

Cronaca regionale:
La psicosintesi come sviluppo

Approfondimenti:
L'isolamento ospedaliero,
non solo una questione fisica...

Assistenza e cura a domicilio in Ticino:

analisi quantitativa
del grado di soddisfazione
degli infermieri rispetto
all'utilizzo del sistema RAI-HC®





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

Allegato alla rivista
"Cure infermieristiche" 12/15

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
Laura Simoni
Michela Tomasoni

Supervisione

Pia Bagnaschi

Grafica e stampa

Arti grafiche Veladini, Lugano
www.veladini.ch

Da diversi anni, il comitato ASI-SBK sezione Ticino offre un premio di 300.- a chi partecipa ad arricchire la copertina del numero natalizio della rivista. Quest'anno la redazione ha chiesto alla Fondazione Case Anziani Aranda di Giubiasco, gli ospiti della casa hanno prodotto l'albero in pannolenci fotografato da Athos Gasparoli, ergoterapista.

VACANZE NATALE

L'ufficio è chiuso
dal 23.12.2015 al 06.01.2016
Apertura il 07.01.2016

SOMMARIO

Dicembre 2015 - n. 4

3 Editoriale

Cronaca regionale

4 Assistenza e cura a domicilio in Ticino:
analisi quantitativa del grado di soddisfazione
degli infermieri rispetto all'utilizzo del sistema RAI-HC®
(Veronique Dayan)

8 La psicosintesi come sviluppo.
Le nostre difficoltà, fonti di trasformazioni (Franck Lesueur)

Approfondimenti

10 L'isolamento ospedaliero, non solo una questione fisica...
(Clio Gabella)

13 L'affitto e altri racconti. Il mare (Dario Alaimo)

Invito alla lettura

15 Compassione. Storia di un sentimento

Informazioni

7 Comunicato Congresso primaverile ASI-SBK

12 Comunicato Corso di reinserimento

15 Comunicato cambio di categoria
Comunicato giornata di studio, dicembre 2015

Agenda

16 Calendario corsi

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:
<http://www.asiticino.ch/index.php?id=96>

Arrivederci!



Con questo editoriale di dicembre chiudo 10 anni come responsabile di redazione nel gruppo di lavoro Infoasi Ticino. Anni ricchi di apprendimenti che, ogni 3 mesi, hanno visto la nascita di un nuovo numero. Parlo di nascita proprio perché ogni volta, dalla ricerca di articoli e foto interessanti alla verifica di documentazione, dai contatti con colleghi alle relazioni con i professionisti della stampa, è stata un'avventura, una creazione appassionante. L'abitudine o la routine non mi hanno mai "abitata". A ogni numero la prima bozza mi ha colto meravigliata davanti alla costruzione delle pagine e all'insieme delle idee germogliate poc'anzi. La struttura iniziava a stare in piedi, l'equilibrio si raggiungeva poco a poco man mano che le bozze arrivavano dalla tipografia, fino a giungere alla versione definitiva sperando ogni volta che potesse suscitare l'interesse di voi lettori. Scrivendo l'editoriale, e in particolare questo, mi sono spesso immaginata la reazione di lettori abitudinali, e un gruppo di "fedeli" che mi ha sovente dato un feed back e incoraggiata a proseguire.

Non ho quasi mai riletto, una volta pubblicato, quanto scritto, forse per timore di non essere stata all'altezza, la scrittura non è la mia professione.... Avete mai provato a scrivere pensieri o esperienze da condividere con persone che non conoscerete mai? Molte volte l'angoscia della pagina bianca, ancora vuota, mi ha preso d'assalto, poi, man mano che le parole hanno potuto susseguirsi sulla carta, l'entusiasmo per un'idea e la voglia di condividere con voi o suscitare interesse per un tema, stuzzicare la vostra curiosità, hanno preso il sopravvento e l'ispirazione è giunta al momento giusto! Scrivere è un modo per riflettere, approfondire, conservare, e rispecchiare a se stessi le proprie esperienze: posso solamente incoraggiare ognuno a condividere il proprio vissuto professionale per arricchire il ramo infermieristico!

Ora, vi scrivo da una spiaggia quasi deserta, di fronte ad un mare color turchese, un pensiero natalizio per ringraziarvi per la vostra fedeltà, e per augurare a tutti voi una splendida continuazione, seguendo le vostre aspirazioni, riconoscendo le vostre emozioni con passione ed entusiasmo. Riconoscendo pure, come lo descrive Roberto Assagioli fondatore della psicosintesi, i diversi ruoli che siamo chiamati ad assumere nella vita senza perdere il legame con se stessi. L'uomo completo è teso alla sua propria realizzazione lungo un percorso esistenziale che non ha sostanzialmente mai fine. Assagioli disse, usando una metafora tra corpo e mente: "Noi siamo come una ninfea: la sua bellezza e il suo profumo sono alla luce del sole, e sotto la superficie le sue radici sono emerse nel fango. Il fango non è sporco e brutto, è invece una sostanza viva e fertile, collegata intimamente con il fiore, e, senza il fango, la ninfea non potrebbe mai vivere e svilupparsi".

Disse pure che la bellezza ci guarisce, ci cambia, ci educa.

Con queste parole, vi saluto augurandovi un sereno Natale e un felice anno nuovo, con la scoperta di infinite bellezze. Tutto sommato ne siamo davvero circondati, basta saperle vedere, magari anche solamente con il cuore.

E chissà, forse ci ritroveremo presto!

Buona lettura!
Isabelle Avosti

Assistenza e cura a domicilio in Ticino:

analisi quantitativa del grado di soddisfazione degli infermieri rispetto all'utilizzo del sistema RAI-HC®

Introduzione

Grazie all'utilizzo del sistema RAI-HC® com'è cambiata la presa a carico dei pazienti?

È sufficiente la quantità di ore dedicate alla formazione di base per l'utilizzo del RAI-HC®? Il sistema RAI-HC® viene giudicato utile per il lavoro che svolgono gli infermieri?

In Ticino, da quanto tempo e con quale frequenza viene utilizzato il sistema RAI-HC®?

In relazione all'utilizzo di questo strumento, com'è cambiata l'organizzazione del lavoro, la relazione con il paziente, il carico di lavoro, la capacità di valutare i problemi del paziente?

Queste sono solo alcune domande che sono state sottoposte, tramite un questionario anonimo, a un campione di 36 infermieri che lavorano presso 11 servizi di aiuto e cura a domicilio privati (OACD) e pubblici (SACD) in Ticino.

Il RAI-HC® Svizzera (Resident Assessment Instrument - Home-Care®, versione adattata e introdotta nell'ambito delle cure a domicilio in Svizzera nel 2003) è un sistema informatizzato di terza generazione creato per eseguire una valutazione multidimensionale (VMD) e standardizzata *"dei bisogni, delle risorse e dei desideri degli utenti anziani nel contesto delle cure extra-ospedaliere"*. La versione RAI-HC® Svizzera 2.0 utilizzata attualmente è disponibile dalla primavera 2010.

Contesto

Oltre alla necessità di dover controllare i costi, per poter offrire dei servizi di qualità e soddisfare le richieste di sostegno e cura per favorire la permanenza al domicilio di una popolazione anziana in costante aumento, gli attori del sistema sanitario devono attuare un costante investimento (economico, politico e organizzativo). La validità, l'affidabilità e la praticità del sistema RAI sono stati dimostrati in numerosi studi internazionali. Per questo motivo, anche in Svizzera e in Ticino il suo utilizzo è diventato un criterio indispensabile richiesto ai servizi per garantire un'erogazione di cure di qualità e per ottenere i riconoscimenti e i finanziamenti pubblici.

