direttamente: www.asiticino.ch/index.php?id=96

SOMMARIO

Dicembre 2017 - n. 4

3 Editoriale

Cronaca regionale

4 La figura del custode sociale di paese (Roberto Mora)

6 Infermiere scolastico, quando finalmente anche in Ticino? (Mariano Cavolo)

Approfondimenti

8 Comunicazione strutturata con le 7 P
Meno fattori di disturbo, più sicurezza
(Christina Gregor)

Visibilità

12 Terapie non farmacologiche con i pazienti anziani
Due esempi proposti dalla Fondazione Tusculum

Invito alla lettura

15 Milioni di farfalle (Véronique Dayan)

Informazioni

15 Vacanze di Natale ASI

Agenda

16 Calendario corsi

Qui accanto un gruppo di ospiti della casa anziani Pedemonte di Bellinzona, intenti a lavorare sulla copertina natalizia del presente numero di info-asi.

"Complementarietà"

Ipnosi al posto dell'anestesia e altre terapie non farmacologiche

La comunicazione ipnotica è una tecnica che induce nella persona uno stato mentale naturale e diverso dagli stati di veglia e di sonno, offrendogli l'opportunità di sviluppare e incrementare le capacità di autoapprendimento e autodeterminazione. Lo stato mentale d'ipnosi è quindi uno stato fisiologico e dinamico, che sviluppa una particolare partecipazione mente-corpo, utile a: rassicurare e tranquillizzare il paziente in difficoltà, facilitare la collaborazione e la cura, ridurre l'ansia e la percezione del dolore.
Alcuni studi hanno permesso di osservare come l'effetto antidolorifico o antinocicettivo dell'ipnosi è tale da ridurre il dolore almeno del 50%. Utilizzare la comunicazione ipnotica nelle procedure invasive permette agli infermieri di portare l'individuo a vivere l'esperienza di cura in modo originale e appropriato, alla ricerca di un maggior benessere psicofisico per il paziente.
In alcuni ospedali l'ipnosi è utilizzata da tempo, con l'obiettivo di ridurre l'intensità dell'ansia e del dolore percepito durante le procedure invasive. Nel 2007 è stato condotto uno studio pilota con l'obiettivo di valutare l'efficacia dell'ipnosi in questo contesto: 49 donne che avevano subito un intervento chirurgico al seno e che dovevano essere sottoposte a mammografia sono state addestrate da un'infermiera esperta all'uso dell'autoipnosi durante l'esame, al termine del quale c'è stata una valutazione dell'intensità del dolore e delle emozioni sperimentate durante la procedura, confrontata con la valutazione delle esperienze precedenti. Il dolore percepito utilizzando l'autoipnosi si è ridotto più del 50% rispetto alle esperienze precedenti e l'ansia e le emozioni ad essa correlate si sono ridotte mediamente del 70%, confermando quanto riporta l'evidenza scientifica.
Maryse Davadant, infermiera di cure intense, è pioniera dell'ipnosi all'ospedale CHUV di Losanna e ha portato avanti la sperimentazione della "Ipno-analgesia" in pazienti ustionati, con notevoli risultati. L'ipnosi quindi, una parola che non lascia indifferente nessuno, che suscita sempre reazioni contrastanti e controverse, dalla curiosità, a volte al sorriso, specialmente quando si sente dire che è utilizzata nel servizio di rianimazione di un ospedale universitario.
Di altre terapie non farmacologiche si sente sempre più spesso parlare, non tanto per demonizzare la farmacoterapia, bensì per perorarne gli effetti positivi sui pazienti a cui vengono somministrate. In Ticino sono operativi alcuni esempi molto concreti alla Fondazione Tusculum di Arogno. La trenoterapia e la camera multisensoriale, a cui è dedicato un articolo in questo numero di dicembre.
Le terapie non farmacologiche aiutano a migliorare la qualità della vita del paziente. Specialmente nelle demenze dove, accanto ai sintomi cognitivi, si sviluppano disturbi del comportamento di vario genere che contribuiscono in modo significativo a rendere complessa la gestione della persona affetta dal morbo di Alzheimer e la vita quotidiana del suo nucleo familiare. Queste terapie nello specifico consistono nell'impiego di tecniche utili a rallentare il declino cognitivo e funzionale, controllare i disturbi del comportamento e compensare le disabilità causate dalla malattia.
Complementarietà quindi, non intesa in senso sostitutivo, bensì implementata allo scopo di completare un novero di offerte sanitarie sempre più vaste.

Insieme agli auguri di buona lettura, vi giungano anche gli auguri di serene festività da tutto il gruppo redazionale di questo periodico.

Mariano Cavolo
Docente di cure infermieristiche al CPSI

La figura del custode sociale di paese

di Roberto Mora

Archivio info-ASI

Il custode sociale funge da attivatore di risorse formali e informali, partecipandovi attivamente

Quale é lo scopo del custode sociale di paese?

Con la figura del custode sociale di quartiere o di paese si desidera differenziare, rendere effettive e accrescere le possibilità di presa a carico delle persone anziane o invalide, inserendosi nell'attuale polarizzazione delle soluzioni: a casa senza aiuti adeguati e la necessaria sicurezza oppure in casa per anziani, anche quando lo stato di dipendenza non è ancora tale da giustificarne l'entrata.

La differenziazione delle risposte ai bisogni in base alla reale situazione, l'attivazione e la combinazione delle risorse e dei servizi già presenti (per es. pasti a domicilio, mezzi ausiliari, centri diurni, volontari, …), rappresentano l'impegno e la sfida quotidiani per gli operatori del settore.

Attraverso un approccio dal basso, il custode sociale funge da attivatore di risorse formali e informali, si caratterizza quale operatore di riferimento per l'utente e la sua famiglia.

