

Cronaca regionale:

Case anziani: un universo che cambia

Approfondimenti:

Il lato oscuro del potere, attrazione fatale

Visibilità:

Coinvolgimento della famiglia
nel progetto di cura

Prospettive sulla dignità nelle cure



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

Allegato alla rivista
"Cure infermieristiche" 6/16

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

Rosanna Amoruso
Mariano Cavolo
Christian Musso
Laura Simoni
Michela Tomasoni

Supervisione

Pia Bagnaschi

Grafica e stampa

Arti grafiche Veladini, Lugano
www.veladini.ch

Foto copertina: Pixabay.com

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 sca-
ricate direttamente:
www.asiticino.ch/index.php?id=96

SOMMARIO

Giugno 2016 - n. 2

3 Editoriale

Cronaca regionale

- 4** Case anziani: un universo che cambia
(Pia Bagnaschi)
- 6** Assemblea generale ordinaria del 5 aprile 2016

Approfondimenti

- 8** Il lato oscuro del potere, attrazione fatale
(Mariano Cavolo)
- 10** Prospettive sulla dignità nelle cure
(Laura Ferrante)

Visibilità

- 13** Coinvolgimento della famiglia nel progetto di cura
(Laura Simoni)

Invito alla lettura

- 15** La felicità mi aspetta (e questa volta non farò tardi)

Informazioni

- 15** Informazioni ASI

Agenda

- 16** Calendario corsi

Il giovane cammina più veloce, ma l'anziano conosce la strada



Parto da questo proverbio africano per presentare il numero di giugno, in cui il primo articolo è proprio destinato a declinare le sfide, i problemi e le prospettive delle cure per anziani. Un "universo" che cambia in Ticino, soprattutto considerando l'invecchiamento della popolazione ed un mondo che accelera i ritmi, che diventano veloci testimoni di una civiltà che può essere frenetica e frettolosa, ma che può anche non arrivare da nessuna parte e non concludere nulla. Negli istituti per anziani si assiste quindi ad un cambiamento fondamentale: se prima l'attenzione era centrata sulle cure infermieristiche, oggi il focus si è spostato sull'anziano e la sua quotidianità. Attorno a questo tema si è dibattuto infatti nel convegno del 5 aprile scorso, organizzato da ASI Ticino e ADICASI, a Cadempino.

Inoltre considerando la casistica sempre più complessa, non solo in ambito di cure all'anziano, si sono moltiplicate negli anni le figure professionali sociosanitarie.

Pertanto coordinare questa costellazione di collaboratori è oggi una nuova sfida anche per i capi, ai quali è dedicato un articolo sulla Leadership, che mette in luce quanto il fascino del potere possa ammaliare e sedurre, da una parte, ma dall'altra farci anche fallire nel nostro intento collaborativo e organizzativo.

Tornando tuttavia agli anziani, pochi mettono in rilievo che l'anziano è oggi una risorsa non solo di valore per la grande testimonianza che può dare della sua vita e per il contributo che ha dato alla costruzione della società, ma anche in senso strettamente economico: i nonni «badanti» dei nipoti; i mariti o le mogli "caregiver" dei rispettivi congiunti anziani o malati; i pensionati che mantengono figli e nipoti disoccupati o con problemi finanziari; anziani dediti al volontariato, allo studio e alla ricerca.

Insomma il mondo degli anziani è un pozzo profondo da cui sgorga ancora acqua fresca e dissetante. Bisogna saperla vedere con le antenne «rabbdomanti» della verità e dell'attenzione alla persona per poterla gustare e assaporare perché gli anziani non sono solo il passato.

Nella prospettiva appena descritta, sotto una nuova luce si rivela la dignità nelle cure, che va considerata sotto più punti di vista e prospettive.