Valutazione Multidimensionale dell'anziano e utilizzo del RAI-HC®

La valutazione dell'anziano implica una visione olistica centrata sulla persona e include diverse sfere (sfera biologica, sociale, psicologica e culturale) interconnesse e influenzabili

a vicenda, dove i parametri clinici, psicologici e i dati socio-culturali devono essere misurati oggettivamente con l'aiuto di scale specifiche per ogni sfera. Questo approccio viene definito come un processo diagnostico multidimensionale dove gli obiettivi delle cure vogliono favorire la guarigione per mantenere l'autosufficienza e garantire la qualità di vita della persona anziana.

Attualmente, gli strumenti di seconda e terza generazione per la valutazione multidimensionale permettono, grazie a specifici algoritmi elaborati elettronicamente e utilizzando un linguaggio comune e standardizzato, di valutare l'anziano in maniera più globale e specifica in relazione al suo luogo di vita. Questo per capire e identificare le cause dei problemi da prendere in considerazione per elaborare un piano di assistenza individualizzato assicurando una comprensione identica del piano di cura da parte di tutti i componenti del servizio che devono prestare le cure a un determinato cliente. Si cerca così di risolvere il problema della frammentazione (visione a compartimenti stagni del processo diagnostico) che la medicina superspecialistica ha innescato nel tempo.

Grazie a questi strumenti, è diventato possibile creare delle banche dati a scopo scientifico o statistico, confrontare le esperienze di presa a carico tra nazioni, avere degli strumenti di valutazione con linguaggi compatibili tra loro che permettono di ottimizzare la qualità dei processi e garantire la soddisfazione del cliente.

Anche a livello svizzero, con una banca dati centralizzata chiamata "Home Care Data", l'ASSASD (Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio) ha commissionato uno studio pubblicato nel 2008 dove sono stati definiti 19 indicatori di qualità che permettono di misurare e confrontare la qualità delle prestazioni erogate.

La compilazione del modulo MDS (Minimum Data Set) per una prima valutazione del paziente e le periodiche rivalutazioni successive, la pianificazione degli interventi e la determinazione dei bisogni a partire dall'elenco delle prestazioni (cioè la stesura di un piano di cura) sono interventi che richiedono tempo e competenza professionale. In tal senso in Ticino, gli infermieri sono tenuti a seguire una formazione specifica per poter utilizzare il sistema RAI-HC®.

di Veronique Dayan*



Il testo che segue fa riferimento al lavoro di tesi dal titolo "Assistenza e cura a domicilio in Ticino: analisi quantitativa del grado di soddisfazione degli infermieri rispetto all'utilizzo del sistema RAI-HC", elaborato nell'inverno 2014 per ottenere il titolo di Bachelor in cure infermieristiche.

Il RAI-HC® è un sistema informatizzato di terza generazione che permette una valutazione multidimensionale e standardizzata di bisogni, risorse e desideri di utenti anziani



© Splix Serie 09

Un buon livello organizzativo da parte del servizio, alcuni sforzi iniziali e una buona motivazione dei professionisti permette una migliore implementazione di questo strumento

L'implementazione del sistema RAI-HC® nei servizi è determinante e richiede un tempo considerevole. Un buon livello organizzativo da parte del servizio, alcuni sforzi iniziali e una buona motivazione dei professionisti permette una migliore implementazione di questo strumento nella pratica quotidiana, dove gli effetti positivi del suo utilizzo si possono notare soprattutto a lungo termine e sono direttamente correlati a migliori esiti nella presa a carico dei pazienti.

Inoltre una migliore implementazione del RAI-HC® permette di sviluppare nuove competenze cliniche, di migliorare la realizzazione di piani di cura appropriati e aggiornati, con interventi specifici fatti su misura dei reali bisogni dell'utente oltre a garantire un utilizzo razionale delle risorse e un contenimento dei costi. Secondo uno studio condotto in Germania, i clienti vengono ricoverati meno frequentemente in ospedale e alcuni parametri utilizzati come indicatori di qualità (abilità funzionali e cognitive, qualità di vita) possono migliorare grazie all'utilizzo "intensivo" del sistema RAI-HC®. Tuttavia, per migliorare la qualità delle cure fornite ai clienti, il numero di pazienti attribuiti agli infermieri, le regolari riunioni d'équipe, il coinvolgimento dei caregivers, un approccio multidisciplinare e la formazione del personale sono altri aspetti organizzativi da valutare e ottimizzare.

Soddisfazione lavorativa

La soddisfazione lavorativa viene definita come un sentimento positivo che le persone hanno per il loro lavoro ed è un forte fattore predittivo per la ritenzione lavorativa degli infermieri. In ambito domiciliare, le variabili che influenzano la soddisfazione sono in parte diverse da quelle che vengono osservate in ambito istituzionale.

Secondo la teoria elaborata da Leslie Neal-Boylan nel 2006, gli infermieri a domicilio devono raggiungere un buon livello di autonomia per avere successo in questo ambito lavorativo. Maggiore sarà il successo, e quindi anche la soddisfazione per il loro lavoro, maggiore sarà la determinazione per conservare quel posto di lavoro. Il raggiungimento dell'autonomia richiede 2 o 3 anni di assestamento dove gli infermieri devono sapersi adattare, essere flessibili, saper lavorare in un ambiente lavorativo non strutturato (come invece può essere un ospedale o altro istituto) ma che favorisce questo processo evolutivo. Quando gli infermieri hanno il sentimento che la loro autonomia viene ridotta o compromessa, questo influenza fortemente l'intenzione di lasciare o cambiare il posto di lavoro.

Gli studi condotti nell'ambito delle cure a domicilio mettono in evidenza che per sviluppare il concetto di fidelizzazione e soddisfazione del personale è importante considerare

il loro punto di vista, coinvolgendo maggiormente gli infermieri nelle attività decisionali (decision-making) del servizio.

I seguenti fattori possono influenzare negativamente la soddisfazione lavorativa in ambito domiciliare: una cattiva relazione con i medici o con la leadership del servizio, indennità o rimborsi inadeguati, situazioni cliniche mai incontrate prima, qualsiasi problema che impedisce di prendersi cura del paziente in maniera adeguata, l'abbondante burocrazia, le numerose procedure imposte dal servizio e il frequente cambiamento dei processi o dei ruoli per esigenze organizzative, l'incapacità di gestire lo stress e il carico di lavoro.

Risultati della ricerca

Il campione preso in considerazione per questa ricerca è composto prevalentemente da infermiere donne svizzere che hanno in media 41 anni di età e un impiego soprattutto a tempo parziale. Tuttavia, anche gli uomini, che hanno in media 42 anni, rappresentano una buona parte del campione e tra loro prevale un impiego a tempo pieno. In Ticino il RAI-HC® è utilizzato in media da circa 2 anni e 4 mesi e chi lo utilizza ha un'esperienza lavorativa di circa 4 anni nel servizio dove lavora, spesso ha almeno una specializzazione alle spalle oltre alla formazione di base dove gestione sanitaria per gli uomini e salute mentale o cura delle ferite per le donne sono quelle svolte con maggior frequenza. Il lavoro in ambito domiciliare rappresenta sempre un'esperienza lavorativa successiva a un altro impiego e tra questi, il lavoro in ospedale è la professione svolta con maggior frequenza.