La sua presenza quotidiana sul territorio ha lo scopo di:

- assicurare la presenza regolare di una persona con **qualifiche socio-sanitarie,** che possa intervenire anche con **un breve preavviso**;
- garantire un punto di riferimento **costante,** per accrescere il sentimento **di sicurezza;**
- assicurare **sostegno agli anziani o alle persone invalide** e ai loro famigliari;
- **prevenire e ridurre l'isolamento sociale:** a casa sì, ma non soli e abbandonati;
- contribuire alla **(ri)costituzione** o al **mantenimento di relazioni sociali;**
- promuovere e organizzare **attività di socializzazione** e **animazione;**
- sostenere e sgravare i **famigliari curanti**;
- **fornire informazioni e attivare** le risorse della rete che facilitano e migliorano la permanenza a domicilio;
- sostenere, fino a quando è possibile e ragionevole, il comprensibile **desiderio** delle persone anziane o invalide di **rimanere a casa propria**;
- **ridurre** o **evitare ricoveri impropri,** aumentando se del caso, in modo temporaneo gli interventi del SACD;
- evitare che gli anziani perdano i **propri punti** di riferimento e le **relazioni sociali** costruiti negli anni nel proprio Comune;

È come se le mura di case per anziani o dei nosocomi svanissero e le prestazioni, di cui è possibile beneficiare in queste strutture, venissero garantite a domicilio.

In cosa rappresenta una novità

Ci sono almeno quattro elementi, in parte già evocati in precedenza, che si possono anno-

verare come novità, anche se ad essere sinceri, si possono considerare come l'uovo di Colombo:

- la presenza regolare del custode sociale in una determinata area (quartiere o paese) gli permette di intervenire anche in caso di bisogno non programmabile (**possibilità di rispondere in tempi brevi** a richieste non pianificabili);
- sentimento di **maggior sicurezza per utenti e famigliari** (infonde maggior tranquillità attraverso la sua presenza);
- **supporto e sostegno concreti** alle persone bisognose di assistenza e ai famigliari curanti (si è meno soli nella presa a carico a domicilio);
- la **proposta e la promozione di attività di animazione e socializzazione** per evitare gli effetti negativi dell'isolamento sociale e della solitudine.

È auspicabile una formazione come OSA, OSS o infermiere, preferibilmente con specializzazione in infermiere di famiglia

Dove svolge la sua attività?

La sua attività si svolge a casa degli utenti, in particolare nel momento in cui si erogano le prestazioni di cura della persona o della casa e nel locale per attività in comune ubicato presso Residenza InContro a Cadenazzo, dove promuove o realizza attività di socializzazione, proposte preferibilmente dagli utenti stessi. Si vuole uscire infatti dal modello secondo cui gli anziani o le persone invalide adulte vengono considerate fruitori di attività pensate per e non con loro, favorendo e realizzando così le loro iniziative e valorizzando la loro esperienza di vita e le loro risorse.

A quali bisogni risponde?

Siamo convinti che attraverso le attività del custode sociale si possa rispondere a diversi bisogni:

- **maggior sicurezza** a casa propria per utenti e famigliari;
- **sostegno** concreto ai **famigliari curanti**;
- Sentimento di **far ancora parte di una comunità**;
- possibilità di **rimanere nel contesto sociale** in cui si ha vissuto per anni;
- possibilità di applicare il diritto di **autodeterminazione**,
- **solidarietà** con utenti e famigliari e condivisione della **responsabilità della presa** a carico.

Quale profilo di competenze è necessario per assolvere la funzione di custode sociale?

Sono necessarie le competenze professionali di base per l'erogazione di prestazioni di cure e assistenza che sono da una parte utili per meglio conoscere la situazione bio-psico-sociale dell'utente e nel contempo risultano essere fondamentali per conquistare la sua fiducia e invitarlo a partecipare alle altre attività di socializzazione. Oltre a questi requisiti di base é necessaro e anzi indispensabile possedere le seguenti caratteristiche: grande motivazione e entusiasmo; buone conoscenze della rete, spiccate capacità relazionali, flessibilità, creatività, autonomia, spirito di iniziativa, positività, propositività, … in altre parole l'operatore deve sentire suo il progetto.

Che formazione è necessaria?

È auspicabile una formazione come OSA, OSS o infermiere, preferibilmente con specializzazione come infermiere di famiglia. È necessario infatti avere una visione olistica dei bisogni e una buona conoscenza delle risorse presenti nel territorio. Sono richieste conoscenze e esperienze nella conduzione e animazione di gruppi.

Cosa fa l'ABAD in questo senso?

Al momento si avanza passo dopo passo e si sta accumulando esperienza in un progetto ritenuto prioritario ed estremamente avvincente. C'è una forte motivazione nel voler individuare nuove soluzioni per rispondere ai bisogni degli utenti e per proporre nuove forme di presa a carico che siano finanziariamente equilibrate e sostenibili. Anche su questo fronte si è convinti di aver intrapreso la strada giusta.

Quali sviluppi futuri?

Come detto, è un progetto in cui crediamo molto in quanto siamo persuasi che possa cambiare, diversificare e migliorare le possibilità di presa a carico in base alle diverse situazioni degli utenti. Se raggiungeremo i risultati sperati, faremo in modo di estendere il progetto ad altri Comuni e quartieri, adoperandoci affinché non rimanga il progetto di ABAD, ma che le diverse figure professionali della rete, le autorità politiche e la popolazione di riferimento lo facciano proprio, così come sta avvenendo a Cadenazzo.

Chi fosse interessato a chi deve rivolgersi?

Visto che seguo personalmente il progetto ci si può rivolgere direttamene a me oppure alla custode sociale, signora Marta Marchese, (076.615.48.49 – m.marchese.abad@gmail.com) all'assistente sociale del Comune, signora Silvia Pestoni (091.850.29.10) o alla Capo dicastero Sanità e Socialità, signora Natascia Caccia. Ulteriori informazioni sono pure ottenibili utilizzando il seguente link: (http://www.cadenazzo.ch/index.php?node=444&lng=1&vis=2&rif=1b7d9dd55d) ■

* **Roberto Mora**, Direttore ABAD Bellinzona

Infermiere scolastico, quando finalmente anche in Ticino?