Ma che cosa si intende per dignità? Ne esiste una definizione univoca? Quali sono i punti di vista di pazienti e infermieri su questo concetto? Sono solo alcuni spunti a cui cerca di dare una risposta Laura Ferrante, infermiera neo diplomata, presso la Scuola Specializzata Superiore in Cure infermieristiche (SSSCI) di Bellinzona, la quale ci descrive un esempio di strategia per il rispetto della dignità umana.

In tutto questo non può mancare un altro autentico tassello delle cure integrate, legato al coinvolgimento della famiglia nel progetto di cura. Presso la Clinica di riabilitazione di Novaggio è in fase di implementazione un progetto che prevede la creazione di un Atelier di educazione terapeutica, destinato ai familiari, in cui si alternano supporti teorici e applicazioni pratiche. Così da accompagnare il paziente e la famiglia in tutto il percorso di recupero della propria autonomia.

Non mi resta che augurarvi buona lettura!

Mariano Cavolo

Case anziani: un universo che cambia

di Pia Bagnaschi

"Il Ticino delle Case Anziani: sfide, problemi, prospettive" è il titolo del convegno organizzato dalla sezione ASI Ticino e l'Associazione dei direttori delle Case per anziani della Svizzera italiana, ADICASI, lo scorso 5 aprile a Cadempino.



Foto: Massimo Rodio

La popolazione invecchia e il mondo accelera i ritmi: due realtà che sembrerebbero agli antipodi, ma, grazie ad un continuo riadattamento, riescono a trovare un comun denominatore nella ricerca di nuovi modelli. Oltre che nella vita privata, questa dinamica si riscontra anche nelle istituzioni, soprattutto in quelle che si occupano di anziani e persone non più autosufficienti.

Strutture in evoluzione

Fino a pochi anni fa le case per anziani erano scarsamente presenti sul territorio e generalmente gestite da religiosi e volontari. L'evoluzione demografica e i bisogni della popolazione hanno portato a un aumento delle strutture e a numerosi cambiamenti nella loro impostazione. Come ha illustrato Bruno Cariboni, direttore della CPA Aranda di Giubiasco, prima di entrare in un'istituzione spesso l'ospite è accudito al proprio domicilio per un certo tempo dai propri familiari, il che porta a un aumento dell'età media al momento dell'ammissione, ma anche a un maggior numero di casi complessi. Ciò richiede una formazione adeguata da parte del personale, che deve essere in grado di collaborare con altri enti e figure professionali. Le sempre maggiori esigenze da parte degli ospiti e dei parenti sono fonte di stress per il personale, che deve assumersi re-

sponsabilità sempre maggiori. Affinché questa pressione non comprometta la qualità dell'assistenza è necessario un costante aggiornamento delle conoscenze e una trasparente informazione sulle prestazioni fornite, coinvolgendo l'ospite e i suoi familiari nelle decisioni e nella vita all'interno dell'istituzione.

Interventi personalizzati

La valutazione multidimensionale geriatrica (Comprehensive geriatric assessment - CGA) è uno dei possibili strumenti per focalizzare l'assistenza sui bisogni individuali dell'ospite. Si tratta di un processo diagnostico multidimensionale, interdisciplinare che, come ha spiegato Laura Canducci, docente ricercatrice DE-ASS-SUPSI, permette di determinare risorse, problemi, difficoltà nella persona anziana e quindi di elaborare un piano di interventi personalizzato. Il suo obiettivo è creare una partnership tra operatori sanitari e assistito, per giungere ad una decisione condivisa in merito ai problemi di salute e sociali. Grazie a questa valutazione si possono compiere scelte mirate, riducendo così il rischio di eventi avversi e garantendo cure efficaci ed efficienti.

I familiari: risorsa o problema?