Dai risultati ottenuti, tutti i partecipanti che lavorano per un servizio pubblico (SACD) hanno seguito la formazione di base per l'utilizzo del RAI-HC® e sembrano essere globalmente leggermente più soddisfatti di questo strumento rispetto a chi lavora per un servizio privato (OACD), dove si trova la piccola percentuale di partecipanti che non ha seguito la formazione. Tuttavia, la formazione proposta per l'utilizzo del RAI-HC® soddisfa bene le aspettative di tutti i partecipanti. In generale, il RAI-HC® viene considerato uno strumento utile nel loro lavoro e aiuta a realizzare i piani di cura, anche se il tempo a disposizione per eseguire una valutazione e preparare il piano di cura è considerato poco sufficiente, insufficiente o totalmente insufficiente dal 64% dei partecipanti (dove il 57% di loro riporta anche un peggioramento del carico di lavoro e dello stress) contro il 36% che lo considera ampiamente sufficiente o sufficiente. Inoltre il suo utilizzo ha migliorato soprattutto l'organizzazione del lavoro, la presa a carico e la capacità

di valutare i problemi del paziente così come la sicurezza personale degli infermieri e la relazione con il paziente.

Si nota che in alcuni servizi la creazione di figure professionali specializzate per eseguire una valutazione RAI-HC® (team valutatori e capo equipe) e il fatto di avere una specializzazione oltre la formazione di base sembrano essere fattori che favoriscono l'autonomia e l'organizzazione del lavoro di questi infermieri.

Per tutti i partecipanti, ma in particolare per gli uomini, gli aspetti peggiorati con più evidenza in relazione all'utilizzo del RAI-HC® sono lo stress e il carico di lavoro.

Conclusioni

Nel campione preso in considerazione, l'utilizzo del RAI-HC® nei servizi domiciliari del Ticino soddisfa gli infermieri, con un parere generale positivo leggermente più alto per quelli che lavorano per i servizi pubblici (SACD). La presa a carico del paziente, l'organizzazione del lavoro, la capacità di valutare i problemi del paziente e l'aiuto che fornisce questo strumento per realizzare i piani di cura sono gli aspetti che sembrano essere migliorati maggiormente grazie al suo utilizzo. Tuttavia, si nota un generale aumento del carico di lavoro e quindi un peggioramento dello stress da parte del personale infermieristico. Ciò rischia di avere ripercussioni negative sulla qualità delle cure percepite dai pazienti. Per questo motivo, come riportato dalla letteratura consultata, andrebbe dedicato un tempo sufficiente per eseguire le valutazioni, considerando la persona che necessita di una valutazione multidimensionale come un essere umano unico ed evitando di far diventare il processo di valutazione un semplice compito di routine da dover eseguire. La formazione del personale e il tempo considerevole necessario per un'implementazione che permette di far emergere gli effetti positivi a lungo termine sono quindi fattori chiave per sfruttare in pieno le potenzialità di questo strumento e favorire la motivazione e la soddisfazione del personale che lo deve utilizzare.

Inoltre i programmi dei corsi rivolti alla formazione del personale sanitario (infermieri, ma anche operatori socio-sanitari e aiuti familiari) potrebbero comprendere qualche ora di lezione rivolta all'utilizzo del RAI-HC® dato che la valutazione multidimensionale del paziente anziano fragile viene eseguita in diversi contesti di cura, non solo a domicilio. Avere una base formativa rispetto all'utilizzo di uno strumento ritenuto a livello internazionale capace di sviluppare ulteriori competenze cliniche e valutative potrebbe quindi essere di grande utilità nel futuro lavoro delle giovani leve.

**In generale,
il RAI-HC® viene
considerato uno
strumento utile
nel loro lavoro
e aiuta a realizzare
i piani di cura**

Bibliografia

ASSASD. Association suisse des services d'aide et de soins à domicile. 2003. Pour spécialistes - Dossiers - Arguments en faveur du RAI-Domicile Suisse.

<http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/0CDC636B60/F8C925A718.pdf> (09.09.2013)

Ellenbecker, C. H. and M. Cushman. 2012. Home healthcare nurse retention and patient outcome model: discussion and model development. *Journal of Advanced Nursing* 68(8): 1881-1893.

Mongardi, M. 2010. L'assistenza all'anziano - ospedale, territorio, domicilio - ECM, Milano: McGraw-Hill Companies.

Monod, S., T. Hongler, T. Castelli, P. Clivaz-Luchez, and C. Büla. 2011. Le Resident Assessment Instrument-Home-Care (RAI-Domicile): ce que le médecin de premier recours doit savoir. *Gérontologie* 316(40): 2176-2183.

Morris, J. N., B. E. Fries, R. Bernabei, K. Steel et al. 1999. Manuale RAI-Home-Care© Svizzera. Lingua italiana. RAI-HC valutazione dell'utente, RAI-HC economia domestica e RAI-HC catalogo delle prestazioni, San Gallo: Q-Sys AG.

Stolle, C., A. Wolter, G. Roth, and H. Rothgang. 2014. Improving health status and reduction of institutionalization in long-term care-effects of the Resident Assessment Instrument-Home Care by degree of implementation. *International Journal of Nursing Practice*: n/a-n/a.

Tourangeau, A., E. Patterson, A. Rowe, M. Saari, H. Thomson, G. MacDonald, L. Cranley, and M. Squires. 2013. Factors influencing home care nurse intention to remain employed. *Journal of Nursing Management*: n/a-n/a.

Tummers, L. G., S. M. Groeneveld, and M. Lankhaar. 2013. Why do nurses intend to leave their organization? A large-scale analysis in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12): 2826-2838.

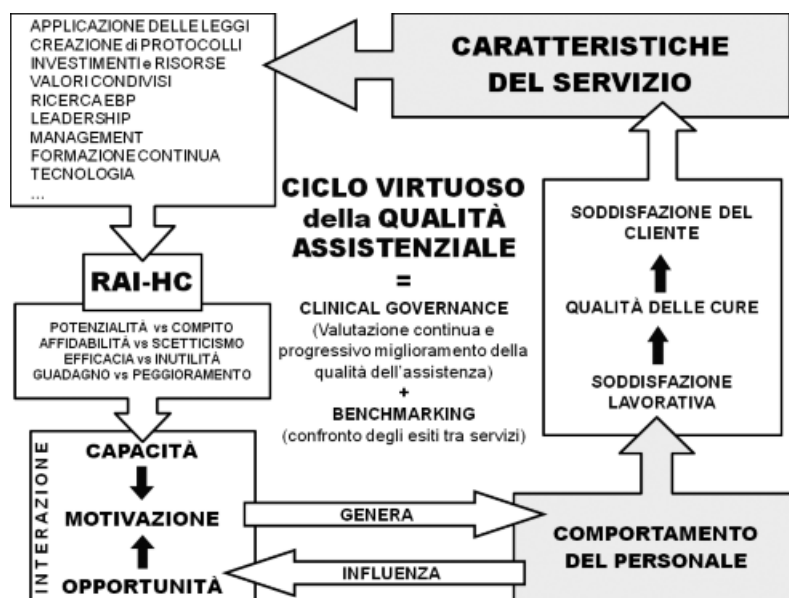


Grafico 1: V. Dayan: circolo virtuoso della qualità assistenziale

Infine si vuole proporre un'idea per l'implementazione della pratica in questo ambito con un grafico che mette in evidenza quali condizioni/caratteristiche individuali e ambientali devono essere presenti per ottenere un cambiamento positivo e attuare dei programmi innovativi.

Tuttavia, è impossibile ottenere dei risultati qualitativamente alti senza che il personale che utilizza il RAI abbia anche alla base delle buone competenze e conoscenze oltre a un comportamento adeguato. Perché tutto il processo possa garantire una qualità assistenziale ottimale, al centro dei valori e del lavoro degli infermieri deve esserci il paziente con le sue preferenze e le sue scelte.

Tutti gli elementi del **Grafico 1** fanno quindi parte di un unico processo/sistema chiamato "Circolo virtuoso della qualità assistenziale" dove ogni intervento eseguito su un singolo componente può avere ripercussioni (positive o negative) su altri singoli componenti o sull'insieme del sistema. Il modello proposto mette in evidenza due concetti chiave dinamici e in continua evoluzione (le caratteristiche del servizio e il comportamento del personale) sui quali poter intervenire.