di Mariano Cavolo

Archivio info-ASI

Gli insegnanti sono costretti a trasformarsi in infermieri? La risposta è sì, almeno stando alle nuove misure varate dall'amministrazione del Canton Ticino che prevede per tutti i docenti una serie di nuove competenze mediche da mettere in campo in classe.
In particolar modo, il DSS e il DECS, hanno introdotto una direttiva sull'adozione di provvedimenti sanitari da parte dei collaboratori di ogni ordine e grado scolastico. Le regole, già sperimentate tra il 2013 ed il 2017, sono diventate effettive nel settembre scorso e si rivolgono a tutti gli alunni con bisogni speciali.
Ai docenti spetta dunque imparare a somministrare farmaci, a misurare i parametri vitali, ma anche a saper intervenire in caso di crisi croniche d'asma, epilessia o allergie, eccetera.
Grazie al «Progetto di accoglienza individualizzato» (PAI), destinato agli allievi e alle famiglie, i docenti potranno quindi essere messi in condizione di operare in classe nel rispetto delle norme sulla sicurezza e nell'ottica di favorire benefici agli alunni.
Un allievo con un'allergia accertata al veleno delle api? Un allievo che soffre di epilessia? Un allievo con mal di testa in classe? Dei genitori che vi chiedono di somministrare un farmaco per abbassare la febbre? Queste sono solo alcune delle situazioni che capitano con una certa regolarità nelle scuole e per le quali viene sovente chiesto l'intervento del docente.
Le richieste di intervento sono più numerose quanto più è giovane l'allievo, fatto facilmente spiegabile con un suo generale maggior bisogno di accudimento da parte di un adulto. Con il passare degli anni l'allievo diverrà vieppiù indipendente e in grado di farsi carico in autonomia di quasi tutti gli aspetti legati alla propria salute. Sarà un cammino che egli potrà compiere potendo contare su adulti che lo sostengano con positività, che lo accompagnino dandogli fiducia, sostituendosi a lui solo quando davvero necessario.
Nella scuola di ogni ordine e grado di norma non è prevista l'esecuzione di prestazioni di tipo sanitario (es. somministrazione di farmaci, modifiche di dieta). Vi sono però alcune eccezioni in cui è assolutamente necessario adottare provvedimenti sanitari a scuola. Vi sono, infatti, allievi che a causa di una malattia cronica (es. allergia, asma, diabete, epilessia) han-

Le richieste di intervento sono più numerose quanto più è giovane l'allievo, fatto facilmente spiegabile con un suo generale maggior bisogno di accudimento da parte di un adulto

Perché non pensare anche per il Ticino all'introduzione di questa figura professionale

no bisogno di ricevere cure anche durante l'orario scolastico. Un allievo con una malattia cronica deve essere accolto in modo che la sua situazione di salute non comprometta una scolarizzazione serena e con le stesse opportunità di tutti.
E fino a qui tutti d'accordo. Ma la domanda è: perché in Ticino deve occuparsene l'insegnante?
Forse non tutti sanno che nel Canton Vaud la figura dell'infermiera scolastica è già una realtà rodata da tempo e con buona pace di tutti.
Queste figure professionali, chiamate per l'appunto "Infermières de santé communautaire en milieu scolaire", hanno come campo di attività la salute globale dei bambini e degli adolescenti a scuola. Esercitano delle attività di promozione della salute e di prevenzione, dispongono di locali appositamente predisposti e sono integrate negli Istituti scolastici. Sono a disposizione come detto dei bambini, degli adolescenti per un sostegno, un accompagnamento ed un orientamento verso contesti più specialistici, laddove fosse il caso[1].
Un altro esempio emblematico è quello spagnolo, in cui da quest'anno la Commissione del Parlamento Spagnolo ha approvato la proposta di legge che istituisce la figura dell'Infermiere scolastico. Una vera conquista se paragonata a realtà molto vicine alle nostre.
L'infermiere scolastico è quindi essenziale, se si vuole affrontare il mondo giovanile in maniera globale. Con gli infermieri a suola si possono portare avanti progetti globali di salute, dal monitoraggio dei bambini, alle campagne di prevenzione e sensibilizzazione alle sane abitudini. Senza dimenticare la prevenzione dei comportamenti a rischio negli adolescenti, che spesso attanagliano questa particolare fascia di età (abuso di sostanze, cattive abitudini alimentari, social network, bullismo, etc.).
Non sappiamo a tutt'oggi, come sia stato accolto questo ulteriore onere da parte degli insegnanti ticinesi. Tuttavia possiamo immaginare non benissimo, vista la già imponente mole di lavoro con la quale sono confrontati. Pertanto perché non pensare anche per il Ticino all'introduzione di questa figura professionale, visto che è già una realtà in diversi paesi, ma soprattutto è già operativa in altri cantoni della Confederazione? ■

Archivio info-ASI

1 https://www.vd.ch/themes/formation/sante-a-lecole/equipes-psps/infirmieres-scolaires/

Comunicazione strutturata con le 7 P

Meno fattori di disturbo, più sicurezza

di Christina Gregor *

La quotidianità ospedaliera è caratterizzata dalle interruzioni. La pianificazione e l'organizzazione delle cure diventano così una sfida costante. Grazie alla comunicazione strutturata con lo standard delle "7P" i bisogni dei pazienti possono essere rilevati con maggiore precisione e le interruzioni notevolmente ridotte.