Secondo un sondaggio svolto dalla SUPSI¹, per gli anziani la famiglia assume un valore

La valutazione multidimensionale geriatrica è uno dei possibili strumenti per focalizzare l'assistenza sui bisogni individuali dell'ospite

¹ SUPSI, Intergenerazionalità: una risorsa per la società -Focuson, novembre 2013

molto importante. Ma se i parenti sono una risorsa per gli ospiti, spesso sono un problema per gli operatori. Rashid Sadiki, docente SSPSS Giubiasco, riconosce che l'integrazione dei familiari nelle cure aumenta la qualità percepita, ma ammette che nella realtà questa dinamica comporta delle difficoltà. Le aspettative dei parenti non coincidono con quanto avviene nella pratica quotidiana, che prevede tempi e priorità ben diverse dalle loro. E allora come fare? Sadiki propone di integrare i familiari nella vita della CPA, che non deve essere vista come un istituto dove si curano persone malate, ma piuttosto come luogo di vita, aperto anche a loro. Esorta poi tutti gli attori coinvolti ad andare oltre l'evidenza e a cercare di capire le cause di determinati comportamenti e quindi a conoscere più da vicino le persone con cui si interagisce.

L'anziano al centro

Negli istituti per anziani si assiste a un cambiamento fondamentale: se prima l'attenzione era incentrata sul personale infermieristico e le cure, ora il focus si è spostato sull'anziano e la sua quotidianità. Inoltre, considerando la casistica sempre più complessa, si sono moltiplicate le figure professionali. Come sottolinea Riccardo Lüthi, direttore della CPA Comunale di Bellinzona, affinché questi specialisti possano prestare le cure richieste occorre una chiara definizione dei loro rispettivi ruoli e un'altrettanta chiara comunicazione. Ma, al fianco di questi professionisti, assume particolare importanza la presenza dei volontari, che offrono un valore aggiunto all'assistenza. Grazie a loro la vita in casa anziani viene scandita con ritmi che rispecchiano gli interessi e le priorità dell'ospite e l'organizzazione può essere impostata in modo più flessibile, inserendo momenti di svago e di condivisione sia all'interno che all'esterno della struttura. Questa è la situazione attuale. Tuttavia, nella sua riflessione Riccardo Lüthi non si ferma al presente, ma guarda oltre. Il suo messaggio è chiaro: in questo settore

non bisogna accontentarsi degli obiettivi raggiunti e adeguare costantemente le strategie e le risorse alle nuove sfide che il futuro riserva.

Condivisione dei valori

Il patrimonio che nelle aziende sanitarie consente un corretto funzionamento nel presente e rappresenta una condizione per lo sviluppo futuro è costituito in larga parte dalle competenze, dagli orientamenti e dai comportamenti delle persone che vi lavorano. Ad affermarlo è Christian Musso, capo cure della CPA Aranda di Giubiasco. La gestione delle competenze personali del singolo professionista è probabilmente l'ambito più difficoltoso nella gestione del personale. Nella CPA di Giubiasco essa si basa su valori quali la dignità e il rispetto dell'essere umano, le relazioni interpersonali, il senso di appartenenza, il pensiero positivo, la professionalità/competenza, responsabilità e la motivazione. Questi valori, dichiarati in un apposito documento interno, Codex Aranda, devono poi essere messi in pratica e la loro applicazione va verificata. Fondamentale è la loro condivisione a livello istituzionale.

Il cambiamento è parte della realtà

Nelle sue considerazioni conclusive, Paolo Cicale, counselor filosofico, ripercorre le presentazioni dei relatori che l'hanno preceduto e sottolinea come il cambiamento, comun denominatore di tutti gli interventi e dei rispettivi settori professionali (gestione, formazione, management), sia un processo di trasformazione che fa parte della realtà di ognuno di noi. Occorre saper essere nel cambiamento e saper agire nel cambiamento, cioè conoscersi meglio per capirlo e saper gestire la complessità dello scenario che muta. Siamo tutti in un mondo che cambia: quale sarà la realtà di domani? Quale il nuovo paradigma? A questo proposito evidenzia l'importanza che ogni gruppo diventi un team, cioè una squadra che pur con professionalità e idee diverse, lavora per uno stesso obiettivo, cioè il bene dell'assistito. Sottolinea l'importanza dell'accoglienza in casa anziani, dell'ascolto e del rispetto dell'autonomia del residente, che va supportata, oltre alla sua autodeterminazione (ad esempio nell'organizzare le sue giornate) e alla difesa dei suoi diritti. Rifacendosi all'opera di Luigi Pirandello "Sei personaggi in cerca d'autore", il moderatore Vincenzo D'Angelo ha esortato i partecipanti a trovare e interrogare il proprio autore. L'obiettivo di fondo della giornata, infatti, era riflettere sull'argomento, sollevare interrogativi e aprirli al dibattito, rilanciando ai prossimi appuntamenti l'approfondimento, attraverso un itinerario condiviso e da costruire sinergicamente tra tutti gli attori coinvolti. ■