***Veronique Dayan:** Infermiera SUPSI dal 2014.

Salva la data

Martedì 5 aprile 14.00 - 17.15

L'ASI-SBK sezione Ticino in collaborazione con l'Associazione dei Direttori delle Case per Anziani della Svizzera Italiana organizza il congresso primaverile:

Il Ticino delle case anziani: sfide, problemi, prospettive

Informazioni: segretariato ASI Ticino Chiasso T. + 41 91 6822931

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 5 Aprile 2016

La psicosintesi come sviluppo Le nostre difficoltà, fonti di trasformazioni

di Franck Lesueur*

Le peripezie che la vita ci riserva sono esperienze destabilizzanti che ci obbligano a sviluppare nuove strategie. Questo ci offre l'opportunità di scoprire un'altra parte di noi stessi. Come riuscirci e con che mezzi? La psicosintesi è una disciplina psicologica che risponde a questo bisogno di cambiamento.

Franck Lesueur



A traversando periodi di stress e di angoscia, che ci mettono in agitazione o ci abbattono, abbiamo l'impressione di essere gli unici a esservi confrontati. Tuttavia, questa è l'occasione per sviluppare una nuova consapevolezza di noi stessi, che J. Rifkin definisce "drammaturgica". Questa prospettiva lascia pensare che ognuno vive la propria esistenza assumendo una moltitudine di ruoli, di personalità, fino a perdere il legame con sé stessi. Il mondo intero è diventato un teatro in cui ognuno svolge i ruoli che gli permettono di superare le barriere di classe sociale o professionale. Ognuno può, in una stessa giornata, avendo accesso a tutti gli attributi necessari, identificarsi successivamente con un avventuriero

nell'ambito umanitario, con un imprenditore competitivo, un padre modello, uno sportivo maratoneta e un amante romantico, pur avendo la sensazione che gli "manchi qualcosa". Nel nostro ambiente e nelle nostre vite tutto cambia molto velocemente. Questa "consapevolezza drammaturgica" comporta la costante necessità di elaborare progetti per sentirsi vivi e rimanere competitivi. L'attivismo ne è una conseguenza. Diventiamo delle personalità frattali che cambiano e si adattano in continuazione. Fino al giorno in cui un evento ci porta a una rimessa in discussione esistenziale e alla necessità di ristabilire un legame con sé stessi. Ciò origina crisi esistenziali croniche che non si limitano più a quelle dell'adolescenza o del-

**Questa
"consapevolezza
drammaturgica"
comporta la
costante necessità
di elaborare
progetti per sentirsi
vivi e rimanere
competitivi**

Di che cosa si parla

Il termine di psicosintesi indica prima di tutto un'esperienza di sviluppo personale e una pratica di psicoterapia fondate dal dottor Roberto Assagioli dopo il suo incontro con Freud e Jung nel 1909. Questa disciplina può contare su quasi 80 anni di esperienza clinica e di ricerche svolte dal fondatore e dai suoi successori in Europa e negli Stati Uniti.

Si tratta di un approccio sistematico, che considera l'essere umano come un sistema vivente corpo/spirito in interazione con l'ambiente.

È pure un approccio integrativo: è innanzitutto un'esperienza vissuta di apertura e di riaccostamento. Questa metodologia è mostrata e vissuta attraverso tecniche ed esercizi pratici di riflessione su sé stessi, dialoghi interiori creativi, visualizzazioni, ascolto e mobilitazione del corpo, degli affetti e dell'intuizione, e tramite giochi interattivi. All'interno del suo ambito, utilizza gli strumenti del lavoro terapeutico che comprendono le dimensioni del corpo, delle emozioni, dell'intelletto e dell'anima.

Dalla scuola, ai blog e le reti, passando all'ambito professionale, il "valore individuale" viene soppesato ed è oggetto di una quotazione sociale implicita

la quarantina. Questa frattalizzazione si esprime nelle nostre vite personali, professionali, ma anche nella nostra psiche. È lo stato d'animo di una generazione che cambia continuamente identità, rivelandosi incapace di riconoscere la propria autenticità.

La paura dell'insignificanza

Questo approccio pone sotto una nuova luce i rischi e i sintomi che minacciano la salute psichica degli individui. Come ad esempio la paura dell'insignificanza di cui molti soffrono, che riguarda la stima di sé. Dalla scuola, ai blog e le reti, passando all'ambito professionale, il "valore individuale" viene soppesato ed è oggetto di una quotazione sociale implicita. Il consolidamento della stima di sé è uno dei modi più efficaci per attutire questa paura dell'insignificanza. La conseguenza è un'inflazione narcisistica che porta a un isolamento o alla manipolazione. L'autocostrizione legata a questa "consapevolezza drammaturgica" sposta l'esperienza di colpevolezza lasciando spazio all'ossessionalità e alla compulsione. Questi comportamenti inducono l'esaurimento, l'ansia, l'angoscia e possono portare alla depressione se non sono arginati da un processo che dà un significato a ciò che è vissuto.

La nostra costruzione come limite

Nell'ambito delle cure, la relazione umana è essenziale. Una psicologia pragmatica è utile ai professionisti delle cure, ma anche ai pazienti, poiché permette loro di capire un'interrelazione sempre più complessa. La nostra costruzione psichica si elabora fin dall'infanzia in funzione delle difficoltà che abbiamo vissuto e delle scelte che abbiamo fatto per superarle. È un sistema di costruzione basato su meccanismi di difesa, convinzioni, comportamenti. Questo sistema è profondamente ancorato in noi e con gli anni diventa un automatismo che ci limita. Un giorno o l'altro, siamo confrontati

con un evento come una malattia, la perdita di lavoro, di fronte al quale questo sistema non è più adatto, non funziona più.

Questa situazione causa un senso di impotenza, di incomprensione, accompagnato dalla sensazione di essere persi e di non vedere alcuna via d'uscita. Aprirci verso un'altra parte di noi stessi, quella che non abbiamo esplorato, permette l'emergere di nuove soluzioni, nuovi comportamenti di crescita. È un percorso di individuazione la cui posta in gioco è la nostra crescita personale.

Un processo d'apertura

Attraverso un processo di sintesi pragmatica che si elabora come un'esperienza da vivere, e non come un concetto puramente teorico, è possibile attraversare queste difficoltà destabilizzanti, dando loro un senso. Il suo obiettivo è di divincolarci dai nostri schemi, lavorando sulle nostre polarità. Questo lavoro è possibile attraverso un vissuto sensoriale e una messa in circolazione che implica i pensieri, le sensazioni fisiche e le emozioni. Questo movimento da una polarità all'altra permette l'apertura a un altro spazio, che porta verso un'uscita, fonte di discernimento e di armonizzazione.

Il professionista delle cure si trova in un'interrelazione in cui la persona che chiede aiuto conosce meglio di chiunque il suo problema. Per questo l'ascolto, silenzioso o attivo, l'autenticità e l'empatia sono fondamentali. La relazione di aiuto richiede competenze personali e professionali specifiche. L'integrazione del processo di sintesi permette di accompagnare e aiutare i pazienti nell'affrontare l'angoscia, l'ansia, le scelte, la confusione, lo sconcerto che devono superare per liberarsi dalla sofferenza psichica. ■

***Franck Lesueur** è terapeuta in psicosintesi a Losanna. www.lapsychosynthese.ch
Contatto: lesueurfranck1@gmail.com

Conflitto interno Verso una nuova attitudine relazionale

Luca è un uomo calmo, solido, sveglio e con uno sguardo benevolo. È disponibile e vuole bene a tutti. Controlla i suoi gesti, le sue parole, i suoi stati d'animo. Il suo esagerato investimento nella professione provoca una separazione affettiva. Questa separazione crea in lui un senso di impotenza e di isolamento, accentuato da una "spirale di pensieri senza via d'uscita". Soffre di ansia e di una perdita di significato che porta a un rilassamento professionale e a uno stato depressivo cronico. Il suo temperamento del "tutto o

niente" e la sua difficoltà di "dire no" gli provocano un sentimento di divisione interiore estremo. Vuole uscire da questo sfaldamento, da combattente, dominatore che si esprime nella sua vita professionale, all'uomo che accetta tutto nella sua vita affettiva. Vorrebbe essere capace di "aprirsi all'altro senza permettere tutto, rischiando di non più essere sé stesso". Luca è cresciuto in un ambiente in cui bisognava essere il più forte per non farsi schiacciare. È leale e non sopporta i conflitti. Dentro di sé ha una grande collera.