Il signor H. ha subito l'asportazione della prostata a causa di un tumore. E`contento di avere alle spalle la prima notte di ospedale. Dopo l'anestesia ha dovuto lottare contro la nausea e ci è voluto un po' prima che gli antidolorifici calmassero i dolori postoperatori. Essendo abituato a dormire sul fianco, ha fatto fatica a dormire a causa dell'inconsueta posizione supina. Per questo, la mattina successiva, è contento quando l'infermiera entra in camera. Si presenta come sua persona di riferimento e gli chiede come ha dormito. Il signor H. le spiega i vari problemi della notte appena trascorsa. L'infermiera ascolta attentamente e intanto gli misura la pressione, fa un prelievo di sangue e gli somministra diversi farmaci. Lo informa che nel corso della mattina, sarà aiutato ad alzarsi per la prima volta dal letto e nell'igiene personale e che seguirà la visita medica. Le spiega che ora dovrà andare dagli altri pazienti per i quali è responsabile. Dopo il rapporto tornerà. Nel frattempo può fare tranquillamente colazione e se ha bisogno può suonare. Il signor H. è sollevato al pensiero che sarà aiutato e per essere stato informato sul programma del mattino e saluta fiducioso l'infermiera. Poi gli viene servita la colazione, che farà eccezionalmente seduto a letto. Dopo la colazione, nonostante l'antidolorifico, ha ancora dolori alla schiena. Vorrebbe alzarsi o almeno sedersi al bordo del letto. Prima della visita medica vorrebbe rinfrescarsi un po' e si chiede se deve suonare. Poi pensa che sarà aiutato e decide di aspettare ancora un po'. Dopo tutto non è l'unico di cui l'infermiera si deve occupare e non vuole disturbarla mentre sta facendo il cambio di turno. Gli ha assicurato che sarebbe tornata. Verso le 9.00 non sa più che posizione assumere. Non può più resistere e suona comunque. Arriva subito una OSS e gli chiede come lo può aiutare. "Vorrei alzarmi, stendere la schiena e rinfrescarmi", dice il signor H. La OSS gli assicura che lo riferirà all'infermiera responsabile poiché non può fare da sola la prima mobilizzazione. Però deve aspettare ancora un attimo perché l'infermiera sta cambiando la medicazione a un altro paziente. Dopo venti minuti, che al signor H. sembrano un'eternità, l'infermiera e l'OSS arrivano, si scusano e lo accompagnano in bagno per l'igiene. Appena iniziano bussano alla porta e arriva il medico per la visita. Chiede al signor H. di sospendere l'igiene e di mettersi a letto per poter auscultare la sua pancia.

Organizzazione proattiva

Ecco come si svolge una normale mattina in ospedale. Interruzioni, ritardi e tempi di attesa riguardano tutti: curanti, pazienti e medici. Questi fattori di disturbo sono logoranti e si ripercuotono sulla concentrazione e possono portare a commettere degli errori e compromettono la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti (Baethge & Rigotti, 2010). Ci si chiede quindi come si può migliorare la pianificazione della giornata e il coordinamento dei processi. Un'organizzazione focalizzata sul paziente dovrebbe considerarne la situazione e i bisogni. L'equipe curante deve valutare in modo professionale i rischi cui è esposto un paziente (decubitus, cadute, trombosi, polmonite, ecc.) e i dolori provocati dalla malattia e/o dalla terapia. Inoltre si devono stabilire in modo individuale con l'interessato quali sono i suoi bisogni. Questi ultimi devono essere rilevati preferibilmente prima che il paziente li esprima o chiami aiuto. Infatti, appena il campanello suona, si deve interrompere ciò che si sta facendo. Si tratta quindi di "fornire" ai pazienti le cure di cui necessitano prima che siano richieste. Nell'esempio presentato sopra, l'infermiera si è occupata del signor H., lo ha informato e gli ha offerto il sostegno necessario. Tuttavia non gli è stato spiegato come stabilire le priorità e dare una struttura alla sua situazione.

L'equipe curante deve valutare in modo professionale i rischi cui è esposto un paziente (decubitus, cadute, trombosi, polmonite, ecc.) e i dolori provocati dalla malattia e/o dalla terapia

Comunicare in modo strutturato

Per mettere in pratica il Lean Management nel nostro reparto utilizziamo lo standard delle "7P". Questo strumento permette di strutturare la comunicazione con il paziente, serve a evitare eventi indesiderati e promuove la sicurezza dei pazienti. Grazie alle 7P si trasmettono

Le 7 P

Persona	presentarsi come persona di riferimento e informare sul modello di visite a scadenza oraria
Piano	informare su appuntamenti per radiografie, visite ecc., chiarire gli atti infermieristici previsti durante la giornata e discuterli con il paziente
Priorità	chiedere e discutere con il paziente su ciò che per lui è importante e vorrebbe fosse fatto oggi
Igiene **P**ersonale	il paziente ha bisogno di essere aiutato per l'igiene? Deve andare in bagno?
Pain	valutazione del dolore con la scala da 1-10 e osservazione del paziente per rilevare segnali che rivelano la presenza di dolori
Posizione	posizione del paziente, accessibilità degli oggetti come bicchiere, telefono, luce, ecc.
Presenza	chiedere al paziente se ha ancora bisogno e informarlo che si torna al più tardi fra un'ora

L'impiego dello standard inizia alla mattina, con il primo contatto con il paziente e comprende tutte le 7P

informazioni importanti e si rilevano i bisogni che portano con maggiore frequenza il degente a suonare il campanello o ad avere ripercussioni negative. Lo standard è ripetuto ogni ora permettendo così di ottenere i migliori risultati per quanto riguarda la sicurezza, la qualità e la riduzione dello stress. Secondo Meade, Bursell & Ketelson (2006) controllando ogni ora si possono ridurre del 50% le cadute, del 14% i decubiti e del 38% le chiamate dei pazienti.
L'impiego dello standard inizia alla mattina, con il primo contatto con il paziente e comprende tutte le 7P. Le prime tre p servono a iniziare la giornata, nei controlli successivi si aggiungono le altre quattro P (vedi tabella).
Secondo Walker[1] lo scopo di una standardizzazione è ottenere un unico metodo di lavoro, che infonde sicurezza e fiducia al paziente e ai curanti e garantisce la sicurezza delle cure: la giusta prestazione al momento giusto, svolta dalla persona giusta. Inoltre gli standard servono a orientare il personale curante, mettendo in evidenza l'approccio corretto da assumere anche nell'affrontare imprevisti.