Assume particolare importanza la presenza dei volontari, che offrono un valore aggiunto all'assistenza



Foto: Massimo Rodio

Assemblea generale ordinaria del 5 aprile 2016

Presso il Centroeventi di Cadempino

redazione



La presidente Luzia Mariani-Abächerli saluta i presenti e dà inizio ai lavori. Il verbale viene approvato all'unanimità.

Rapporto della presidente e approvazione

Il 2015 è stato un anno caratterizzato da un impegno per lo sviluppo nei seguenti ambiti: politica professionale, immagine e sviluppo professionale, sostegno ai membri, collaborazione e alleanze. Durante le dieci riunioni di comitato, oltre agli affari correnti sono state discusse e redatte numerose prese di posizione all'indirizzo dell'ASI Centrale e dell'autorità cantonale. Le più importanti sono:

- la presa di posizione sull'iniziativa parlamentare "Maggiore autonomia per il personale sanitario"
- la presa di posizione sull'avanprogetto di modifica della Legge sanitaria
- la presa di posizione sulla revisione dell'Ordinanza sulla formazione professionale e del piano di formazione OSS
- la presa di posizione sulla strategia nazionale per la sorveglianza, la prevenzione e la lotta contro le infezioni nosocomiali (Strategia NOSO).

Fra le attività e i risultati più significativi del 2015 sono da segnalare:

- 12 maggio: pubblicazione e divulgazione, a livello nazionale, dell'opuscolo "Cure professionali efficaci ed economiche" in occasione della Giornata internazionale delle infermiere

- 1.luglio: messa online del nuovo sito dell'ASI Sezione Ticino
- 10 dicembre: Giornata di studio, organizzata in collaborazione con la Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana – Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale (DEASS), sul tema "Abitare la responsabilità professionale nella società dei pazienti per sempre"
- dicembre 2015: Concorso di Natale: pubblicazione sulla copertina di Info ASI dell'immagine di un albero di Natale realizzato dagli ospiti della Fondazione Casa Anziani Aranda di Giubiasco.

Viene poi brevemente presentata l'attività dei gruppi di lavoro e di interesse e presa visione dell'evoluzione dei membri, che nel 2015 sono passati da 789 a 851.

Il rapporto della presidente viene approvato all'unanimità.

Presentazione dei conti 2015 e preventivo 2016

Vengono presentati i conti d'esercizio 2015 e il bilancio al 31 dicembre 2015, che vengono approvati all'unanimità, come pure il preventivo 2016.

Il 2015 è stato un anno caratterizzato da un impegno per lo sviluppo nei seguenti ambiti:
politica professionale, immagine e sviluppo professionale, sostegno ai membri, collaborazione e alleanze

Nomine statutarie

Membri del comitato:

Dimissioni:
 Claudio Nizzola
 Scadenza mandato:
 Luzia Mariani
rieletta all'unanimità
 Lilia Nodari Cereda
rieletta all'unanimità
 Mauro Realini
rieletto all'unanimità
 Massimo Rodio
rieletto all'unanimità
 Laura Simoni-Giacobbe
rieletta all'unanimità
 Daniela Tosi
rieletta all'unanimità

Presidente:

Scadenza mandato:
 Luzia Mariani-Abächerli
rieletta all'unanimità

Vice Presidenti:

Scadenza mandato:
 Mauro Realini
rieletto all'unanimità
 Laura Simoni-Giacobbe
rieletta all'unanimità

Delegati:

Dimissioni:
 Suor Flaviana Battistella
 Cristina Mariani
 Nomine:
 Rosanna Amoruso
eletta all'unanimità
 Mauro Realini
rieletto all'unanimità
 Judith Vasquez T. Cannistraro
eletta all'unanimità
 Scadenza mandato:
 Van Der Heiden
rieletto all'unanimità

Supplenti Delegati:

Dimissioni:
 Morena Generelli
 Monica Rizzo-Sassi
 Nomine:
 Veronique Dayan
eletta all'unanimità
 Cristina Mariani
eletta all'unanimità
 Claudio Nizzola
eletto all'unanimità
 Scadenza mandato:
 Anna Abbondanza
rieletta all'unanimità

Diversi

Giornata internazionale Infermieri 12 maggio 2016

Tema della giornata: Le infermiere, una forza per il cambiamento: per sistemi sanitari più resilienti

Congresso ASI 2016

Il congresso si svolgerà a Davos dal 1 al 3 giugno 2016

Obiettivi ASI Sezione Ticino 2016

Promuovere attività inerenti lo sviluppo della professione

- realizzare delle attività che promuovono la visibilità delle cure sul piano cantonale
- realizzare la giornata annuale di studio
- realizzare il congresso primaverile

Promuovere l'immagine della Sezione

- essere presenti e rappresentare l'ASI-SBK Sezione Ticino sul piano Cantonale e Svizzero
- partecipare attivamente alla politica sanitaria Cantonale
- essere presenti e rappresentare l'ASI-SBK Sezione Ticino attraverso i media
- mantenere la collaborazione con altre associazioni e realtà lavorative
- mantenere la collaborazione con l'ASI Centrale
- mantenere la rappresentanza della Sezione all'interno delle Commissioni Cantionali e Nazionali
- salvaguardare l'identità della professione infermieristica

Mantenere le attività a favore dei membri

- collaborare con le organizzazioni sindacali per la salvaguardia dei diritti professionali
- essere portavoce dei bisogni dei membri
- essere un punto di riferimento per i membri in difficoltà

Il lato oscuro del potere, attrazione fatale

di Mariano Cavolo*

Chi è l'individuo che conquista il potere? In una sua recente pubblicazione Gian Piero Quaglino descrive alcune dinamiche che distinguono il potere "organizzativo" attraverso una luce inconsueta. Egli afferma infatti che gli individui che arrivano a ricoprire posizioni di leadership stanno in realtà cercando di risolvere problemi personali, che proiettano all'esterno. A sostegno di questa tesi, anche Kets de Vries afferma come, spostando i propri problemi individuali a livello collettivo, i leader cercano anche di risolvere ciò che in un primo momento non sono stati in grado di affrontare in sé stessi.

Ecco dunque perché diviene così importante, ai fini di una più completa comprensione di questa dinamica, concentrarsi in particolare proprio sulla relazione tra il leader e i propri collaboratori. Anche perché è proprio a questo livello che si ritrova il vero e più pericoloso nucleo disturbato della leadership. Molta letteratura "buonista" in tema di leadership insiste con grande enfasi sulla retorica del "buon capo", che è capace di spronare i propri collaboratori, suscitando entusiasmo e coinvolgimento, di fare risultati puntando sulla motivazione e sul riconoscimento, di ottenere consenso, realizzando climi di confidenza e fiducia. Ora, tutto questo è sicuramente vero, ma come arrivarci? La risposta a questa domanda si traduce, purtroppo, nel semplicismo di qualche modello e nell'ingenuo ribadire la necessità di un pensiero ottimistico e positivo.