Si è trattato di armonizzare le due parti divise di sé stesso. In questo

lavoro, imparare a dire "no" ed esprimere la propria rabbia interiore sono state due tappe principali. Le tappe seguenti gli hanno permesso di ristabilire la fiducia in sé stesso e di riconoscere la sua ricchezza interiore, fonte di un nuovo dinamismo.

Dopo diverse sedute, si è reso conto dei suoi automatismi comportamentali. Ciò gli ha permesso di affermare le sue scelte e di veder nascere una nuova attitudine relazionale. Alla fine delle sedute si è instaurato un sentimento di indipendenza e di fiducia. Stabilire un centro interiore gli ha permesso una maggior serenità e una migliore condivisione con l'altro.

L'isolamento ospedaliero, non solo una questione fisica...

di Clio Gabella *

Le trasformazioni dei processi di cura relativi alla delicata condizione di un individuo sottoposto ad isolamento ospedaliero, rappresentano dei bisogni fondamentali e sempre più riconosciuti come importanti. Grazie allo studio di concetti teorici di riferimento psicologico- ambientale, mi è stato possibile analizzare approfonditamente questa delicata condizione e paragonare i dati rilevati scientificamente, con i dati personali ed oggettivi di un singolo individuo. L'obiettivo della ricerca è quello di approfondire quali siano le problematiche e le esigenze attinenti alla sfera della soggettività, delle relazioni, dei comportamenti, della comunicazione e della gestione dello stress, riferibili ai pazienti ed ai loro familiari, così come al personale curante nei confronti di un paziente in isolamento ospedaliero. Il risultato mostrerà chiari segni di coinvolgimento psicologico- emotivo dei vissuti, le emozioni, i pensieri, le paure soggettive della persona coinvolta.



L'isolamento ospedaliero è una realtà con la quale le nostre strutture sanitarie si confrontano già da molti anni. Dalla mia breve esperienza lavorativa svolta durante gli stages pratici in ospedale ho potuto constatare che l'infermiere di cure generali, dalla medicina alla chirurgia, senza contare i reparti specialistici, lavora quotidianamente con pazienti in questa particolare condizione di degenza.

Ma cosa significa "isolare un paziente?"

Con il termine "isolamento ospedaliero" si intende la messa in atto di misure igieniche addizionali basate su protocolli scientifici in possesso di ogni struttura sanitaria, al fine di prevenire la trasmissione di microrganismi patogeni da un soggetto colonizzato o infetto ad un altro sano. Individuata la fonte di infezione in un individuo malato è necessario adottare adeguate misure di sorveglianza sanitarie, allo scopo di evitare la diffusione della malattia ad altri individui.

Ecco perché è importante capire la definizione di infezione nel contesto della trasmissione. L'infezione è il risultato dell'interazione che si verifica tra l'organismo umano e i microrganismi presenti nell'ambiente: batteri, virus, parassiti. La malattia infettiva è l'espressione di una serie di manifestazioni cliniche determinate dal rapporto tra le difese che l'individuo oppone agli agenti infettanti e la loro virulenza. Per «infezione» si intende la moltiplicazione di microrganismi con eventuale invasione dei tessuti e reazione infiammatoria. La trasmissione da contatto diretto si verifica quando i microrganismi sono trasferiti da una persona ad un'altra. Può avvenire attraverso il contatto con sangue, fluidi corporei, escrezioni o secrezioni: può avvenire durante l'assistenza da parte degli operatori sanitari, dei

visitatori, dei familiari o durante le interazioni tra pazienti in sale di ricreazione o soggiorni. Il contatto indiretto si verifica con il trasferimento del microrganismo attraverso la contaminazione intermedia di un oggetto, sostanza o persona.

Le infezioni nosocomiali

Le infezioni nosocomiali fanno purtroppo parte della quotidianità della professione infermieristica. La sensibilizzazione in merito è in atto da diversi anni e oggi giorno l'infermiere è tra le figure professionali sanitarie direttamente coinvolte nel lavoro contro il depistaggio della problematica in questione. Ogni anno le infezioni nosocomiali colpiscono centinaia di milioni di persone nel mondo e costituiscono una sfida importante per la medicina moderna poiché rimettono in questione la sicurezza delle cure. Queste infezioni effettivamente rientrano tra le complicazioni più frequenti delle attività di cura praticate in ambito ospedaliero, ambulatoriale e domiciliare. Costituiscono un importante problema di salute pubblica, in quanto associate ad un'elevata morbilità e mortalità e perché sono almeno in parte evitabili. Queste infezioni generano inoltre un grosso dispendio finanziario, di risorse umane e di materiale. In ambito ospedaliero, le infezioni nosocomiali comportano complicazioni tra il 5% e il 15% dei ricoveri (cure acute) nei paesi sviluppati, ma ancora di più nei paesi in via di sviluppo.

Il ricovero ospedaliero e le implicazioni psicologiche in isolamento ospedaliero

Quando una persona viene ricoverata, lamenta un disagio che può variare a seconda delle situazioni legate, ad esempio, alla separazione dai familiari, all'adeguamento

Con il termine "isolamento ospedaliero" si intende la messa in atto di misure igieniche addizionali basate su protocolli scientifici in possesso di ogni struttura sanitaria, al fine di prevenire la trasmissione di microrganismi patogeni

La componente relativa al “luogo” influenza in misura importante i comportamenti e le relazioni umane, contribuendo a determinare il livello della “qualità della vita” e favorendo la percezione di “positività” o “negatività” della vita stessa.

forzato ai nuovi ritmi ed orari istituzionali, all'esposizione della propria privacy, al dover dipendere da altre persone anche per bisogni primari ed intimi. La malattia che ogni individuo percepisce in modo soggettivo, determina comunque sempre uno scombussolamento della sfera psicologica. Le trasformazioni dei processi di cura relativi alla delicata condizione di un individuo sottoposto ad isolamento ospedaliero rappresentano dei bisogni fondamentali e sempre più riconosciuti come importanti. Il malato, inserito nel grande vortice dell'ospedale molto spesso si ritrova impreparato e confuso. Quest'ultimo infatti potrebbe creare nei pazienti una sensazione di paura e di angoscia a causa dalla poca familiarità con l'ambiente. Potrebbe crearsi uno squilibrio fra la sintomatologia, che avverte o che teme, e il chiaro confronto costruttivo con gli operatori. Lo stress psicologico che vive il paziente a volte non gli permette di comprendere al meglio e di ricordare esattamente le spiegazioni del personale curante. Inoltre, la mancanza di appropriatezza di determinati termini medici, il timore o la difficoltà nell'essere esplicito o nel richiedere ulteriori approfondimenti creano una barriera nella comprensione.

Il paziente subisce il suo stato di salute. Con “subire” si intende il fatto che, sostanzialmente la persona interessata, non ha fatto nulla per meritarselo. È subentrato un male contagioso che potrebbe propagarsi ed espandersi ad altri pazienti dell'ospedale, quindi, oltre alla “sfortuna” dell'ingiusta malattia, bisogna aggiungere anche l'accettazione dell'essere isolato”.