Esperienze con le 7P

Durante l'implementazione dello strumento abbiamo costatato che il personale infermieristico è piuttosto critico nei confronti delle standardizzazioni nella comunicazione. Associano questo tipo di comunicazione a un metodo di lavoro tecnico e inumano, che contrasta con il rispetto dell'individualità del paziente. Queste perplessità devono essere prese in seria considerazione.
In effetti è piuttosto inusuale presentarsi alla mattina al paziente e spiegargli il piano della giornata. Tuttavia, l'esperienza dimostra che le informazioni fornite rispondono ad alcune domande del paziente e lo aiutano a orientarsi. Nella terza fase si chiede al paziente quali sono le sue priorità per la giornata e gli si dà la possibilità di formulare le sue richieste. Ciò permette di stabilire la comunicazione e di focalizzarla sulle richieste, i problemi e le priorità del paziente e di porgli domande mirate. Ma se la giornata inizia con una domanda aperta, il paziente descrive tutti i suoi bisogni, richieste e insicurezze in una sola volta. Le priorità saranno strutturate e stabilite in un secondo tempo. In periodi di intenso lavoro e a seconda della situazione del paziente ciò può rivelarsi estremamente dispendioso e complesso.
Con le prime tre P l'infermiera può ovviare a questo problema, intervenendo sin dal mattino nella pianificazione della giornata. Se riesce a rilevare in modo professionale le richieste del paziente, l'infermiera crea le basi per una collaborazione basata sulla fiducia e infonde sicurezza, rendendo più rilassata tutta la gior-

1 Lean Hospital Management, 2015, p. 71-73/

nata. Le successive quattro P, che vengono utilizzate ogni ora, aiutano ad evitare diversi rischi potenziali.
In tal senso domande su "igiene **p**ersonale" e "**p**osizione" servono a prevenire le cadute. I pazienti cadono ad esempio perché vanno da soli alla toilette oppure non hanno gli occhiali a portata di mano e si alzano per andare a prenderli. Gli stessi pazienti affermano spesso di non suonare il campanello per non disturbare i curanti. Per questo ogni ora chiediamo se il paziente deve andare in bagno e se ha tutto quello che gli occorre nelle vicinanze.
Chiedere ogni ora al paziente se ha dolori ("**p**ain") migliora la qualità della relativa terapia. Grazie al riconoscimento precoce e alla somministrazione di farmaci di riserva si riduce al minimo il ricorso a iniezioni antidolorifiche. Siccome i curanti vedono il paziente a scadenza regolare, possono notare cambiamenti del suo stato e reagire prontamente. In tal modo si possono rilevare e prevenire situazioni problematiche più gravi.
La "presenza" viene segnata ogni ora prima di uscire dalla camera chiedendo al paziente se gli serve altro e informandolo che l'infermiera tornerà al più tardi entro un'ora. In questo modo il paziente suonerà il campanello solo se ha un'urgenza. Ciò permette di ridurre le interruzioni e le situazioni in cui si deve intervenire subito.
Alcune infermiere dubitano di riuscire a rispettare i loro impegni vincolanti. Ma questo metodo permette loro di pianificare e agire preventivamente. Se invece uscendo dalla camera dicono: "Suoni se ha bisogno", l'interruzione è quasi programmata.

Le 7 P usate in un esempio concreto

Ieri il signor H. ha subito l'asportazione della prostata a causa di un tumore. E`contento di avere alle spalle la prima notte perché dopo l'anestesia ha dovuto lottare contro la nausea e ci è voluto un po' prima che gli antidolorifici calmassero i dolori postoperatori. Essendo abituato a dormire sul fianco, ha fatto fatica a dormire a causa dell'inconsueta posizione supina. Per questo, si sente sollevato quando alle 7.30 l'infermiera entra in camera presentandosi e dicendogli che sarà lei la curante di riferimento. Gli spiega che il suo turno dura fino alle 16 e che passerà ogni ora. Poi passa alla pianificazione della giornata. Il signor H. potrà aggiungere ciò che ritiene importante. Lo informa che prima della colazione verrà effettuato un prelievo di sangue. Il medico passerà alle 9. Per oggi non è previsto altro. Assieme stabiliscono gli obiettivi terapeutici: alzarsi due volte, lavarsi al lavandino con l'aiuto di qualcuno e passeggiare in corridoio accompagnato. La colazione sarà servita fra 20 minuti, il pranzo arriverà verso le 11.30. Per domani può consultare il menu che gli porteranno nel pomeriggio. Poi l'infermiera chiede al signor H. che cosa è importante per oggi. Il paziente le parla della lunga notte nella posizione supina. Per questo verso mezzogiorno vorrebbe dormire ancora un po'. Al momento ha mal di schiena e vorrebbe potersi alzare subito. Inoltre, prima che passi il medico, vorrebbe rinfrescarsi. Queste sarebbero le cose più importanti.
L'infermiera chiede ragguagli sull'intensità dei dolori, che il paziente descrive con un 4 sulla relativa scala. Gli propone di aiutarlo a sedersi sul bordo del letto, ma dopo aver eseguito il prelievo e controllato i segni vitali. Potrà così fare colazione seduto e far riposare la schiena. Dopo la colazione, circa verso le 8.20 passerà con una OSS e lo accompagneranno al lavandino. La OSS lo aiuterà a lavarsi. Poi lo riaccompagneranno a letto, dove potrà riposarsi prima della visita medica. Dopo la visita vorrebbe discutere con lui quando e per quanto tempo vuole riposare e quando eventualmente avrebbe delle visite, per poter pianificare il resto della giornata.
Dopo il prelievo e le varie misurazioni, lo fa sedere sul bordo del letto, gli mette sul tavolo i medicamenti del mattino, compresi gli antidolorifici, e gli chiede se vuole avere altro a portata di mano, mentre controlla che abbia vicino a sé gli occhiali, il bicchiere con l'acqua e il telefono. Il signor H. vorrebbe avere

Archivio info-ASI

Alcune infermiere dubitano di riuscire a rispettare i loro impegni vincolanti. Ma questo metodo permette loro di pianificare e agire preventivamente

A seconda del paziente e della situazione questa procedura richiede qualche minuto in più

il suo libro sul comodino, per il resto ha tutto. Gli chiede se può fare altro per lui, ma dice che per il momento, così seduto, si sente molto meglio. L'infermiera ripone i suoi strumenti e riassume brevemente che fra circa mezz'ora tornerà con la OSS per vedere come vanno i dolori e per accompagnarlo in bagno. Mentre sta uscendo dalla camera, arriva la colazione.