È il tema del **potere**, invece, che occorre affrontare, perché è dalla sua elaborazione che deriva la possibilità di riconoscimento della parte più oscura in gioco nella dinamica della leadership. È quindi lecito chiedersi se esiste un qualche fattore di fallimento inerente la leadership e che cosa possono fare i leader per evitare questo fattore o almeno per prepararsi ad affrontarlo. Sempre Kets de Vries lo ha definito "Dimensione-F" (fattore di fallimento). Questa dimensione è anzitutto legata ai processi di proiezione e identificazione in gioco nella relazione fra leader e collaboratori. Processi in base ai quali il leader diviene contenitore elettivo di tutte le speranze, i bisogni, le fantasie dei propri collaboratori. Ma è proprio nell'assunzione di un simile ruolo che diventa facile, per il leader, cadere vittima delle forze regressive che favoriscono e inducono un graduale distacco dal quotidiano, oltre che la perdita del senso di realtà. Assumendo su

di sé le fantasie, gli ideali e i desideri dei collaboratori, può accadere che le qualità "mitiche e carismatiche", a lui attribuite, finiscano per non corrispondere affatto a quelle effettivamente possedute. Un altro aspetto da considerare è la *posizione di isolamento* che il leader si trova a ricoprire. La non volontà, o l'impossibilità, di confrontarsi e di scambiare i punti di vista, tra capo e collaboratori, potenzia il distacco dalla realtà delle cose come conseguenza inevitabile. A complicare questa dinamica interviene anche quella variabile di personalità che si lega alle *tendenze narcisistiche* del leader, le quali si traducono nell'incapacità di accettare costruttivamente la critica, nell'eccessiva sicurezza di sé, nella convinzione di essere sempre nel giusto, nella resistenza a ogni possibile mediazione o ricerca di compromesso. Forze regressive, posizione di isolamento e tendenze narcisistiche risultano dunque convergenti nel costituire il possibile fattore di fallimento della leadership. Sempre Quaglino a questo proposito descrive una particolare "geografia psicologica" della leadership, in cui si evidenzia un "sopra" ed un "centro". L'essere "sopra" definisce la leadership da un lato come il guardare dall'alto e anche il guardare lontano, dall'altro come il guardare sotto di sé. Il primo è quindi il tema della *visione*, il secondo è il tema della *dipendenza*. Se c'è infatti un aspetto su cui tutta la letteratura concorda ed è unanime, è proprio che essere leader significa e richiede soprattutto di dimostrare di avere una visione (vision). La visione non di rado coincide con il sogno ("I have a dream..." ricordate?) che si insegue, che si vuole realizzare. Il sogno nella relazione con chi è sotto (i collaboratori) diventa così il vero e profondo motivo psicologico nelle vicissitudini della relazione di potere. Così che a sognare si è in due: il capo e i suoi collaboratori (o gregari), tutti ugualmente coinvolti e partecipi a credere, ad alimentare ad inseguire il sogno, in cui tutti si rispecchiano. Un sogno a due, un bi-sogno. La sfida ardua della leadership diventa quindi quella di perpetuare la visione senza però perdere il senso del limite ed il contatto con la realtà. Accanto alla condizione psicologica dell'essere sopra, al leader, si impone anche quella di essere al centro. Presupposto per il quale anziché guardare, come per la prima condizione, si tratta di essere guardati: visibilità, esposizione, popolarità. In queste circostanze il

**La non volontà,
o l'impossibilità,
di confrontarsi
e di scambiare
i punti di vista,
tra capo
e collaboratori,
potenzia il distacco
dalla realtà
delle cose**



Foto: phoboseverywhere

Accanto alla condizione psicologica dell'essere sopra, al leader, si impone anche quella di essere al centro

leader sperimenta la soddisfazione narcisistica dell'essere al centro dell'attenzione, della scena. Ma dall'altro il leader rischia di trasformare chi lo guarda nello specchio da interrogare continuamente, allo scopo di ricevere messaggi di conferma e approvazione. Il leader sogna così, specchiato nell'ammirazione che vede nei suoi gregari, di aver ottenuto una volta per tutte il proprio desiderio: il potere. Chi ottiene infatti il potere ha in genere lavorato duramente per ottenerlo, anzi molto spesso il lavoro duro è proprio ciò che consente di affermare con forza che si ha il diritto al potere. Il potere conquistato duramente sarà così altrettanto duramente difeso. Chi ha faticato per il potere non ha nessuna voglia di perderlo.