Si può notare come anche il paziente si ponga delle questioni in merito al “cos'ho fatto di male per meritarmelo”.

La malattia dunque, aggiunta ad uno stato di isolamento, può portare la persona a provare un senso di colpa verso sé stesso e a non capire per quale motivo sia costretta a subire questa condizione. Forse questo aspetto subentra più facilmente in principio, quando ci si trova di fronte all'immediata accettazione di una situazione spiacevole, senza nemmeno avere il tempo di capire cosa sia effettivamente. Allora la mente vaga alla ricerca di eventi che avrebbero potuto portare all'improvviso stato patologico, come conseguenza di cattive azioni. Emerge quindi un senso di colpa ingiustificato come primo stato d'animo.

Il ruolo della componente ambientale

A livello teorico l'ambiente in cui risiediamo possiede un'importante influenza sulla psiche umana, sulla personalità e conseguentemente anche sul comportamento individuale. Alcuni pazienti subiscono delle ripercussioni psicologiche date dall'ambiente all'interno della camera d'isolamento, più volte si crea un senso di costrizione e di limitazione della libertà, si ha l'impressione che il tempo trascorra al rallentatore, sono possibili stati di ansia. In effetti, l'ambiente di vita è fondamentale e condiziona in modo rilevante la nostra percezione soggettiva degli avvenimenti e la nostra sfera psicologica. Alcuni pazienti si sentono vincolati da una condizione spazio-tempo ristretta. Il senso di debolezza e la mancanza di difese aumentano il rischio di regressione a cui il paziente in condizione di isolamento è sottoposto.

La componente relativa al “luogo” influenza in misura importante i comportamenti e le relazioni umane, contribuendo a determinare il livello della “qualità della vita” e favorendo la percezione di “positività” o “negatività” della vita stessa. La privazione fisica e sensoriale data dall'ambiente della camera, possono portare ad essere maggiormente irascibili e negativi.

Il nucleo familiare

La condizione di ricovero comporta un disagio di variabile entità la cui motivazione è connessa alla separazione dal nucleo familiare, alla necessità di adeguarsi ai nuovi ritmi istituzionali, alla parziale rinuncia alla privacy, allo stato di inevitabile dipendenza altrui e la conseguente perdita di autonomia personale.

Pazienti riferiscono di sentire molto la mancanza della famiglia, soffrono del fatto di poter vedere i propri congiunti solo una volta al giorno e per breve tempo. Sentono la mancanza del contatto umano, si lamentano di non poter ricevere un bacio dalla moglie, manifestano la mancanza di contatto fisico.

Inoltre, manca loro la propria autonomia e il fatto di essere ancora in grado di gestire molti atti relativi alla cura del corpo.



© Werner Krüper

La comprensione e la comunicazione delle informazioni

Lo stress psicologico che vive il paziente a volte non gli permette di comprendere al meglio e di ricordare esattamente le spiegazioni del personale curante. Inoltre, la mancanza di appropriatezza di determinati termini medici, il timore o la difficoltà nell'essere esplicito o nel richiedere ulteriori approfondimenti crea una barriera nella comprensione.

Se da un lato il paziente capisce che la sintomatologia dalla quale è affetto è data da un virus, dall'altro non ha capito né le modalità di trasmissione, né il decorso che esso comporta. Il paziente a volte ha la sensazione di trovarsi in balia degli eventi. Inoltre il fatto di non sapere per quanto tempo dovrà rimanere isolato gli può creare frustrazione.

In conclusione, il presente lavoro ha voluto sottolineare l'importanza di privilegiare un approccio olistico alla salute e all'ambiente, cercando di stimolare una riflessione sulla misura in cui il disegno progettuale possa influenzare il benessere del paziente. Le infezioni ospedaliere costituiscono una realtà che ciascun infermiere affronta nella propria pratica quotidiana all'interno delle strutture sanitarie. L'assistenza infermieristica è preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa ed è di natura tecnica, relazionale ed educativa. All'interno di questo contesto l'infermiere svolge un ruolo fondamentale nella prevenzione delle infezioni

ospedaliere. Il bisogno di possedere delle conoscenze, di accrescerle, modificarle e migliorarle, nel tempo sono diventati i punti chiave di un sistema in continua evoluzione come quello sanitario. Più di qualsiasi altra figura sanitaria, l'infermiere entra nelle dinamiche relazionali per il fatto che è la persona che più sta a contatto con il malato, per più lungo tempo e in via più diretta. Perciò, rappresenta per il paziente un'importante figura di riferimento. Non ci si improvvisa curanti, ma si impara a diventarlo. Non soltanto attraverso l'apprendimento di tecniche specialistiche: accanto al sapere inteso come conoscenza scientifica della malattia e delle possibilità di affrontarla e combatterla, ai curanti viene richiesto di "saper fare" e di "saper essere". La difficoltà di tutto ciò si aggrava quando il malato attraversa un momento di isolamento dal mondo esterno, quando il processo di malattia si fa ancora più solitario e guarire diventa ancora più difficile.

L'essere lucidi su tutti questi aspetti conferisce la sensazione di poter affrontare le cure in un altro modo, con un'altra cognizione. In modo migliore. ■

***Clio Gabella**, attualmente lavora come infermiera diplomata presso il reparto di medicina B Ospedale regionale di Locarno.

Articolo tratto dal lavoro di diploma eseguito durante la formazione SSSCI 2015.

Bibliografia

https://www.michigan.gov/documents/mdch/Isolation_and_Quarantine_Facts_Italian_308799_7.pdf

<http://www.swissnoso.ch/it/bulletin/articles/article/%E2%80%99Clean-care-is-safer-care%E2%80%9D-%E2%80%99omsdedica-la-prima-sfida-mondiale-alla-sicurezza-dei-pazienti-e-alla-prevenzione-delle-infezioni>

C.A. Ripamonti, C.A. Clerici (2008) *Psicologia e salute. Introduzione alla psicologia clinica in ambito sanitario*, Il Mulino

Carlo Majello, "L'arte di comunicare", FrancoAngeli, Trend, Milano, 1978

Felaco R., Zullo C., *Esperienze in psicologia ospedaliera*, Liguori 2005

Soininen P., Välimäki M., Noda T., Puukka P., Korkeila J., Joffe G., Putkonen H., *Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment*, International Journal of Mental Health Nursing, Australian College of Mental Health Nurses Inc, 2002



SSSCI

Scuola Specializzata Superiore
in Cure Infermieristiche
Lugano e Bellinzona

Corso di reinserimento professionale per infermiere/i diplomate/i

A partire dal corso storicamente proposto dall'ASI-SBK sezione Ticino, la scuola specializzata superiore in cure infermieristiche proporrà a partire da mese di febbraio 2016, un corso specifico per infermieri che intendono rientrare nella pratica professionale, la formazione teorica sarà proposta a cadenza settimanale e terminerà nel mese di giugno 2016.

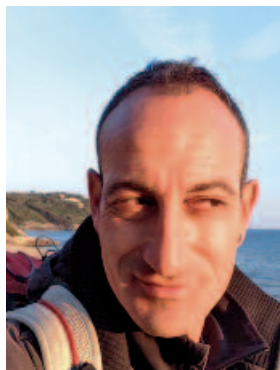
Maggiori informazioni possono essere richieste al segretariato della Scuola specializzata superiore in cure infermieristiche di Bellinzona (Viale Officina 5, 091/814 01 61).

L'affitto e altri racconti

Ogni riferimento a fatti o persone è puramente casuale

Il mare

di Dario Alaimo*



Non dovevamo pensare a lui come ad un pazzo, diceva il primario, ma come ad una persona che non sapeva più se ciò che vede è realmente ciò che è

Quella volta che ho guardato meglio mi sono reso conto che il mare non c'era.