Conclusione

A seconda del paziente e della situazione questa procedura richiede qualche minuto in più. L'insicurezza e l'acutizzarsi dei dolori del signor H. non incidono. L'OSS non deve interrompere il suo lavoro, non deve cercare un'infermiera e farle a sua volta interrompere ciò che sta facendo. Il tempo è così facilmente recuperato.

Per i curanti è difficile essere attendibili nei confronti del paziente a causa degli innumerevoli imprevisti e della dipendenza con altri gruppi professionali. Questo ostacolo non può essere completamente superato. Tuttavia, con una pianificazione preventiva, che comprende le attività previste e una certa flessibilità nell'agire, si può influenzare positivamente lo svolgimento della giornata. L'attendibilità non è solo una sfida, essa crea pure sicurezza, orientamento e struttura. Affinché la sicurezza del paziente e la qualità delle cure siano in primo piano, i processi devono orientarsi in base ai bisogni dei pazienti. La disponibilità di mettere in discussione e far progredire sé stessi e il proprio lavoro, standardizzandolo e orientandolo in modo coerente verso i bisogni del paziente è un viaggio interessante e stimolante. Ma vale la pena cambiare il proprio modo di pensare e adeguare il modo di lavorare, affinché si possa pianificare preventivamente e non si debba reagire in continuazione. Nel nostro reparto abbiamo fatto buone esperienze con le 7P e ogni volta che un paziente suona il campanello ci chiediamo se si sarebbe potuto evitare. ■

Archivio info-ASI

Letteratura:

Baethge A. & Rigotti T. Arbeitsunterbrechungen und Multitasking Projekt F 2220, Bundes-
anstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin/Dresden, 2010.

Walker D.(Hg.). Lean Hospital: Das Kranken-
haus der Zukunft. MWV, Berlin, 2015.

Meade C., Bursell A., Ketelsen L. Effects of nursing
rounds: on patients' call light use, satisfaction, and safety. American Journal of Nursing, 2006, 106. Jg., Nr. 9, S. 58–70.

* **Christina Gregor** è caporeparto di chirurgia presso l'ospedale universitario di Basilea. Il reparto lavora da 21/2 anni con il modello Lean Management.
Christina.Gregor@usb.ch

Terapie non farmacologiche con i pazienti anziani

Due esempi proposti dalla Fondazione Tusculum

Foto Fondazione Tusculum

Giuseppina Iona

Terapia del viaggio e/o trenoterapia

All'interno della Fondazione Tusculum di Arogno la Specialista in attivazione Giuseppina Iona in collaborazione con l'autore della Terapia del viaggio, dottor Cilesi, nel 2012, ha implementato questa terapia. La Terapia del Viaggio rientra negli interventi denominati Terapie non farmacologiche. Queste si prefiggono il benessere degli anziani stimolando ricordi, attenuando disturbi del comportamento, dando al contempo sensazioni piacevoli e gratificanti. Il progetto nasce dalla riflessione che per il malato d'Alzheimer l'ambiente chiuso viene percepito come uno spazio contenitivo che potenzia il distacco dalla realtà, rinforzando il desiderio di fuga. È importante, direi fondamentale, l'organizzazione dell'ambiente collegato ad una precisa metodologia. Ci sono disturbi comportamentali difficilmente gestibili all'interno di uno spazio. E spesso è proprio lo spazio chiuso e contenitivo che facilita il rinforzo dei BPSD (disturbi comportamentali). Questo accade quando si accentua il decadimento delle funzioni cognitive, il tutto collegato a difficoltà di riconoscimento della realtà vissuta. Con questa premessa si può comprendere quanto può essere importante creare una situazione strutturata ma virtuale che vada a rinforzare l'idea del viaggio. L'intervento terapeutico non farmacologico interviene positivamente sul comportamento, favorendo il rilassamento ed il benessere a lungo termine dell'anziano. La persona affetta da demenza ha all'attivo i canali affettivi ed emozionali e con questi può ovviare attraverso l'uso di questa terapia alle problematiche legate ai disturbi dati dalla malattia. Risultati attesi ed ottenuti: attenuare/contenere disturbi del comportamento; creare un setting adeguato per favorire la relazione; offrire una terapia alternativa a quella farmacologica all'interno della CpA; stimolare i soggetti con apatia; aiuto assistenziale per i caregiver diminuendo lo stress. In questo percorso virtuale è fondamentale considerare e validare la realtà che sta vivendo la persona, e spesso la sua realtà non corrisponde alla nostra. In questi percorsi di cura bisogna accompagnare la persona, e in questo caso accompagnare significa condividere, ascoltare, esser-

Spesso è proprio lo spazio chiuso e contenitivo che facilita il rinforzo dei BPSD (disturbi comportamentali)

ci. In uno spazio dedicato all'interno degli spazi della quotidianità, si posiziona un finto scompartimento con a lato un monitor che assume il ruolo di finestra virtuale. Dopo attenta valutazione in equipe delle problematiche comportamentali delle persone inseribili nel percorso virtuale; si effettua l'inserimento, ad orari stabiliti in relazione ai tempi di insorgenza dei disturbi.

Gli obiettivi prefissati sono la diminuzione degli stati di agitazione; diminuzione dei momenti di aggressività; diminuzione di disturbi comportamentali (es. wandering); facilitare i processi emozionali; stimolare l'attenzione; stimolare il dialogo e la capacità relazionale; e non ultimo facilitare il rilassamento.