Fuori della finestra, in verità, erano solamente montagne. Dietro la recinzione, dalla finestra dell'ospedale, si vedeva la catena dell'Appennino centrale.

Il mare stava dalla parte opposta dell'intera struttura psichiatrica. Lo potevano vedere i pazienti dell'ala ovest.

Non lo avevo ancora notato per il fatto di non essere mai rimasto nella sua stanza se non per pochi minuti, quando ci venivo in visita, ora che ero stato assunto, in quella stanza, dovevo rimanerci per dovere. Mario non era un paziente come gli altri, almeno per me. Era mio fratello adottivo, e questa faccenda cominciava a rendermi nervoso. Lavorare come addetto delle pulizie, nella stessa struttura dove si trovava ricoverato lui, diventava ogni giorno una condizione fastidiosa da sostenere. Come un fardello da portare sulle spalle.

Conoscevo il primario per via dei lunghi e precedenti ricoveri di Mario. Non dovevamo pensare a lui come ad un pazzo, diceva il primario, ma come ad una persona che non sapeva più se ciò che vede è realmente ciò che è, o solo quello che credeva che sia. Roba da matti. C'era da diventar pazzi solo a pensarci. Se questo non significa essere fuori di testa, allora cos'era? Mia madre diceva che il primario era peggio di lui, diceva che là dentro non distingueva i medici dai malati. Per lei erano tutti uguali. Per questo motivo non ero sicuro di voler accettare quel dannato lavoro. Temevo di impazzire anch'io e in famiglia quel ruolo era già occupato. Ma ormai il concorso era stato organizzato, e la commissione, corrotta. Il prezzo pattuito con il vice sindaco bastava solo per questo misero posto di lavoro. Si tratta di una questione di tabelle. Più si paga, e meglio capiti. Io ero capitato in manicomio. Così almeno chiamava la gente del paese quel lurido posto imbiancato a calce. Non un centro di accoglienza, ma un ricovero di corpi parcheggiati che si trascinavano da ogni porta lungo tutto il corridoio, pantofolando svogliatamente a terra. Un intero repertorio di anime perdute sfilava lungo i corridoi e nel parco circostante, come dannati davanti la barca di Caronte: costretti ad errare senza pace tra le nebbie dei loro deliri, spinti più dai morsi della fame che dal mancato contributo col pedaggio della vita. Tra le mura dei reparti ripercuoteva ogni

qualità di grugnito umano, vere performance e variazioni timbriche, modulazioni armoniche e rari vocalizzi che echeggiavano ininterrottamente come elementi di una cenciosa orchestra. Qualcuno, spinto da altri, s'imbiancava le maniche delle misere vestaglie grigie indosso, con la polvere della calce che invecchiava lungo le pareti decadenti.

Se non fosse per la divisa degli infermieri e l'odore pungente ambulatoriale del medicinale, questo posto sembrerebbe una specie di penitenziario, con tanto di recinzione che lo circonda, cancelli automatici e telecamere a circuito chiuso. All'entrata poi, rintanato in portineria, un uomo di mezza età chiedeva i documenti a chiunque entrava, senza togliere gli occhi dai talk show televisivi che impazzavano da una piccola TV portatile. Dopodiché telefonava al reparto del paziente in visita e solo infine permetteva ai folli di incontrare degli altri folli.

Durante la sua ultima visita, mia madre aveva lasciato a Mario delle fotografie di famiglia. Lo aveva fatto perché incalzata dal primario, più che per sua tendenza materna. Da quel momento, dalla finestra della sua stanza, Mario aveva cominciato a vedere il mare. Non che prima non avesse avuto strane visioni. Come di quella volta che all'età di dieci anni, e forse era la prima volta, quando credeva di vedere i pesci nella fontana del paese. Da quel momento il castello di carte che in famiglia si tentava di tenere forzatamente in piedi, non solo è crollato inghiottendo come in una voragine un'infinita serie di fragili certezze, ma ha lasciato il posto ad un interminabile calvario di frustrazioni familiari. Sembravano tutti cambiati. Come qualcuno che non riesce più a sciogliere il nodo di una matassa che diventa miseramente più imbrigliata su se stessa.

Ma stavolta era diverso. Aveva trenta anni e se ne stava fisso per delle ore, seduto sul suo letto nella stanza d'ospedale, a fissare la finestra. Al primario, e a chiunque altro, rispondeva che guardava il mare. Ma non riusciva a pronunciare correttamente la parola, così che sembrava dire, *male*. Mare, male, male mare. I farmaci che prendeva erano talmente forti che, non solo lo anestetizzavano non lasciandogli più neanche la forza di camminare, ma nemmeno di parlare. Per questo motivo era diventato il paziente che vedeva il mare. Se ne stava per delle ore a fissare il suo mare seduto come se non avesse mai avuto la forza di so-



**Se non fosse per la
divisa degli
infermieri e l'odore
pungente
ambulatoriale del
medicinale, questo
posto sembrerebbe
una specie di
penitenziario**

stenere le sue spalle. È così che un pomeriggio durante il turno di pulizie nella sua stanza, vedendo che stava di vedetta, mi sono fermato accanto a lui. Dalla sua finestra si vedeva l'Appennino centrale. Di questo non avevo alcun dubbio. Gli chiesi cosa stava guardando, ma conoscevo già la risposta. Non mi dedicò molta attenzione, limitandosi a distrarsi un momento dalla finestra farfugliò "Mare", o male, non saprei. Sedeva al solito posto sopra il letto, con indosso un pigiama grigio, unica divisa ambulatoriale in dotazione ai degenti. Non si radeva da qualche giorno e, considerando il cattivo odore che emanava, chissà da quando non entrava in una doccia. Aveva le mani conserte, con una scelta di fotografie sparse intorno a sé. Una tra queste sembrava interessargli e la teneva stretta, quasi non la vedevo. "La posso vedere?", chiesi indicandola. Me la porse lentamente, al rallentatore, come tutti i suoi gesti incerti. Le dita ingiallite dalla nicotina tremavano muovendo la fotografia. Era una vecchia immagine di famiglia, in bianco e nero. Della nostra famiglia. Non ricordavo neanche più di aver vissuto quel fotogramma di vita.

Era troppo lontano dal mio presente. Nella foto mio padre aveva ancora capelli e baffi neri. Mia madre indossava un largo cappello ed enormi occhiali da sole. Rideva. Non avrei mai potuto ricordare che potesse farlo. Rideva perché mio padre era piegato a quattro zampe sulla sabbia sotto l'ombrellone. Sulla sua schiena nuda lo cavalcavamo Mario ed io in costume da bagno, seduti come due piccoli domatori di leoni. Attenti a non perdere l'equilibrio. Mio padre aveva il braccio destro alzato e le dita aperte nell'aria come feroci artigli felini. La bocca spalancata come un predatore che ruggisce al cielo. E dietro di noi, in tutto il suo implacabile splendore, immensamente si espandeva il grande mare, fino all'infinito. ■

A tutte le persone che, almeno una volta nella vita, hanno avuto l'impressione di trovarsi in un vicolo cieco.
Dario Alaimo Roma, Marzo 2011. Ed. Lulu.com Autopubblicazione Ebook

***Dario Alaimo** lavora come educatore nella riabilitazione di persone con problemi di tossicodipendenza al CRMT di Gerra Piano.

Compassione. Storia di un sentimento

Antonio Prete



La compassione è una passione condivisa, è un dolore dell'altro condiviso da un soggetto. È proprio la percezione e la condivisione del dolore dell'altro e la prossimità; una prossimità che porta il dolore dell'altro su di sé. È tuttavia un sentimento raro, perché rara è l'esperienza in cui il dolore dell'altro diventa davvero il proprio dolore.

Compassione: parola fin troppo fraintesa, che invece deve essere recuperata nel suo significato originario del "patire con", ossia nell'essere solidale e permeabile al pathos dell'altro. Nelle società odierne la compassione si è spesso disgregata in vari suoi derivati come empatia, volontariato, solidarietà, ma sia la storia della filosofia, sia la letteratura, sia l'arte del Novecento hanno tracciato una via al suo recupero che lascia ben sperare per il futuro.

Nel termine compassione c'è anche l'idea di una partecipazione al patire dell'altro e il pa-

tire ha una gamma vastissima di situazioni; il patire comprende anche le passioni. Dunque la compassione ha un'accezione stretta che è quella di una condivisione del dolore dell'altro, ma anche un'accezione più ampia che è quella della prossimità all'altro nel suo patire. La compassione sarebbe un sentimento da vivere e praticare e diffondere soprattutto in un tempo come il nostro dove è in gioco la relazione con l'altro come una relazione che alle volte è resa difficile proprio dal fatto che l'altro è considerato come straniero, come diverso, come inopportuno in quanto presenza e quindi è come disturbante per l'ordine di una società.

È importante che l'esperienza della compassione venga messa al centro del sentire perché questo favorirebbe la relazione con l'altro e la percezione dell'altro non come estraneo, diverso o inopportuno, ma come prossimo a noi stessi anzi come uno di noi. ■

Informazioni

Scuola universitaria professionale della Svizzera Italiana

SUPSI

Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale

Sezione Ticino

SBK

ASI

EDU UUA

Informazioni

Segretariato ASI-Ticino, Chiasso

T +41 (0)91 682 29 31

Abitare la responsabilità professionale nella società dei "pazienti per sempre"

Giovedì 10 dicembre 2015
 ore 09:00-16:30
 Aula Magna, Campus SUPSI Trevano, Lugano-Canobbio
 Moderatore: Giovanni Pellegrini - divulgatore scientifico - giornalista RSI

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.

CALENDARIO ATTIVITÀ ASI-SBK SEZIONE TICINO

CORSI – CONFERENZE – ATELIER – ASSEMBLEE **GENNAIO – MARZO 2016**

DATA	CORSO	TERMINE ISCRIZIONE	ANIMATORE	PARTECIPANTI	LUOGO
8 gennaio 2016	Maltrattare l'anziano: una fantasia impronunciabile o una possibile e triste realtà	03.12.2015	Bodeo Alfredo <i>psicologo, indirizzo clinico e di comunità</i>	operatori ramo socio-sanitario	Chiasso
11 gennaio 2016	"Atelier di pratica" in Cure Palliative: dall'assessment alle tecniche di somministrazione dei farmaci	09.12.2015	Bommarito Patrick <i>infermiere specializzato unità Cure Palliative, IOSI</i> Manzambi Luisella <i>infermiera specializzata Hospice Lugano</i>	infermieri	Lugano
12 gennaio 2016 18 febbraio 2016	Movitare: saper mobilitare le persone in cura sfruttando il movimento naturale spontaneo della persona stessa	09.12.2015	Ferrari Grandi Nadia <i>infermiera</i>	operatori ramo sanitario	Bellinzona
14 – 15 gennaio 2016	La comunicazione non verbale del prendersi cura	14.12.2015	Sangiovanni Barbara <i>epistemologa e formatrice d'adulti</i>	aperto a tutti	Novazzano
20 gennaio 2016	Approccio al paziente affetto da Alzheimer	16.12.2015	Canduci Laura <i>docente – ricercatrice SUPSI</i>	infermieri	Chiasso
21 – 29 gennaio 2016	Trattamento ulcera crurale venosa e/o arteriosa e cura delle lesioni cutanee – cura e prevenzione delle ulcere diabetiche	21.12.2015	Cattaneo Fabio <i>dr. med. FMH in medicina interna, endocrinologia, diabetologia</i> Elia Giovanna <i>specialista cura ferite SaFW, Certificate of Advanced Study in Woundcare, stomaterapista e consulente per l'incontinenza WCET</i>	infermieri	Lugano
25 gennaio 2016	Essere vicini ed accompagnare la persona durante il finire della vita	21.12.2015	Tomasoni Ortelli Michela <i>infermiera laureata in scienze della formazione</i>	personale ausiliario	Giubiasco
27 – 28 gennaio 2016	Riflessologia zonale del viso	22.12.2015	Maglio Antonio <i>riflessologo</i>	operatori ramo sanitario formazione base in riflessologia	Bellinzona
1 – 2 febbraio 2016	Sapersi esprimere in gruppo	22.12.2015	Cavolo Mariano <i>docente in cure infermieristiche</i>	aperto a tutti	Chiasso
17 febbraio 2016	La fragilità nell'anziano: interventi di prevenzione delle cadute negli anziani	13.01.2016	Generelli Morena <i>docente</i>	operatori ramo sanitario	Giubiasco
19 febbraio 2016	Il perenne dilemma tra il rispetto dell'esistenza umana e il ricorso all'eutanasia, al suicidio assistito... quando il ciclo della vita volge al tramonto	18.01.2016	Bodeo Alfredo <i>psicologo, indirizzo clinico e di comunità</i>	operatori ramo socio-sanitario	Chiasso
22 febbraio 2016	"Non so cosa dire..." conversazioni difficili in Cure Palliative	19.01.2016	da definire <i>psicologa</i>	infermieri	Lugano
24 febbraio 2016	Corso base di elettrocardiografia	20.01.2016	Calzari Sergio <i>infermiere</i>	infermieri operatori sociosanitari	Lugano
25 – 26 febbraio 2016	Autostima e fiducia in se stessi	25.01.2016	Santoro Vincenzo <i>psicologo e psicoterapeuta</i>	operatori ramo socio-sanitario	Mendrisio
29 febbraio 2016	Nuova legge sulla curatela e la protezione dell'adulto	26.01.2016	Tomasoni Ortelli Michela <i>infermiera laureata in scienze della formazione</i>	operatori ramo sanitario	Giubiasco
1 – 2 marzo 2016	Riflessologia del piede: ripasso	01.02.2016	Maglio Antonio <i>riflessologo</i>	operatori ramo sanitario che hanno seguito il corso Riflessologia del piede	Bellinzona
4 marzo 2016	Trascurare emotivamente l'anziano: una forma di maltrattamento o una dimenticanza giustificabile?	01.02.2016	Bodeo Alfredo <i>psicologo, indirizzo clinico e di comunità</i>	operatori ramo socio-sanitario	Chiasso
7 marzo 2016	Il ruolo di formatore nella prassi infermieristica – Secondo livello	03.02.2016	Tosi Imperatori Daniela <i>docente</i>	infermieri che hanno partecipato al 1° livello	Lugano
9 marzo 2016	Gestione farmaceutica dei casi complessi	08.02.2016	Bissig Marco <i>Dr. sc. nat. FPH</i>	infermieri	Lugano
11 marzo 2016	La solitudine e la depressione dell'anziano	08.02.2016	Poletti Barbara <i>psicologa-psicoterapeuta,</i>	operatori ramo socio-sanitario	Lugano
15 marzo 2016	Quando l'alimentazione diventa decisiva	15.02.2016	Richli Barbara <i>dietista diplomata SSS</i>	operatori ramo sanitario	Giubiasco
17 – 18 marzo 2016	Conflitti interpersonali e negoziazione	15.02.2016	Santoro Vincenzo <i>psicologo e psicoterapeuta</i>	operatori ramo socio-sanitario	Mendrisio
21 – 22 marzo 2016	La comunicazione nelle relazioni di cura	17.02.2016	Sangiovanni Barbara <i>epistemologa e formatrice d'adulti</i>	operatori ramo sanitario	Novazzano