La camera multisensoriale

La Fondazione Tusculum di Arogno, nel corso del 2018 amplia la struttura aprendo dei nuovi reparti specialistici: demenza e psichiatria, chiudendo invece la gestione della Luigi Rossi di Capolago.
Oltre alle novità in termine di "struttura", in questi anni la Fondazione ha cambiato la visione della presa a carico delle persone residenti nella casa, offrendo accompagnamenti alle varie patologie con innovative cure non farmacologiche.
Le demenze, ad esempio, nei nostri tempi sono sempre più in aumento. La malattia degenerativa che distrugge lentamente e progressivamente le cellule del cervello è causa anche di insorgenza di problematiche comportamentali del deterioramento della personalità e della vita di relazione, che divengono causa di stress per la famiglia ed il caregiver.
Nella presa a carico di queste patologie, accanto alle terapie farmacologiche, si affiancano le terapie non farmacologiche.
5 anni fa il Tusculum di Arogno implementa la terapia del viaggio (vedi p.12).
Nel 2016, alla Luigi Rossi di Capolago, viene implementata, dalla specialista in attivazione Caterina Mele, come suo lavoro di diploma, un'altra terapia non farmacologica: la camera sensoriale.
La camera sensoriale è atta a stimolare i sensi all'interno di un ambiente protetto, con l'utilizzo di suoni, profumi, immagini, cuori, oggetti, al fine di creare un contatto con il mondo interno dell'individuo, favorendo il

La Fondazione ha cambiato la visione della presa a carico delle persone residenti nella casa, offrendo accompagnamenti alle varie patologie con innovative cure non farmacologiche

Caterina Mele

Foto Fondazione Tusculum

rilassamento e quindi il benessere della persona.
La camera sensoriale nasce in Olanda negli anni '60 detta Snoezelen ("Snufelen" che significa esplorare e "doezelen" che significa rilassarsi) come intervento per i disabili. Negli anni '70 viene utilizzata come intervento mirato a diminuire gli effetti della deprivazione sensoriale. Negli anni '90 viene introdotta come intervento per le persone affette da demenza.
La tecnica fu elaborata da due olandesi: Jan Hulsegge e Ad Verheul.
È un'attività che stimola i sensi in maniera diretta, gli stimoli non sono obbligatoriamente sequenziali, ma possono essere sperimentati momento per momento, senza dover ricorrere alla memoria a breve termine, quindi non richiede abilità cognitive e intellettuali nei pazienti.
L'individuo all'interno della camera sensoriale non viene stressato, è libero di scegliere e le sue necessità sono messe in primo piano. L'accompagnamento dell'operatore è sicuramente ematico.
La stimolazione multisensoriale induce una migliore interazione tra residenti, famiglia e caregiver.
All'interno della camera sensoriale l'individuo si rilassa, esplora, grazie alla musica e agli oggetti che possono essere anche personali, ricorda il proprio vissuto. In questo stato di relax riduce e previene i comportamenti oppositivi e aggressivi.
A Capolago nella camera sensoriale sono stati inseriti un letto vibroacustico, tubo a bolle, fibre ottiche e luci colorate; negli ultimi mesi la sperimentazione si è rivolta anche a pazienti con patologie psichiatriche. Per oggetti e stimoli personalizzati sulla persona la specialista in attivazione struttura e prepara l'intervento attingendo alla storia di vita del residente. ■

L'individuo all'interno della camera sensoriale non viene stressato, è libero di scegliere e le sue necessità sono messe in primo piano

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 avrà luogo il 22.03.2018

di Véronique Dayan

Milioni di farfalle

"Milioni di farfalle" è la storia vissuta e narrata dal Dottor Eben Alexander, medico diplomato ad Harvard e professore alla Medical School della stessa università, uomo di scienza, con una lunga esperienza come neurochirurgo e che ha vissuto in prima persona un'esperienza ai confini della vita. Prima di questo avvenimento era in grado di spiegare tutti i meandri della funzionalità cerebrale basandosi sulla verità scientifica. Non ha mai creduto alla vita dopo la morte. Eppure è toccato proprio a lui esserne il testimone.
Nel 2008, dopo aver contratto una rara forma di infezione causata dal batterio Escherichia Coli che gli provoca una grave forma di meningite batterica, nel giro di poche ore entra in coma. La prognosi, così come nella maggioranza di casi simili, è letale e anche in caso di un'ipotetica ripresa, viene esclusa la possibilità di un pieno recupero delle funzionalità neurologiche.
Eben Alexander ha così trascorso 7 giorni in coma, monitorato continuamente con le tecnologie più avanzate in campo neurochirurgico. Tuttavia, con l'avanzare dei giorni, non viene registrata più alcuna attività cerebrale.
È durante questo periodo che il Dott. Alexander ha sperimentato un'esperienza ai confini della morte, una "pre-morte" (NDE - Near-Death Experience). Oggi queste esperienze, vissute da molte persone, vengono ampiamente studiate per poter dare prove e spiegazioni scientifiche.
"Mi trovavo in un mondo di nuvole. Grandi nuvole gonfie, bianche e rosa, che si stagliavano nette contro il cielo di un blu profondo" accompagnato da una fanciulla sulle ali di una farfalla "in realtà, eravamo circondati da milioni di farfalle" "come un fiume di vita e colori che si muoveva nell'aria". Queste sono alcune parole usate da Eben Alexander per descrivere il suo viaggio nell'Infinito spirituale dell'Esistenza e che gli cambierà la vita. "L'amore incondizionato e lo spirito di accettazione che ho conosciuto durante il mio viaggio sono la scoperta più straordinaria che io abbia mai fatto".
Al suo risveglio il dottor Alexander è un uomo diverso, costretto a rivedere le sue posizioni profondamente razionali sulla vita e sulla morte: esiste una vita oltre la vita, esiste il Paradiso ed è un luogo d'amore e meraviglia. "Milioni di farfalle" è la testimonianza di questa incredibile esperienza.
È un libro che porta alla riflessione, in grado di mettere in discussione anche il più scettico dei lettori. Caldamente consigliato a tutti i curanti che quotidianamente si confrontano con avvenimenti che riguardano i confini della vita terrena. ■

Informazioni

Sezione Ticino
SBK ASI

VACANZE DI NATALE

L'ufficio è chiuso dal 22.12.2017 al 07.01.2018

Apertura 08.01.2018

© Kati Molin - Fotolia

Calendario attività ASI_SBK sezione Ticino

CORSI – CONFERENZE – ATELIER – ASSEMBLEE **FEBBRAIO - APRILE 2018**

DATA	CORSO	TERMINE ISCRIZIONE	ANIMATORE	PARTECIPANTI	LUOGO
19 FEBBRAIO 2018	MANGIARE E BERE IN CURE PALLIATIVE	17.01.2018	VERONICA ALOISIO CARLOTTA STANGLINI SILVIA WALTHER VERI	infermieri	Manno
20 FEBBRAIO 2018	RIFLESSOLOGIA DEL PIEDE: RIPASSO	17.01.2018	ANTONIO MAGLIO	operatori ramo sanitario con formazione base in riflessologia che hanno partecipato al corso "Riflessologia del piede"	Bellinzona
22 – 23 FEBBRAIO 2018	DISAGIO E DEPRESSIONE DELL'ETÀ AVANZATA	22.01.2018	VINCENZO SANTORO	operatori ramo socio-sanitario	Novazzano
26 FEBBRAIO 2018	NUOVE CRONICITÀ	24.01.2018	MAURO REALINI	infermieri assistenti geriatrici operatori sociosanitari	Chiasso
27 – 28 FEBBRAIO 2018	RUOLO E IMPLICAZIONI DELLA DIMENSIONE INCONSCIA NELLE ORGANIZZAZIONI SOCIOSANITARIE	24.01.2018	MARIANO CAVOLO	aperto a tutti	Lugano
5 MARZO 2018	ESSERE VICINI ED ACCOMPAGNARE LA PERSONA DURANTE IL FINIRE DELLA VITA	05.02.2018	MICHELA TOMASONI ORTELLI	personale ausiliario	Bellinzona
7 MARZO 2018	PIEDE DIABETICO: COME E QUANDO TRATTARLO	05.02.2018	ELISABETTA MAGGINI	infermieri	Bellinzona
8 – 9 MARZO 2018	LA COMUNICAZIONE NELLE RELAZIONI DI CURA	05.02.2018	BARBARA SANGIOVANNI	operatori ramo sanitario	Chiasso
12 MARZO 2018	APPROCCIO AL PAZIENTE AFFETTO DA ALZHEIMER	12.02.2018	LAURA CANDUCI	infermieri	Manno
14 MARZO 2018	CORSO BASE DI ELETTROCARDIOGRAFIA	12.02.2018	SERGIO CALZARI	infermieri operatori sociosanitari	Manno
16 MARZO 2018	UNO SGUARDO SUL FENOMENO CHIAMATO RESILIENZA, OVVERO LA FORZA D'ANIMO CHE CI PUÒ PERMETTERE DI AFFRONTARE LE AVVERSITÀ DELLA VITA	14.02.2018	ALFREDO BODEO	operatori ramo socio-sanitario	Savosa
22 – 23 MARZO 2018	INTELLIGENZA EMOTIVA: LA RAZIONALITÀ AL COSPETTO DELL'EMOZIONE. SCONTRO O SFIDA FRA RAGIONAMENTO LOGICO E GESTIONE DELLE PULSIONI EMOTIVE	19.02.2018	VINCENZO SANTORO	operatori ramo socio-sanitario	Mendrisio
26 MARZO 2018	IGIENE ORALE NELLE CURE – SECONDO LIVELLO	26.02.2018	MILENA SCARONI	operatori ramo sanitario che hanno seguito il primo livello	Chiasso
27 MARZO 2018	COSA FA BENE ALLA SALUTE: ALIMENTAZIONE NELLA SECONDA METÀ DELLA VITA	26.02.2018	BARBARA RICHLI	aperto a tutti	Manno
9 – 10 APRILE 2018	SCENE DI LEADERSHIP – COME IL CINEMA AIUTA AD ESSERE LEADER	07.03.2018	MARIANO CAVOLO	aperto a tutti	Savosa
11 APRILE 2018	LA FARMACOTERAPIA NEL PAZIENTE ANZIANO	07.03.2018	MARCO BISSIG	infermieri	Manno
12 – 13 APRILE 2018	IL MASSAGGIO ZONALE RIFLESSO DEL PIEDE E LA CIRCOLAZIONE LINFATICA	12.03.2018	ANTONIO MAGLIO	operatori ramo sanitario con formazione base in riflessologia	Bellinzona
13 APRILE 2018	CURA ENTERO – UROSTOMIE	12.03.2018	GIOVANNA ELIA	infermieri assistenti geriatrici	Lugano
16 APRILE 2018	LA CURA DEI CURANTI	14.03.2018	ANDREA BORDONI LORENZO DORICI	operatori ramo socio-sanitario	Manno
18 APRILE 2018	QUANDO L'ALIMENTAZIONE DIVENTA DECISIVA	14.03.2018	BARBARA RICHLI	operatori ramo sanitario	Bellinzona
19 – 26 APRILE 2018 3 MAGGIO 2018	FITOTERAPIA E ALTRE TECNICHE COMPLEMENTARI ALLE CURE	15.03.2018	LILIA NODARI CEREDA	operatori ramo sanitario	Nerocco
20 APRILE 2018	COME GESTIRE ED ELABORARE LE PERDITE CHE LA VITA SPESSO CI IMPONE: SEPARAZIONI, INCIDENTI, MALATTIE...	20.03.2018	ALFREDO BODEO	operatori ramo socio-sanitario	Lugano
24 APRILE 2018	BLS-DAE® SRC DEFIBRILLAZIONE AUTOMATICA ESTERNA	21.03.2018	formatori BLS DAE	infermieri	Lugano
APRILE 2018	GESTIRE LA RABBIA: CAPIRE E TRATTARE UN'EMOZIONE VIOLENTA E TRAVOLGENTE	26.03.2018	VINCENZO SANTORO	operatori ramo socio-sanitario	Novazzano
30 APRILE 2018	MALTRATTAMENTO, COERCIZIONE E BIENTRAITANCE	28.03.2018	MAURO REALINI	infermiere/i operatori sociosanitari aiuto infermieri operanti in case anziani, istituzioni sociosanitarie, servizi aiuto domiciliare	Chiasso

Sezione Ticino SBK ASI

EDUQUA SCEF 034

ISCRIZIONI www.asiticino.ch/formazione/iscrizione-ai-corsi-asi/
INFORMAZIONI Segretariato ASI-SBK Sezione Ticino via Simen 8 – 6830 Chiasso
TEL. 091/682 29 31 Fax 091/682 29 32 segretariato@asiticino.ch
www.asiticino.ch
DETTAGLIO DEI CORSI www.asiticino.ch/formazione/programma-corsi/