In ultima analisi, nella relazione tra leader e collaboratori, è fondamentale tuttavia individuare, ancora, una particolare connotazione "transferale". Infatti il potere ha le sue radici nel cuore della natura umana e del comportamento, implicando i sentimenti fondamentali di superiorità e inferiorità, autonomia e dipendenza, amore e odio. Come si sa, il transfert definisce il processo, in qualsiasi relazione significativa, in base al quale si realizza un trasferimento sull'"altro" di vissuti propri. Ecco quindi che in un contesto organizzativo, il quadro transferale più facilmente osservabile è il *transfert idealizzante*. Nel transfert idealizzante, sviluppato dai collaboratori nei confronti del leader, si alimenta un senso di unione con il leader, che è vissuto come "onnipotente e perfetto". In cui ogni possibilità di soddisfazione è dunque attribuita alla presenza

del leader, la cui assenza è invece vissuta con impotenza e sentimento di vuoto interiore. Questo legame crea, in ambito organizzativo, una forte dipendenza tra leader e gregari. Nell'idealizzazione del leader questi ultimi trovano la migliore risposta per il proprio soddisfacimento nel lavoro, la spinta motivazionale, l'impegno ed il coinvolgimento verso il raggiungimento degli obiettivi. E tutto ciò allo scopo di "accontentare" il proprio leader. Ovviamente il prezzo da pagare nell'idealizzazione è la rinuncia alla propria indipendenza, alla propria autonomia, alla discrezionalità ed ai margini di libertà individuale, che, se attuati, possono essere vissuti come "tradimento" delle attese del leader.

Chi si assume quindi la **guida** di un gruppo, non può semplicemente adattare o interpretare alcune ricette preconfezionate, basandosi sui più moderni modelli gestionali di riferimento. Bensì è necessario assumersi anche, e soprattutto, la **sfida** di conoscere bene ed a fondo se stessi, acquisendo quella consapevolezza di sé che consente di rispondere alla domanda di fondo iniziale "chi è l'individuo che conquista il potere?", con una contro domanda: *"...sono veramente adatto e preparato a gestire i conflitti, anche interiori, che il ruolo di leader mi impone?"*. Così come in un ipotetico iceberg, non possiamo pensare di risolvere tutto in superficie, perché il grande lavoro si colloca ad un livello molto più profondo.

* **Mariano Cavolo**, docente in cure infermieristiche.

Prospettive sulla dignità nelle cure

di Laura Ferrante*



In ogni Carta che riguardi la salute e i suoi protagonisti viene citato il concetto di dignità (si veda ad esempio la Legge sanitaria, i vari Codici deontologici della professione infermieristica, le Carte sui diritti dei pazienti). Spesso, in ambito sanitario, questo concetto si declina in aspetti quali il rispetto dell'autonomia e della privacy e il diritto a un'informazione accurata e comprensibile. Ma cosa si intende per dignità? Ne esiste una definizione univoca? Quali sono i punti di vista di pazienti e infermieri su questo concetto?

Tre versioni di dignità

Un articolo¹ riporta come il concetto di dignità possa essere declinato in tre versioni che risultano tra loro complementari ed interdipendenti. Da queste tre versioni si viene a delineare un significato complesso e non univoco di dignità. Così la dignità *sociale o relazionale* indica come l'interazione con gli altri influenza la percezione che l'individuo ha della propria dignità. La dignità *intrinseca* è la qualità che caratterizza l'uomo e lo distingue da altri esseri,

che è però influenzata dalla diffusione di idee e dal sostegno istituzionale che queste ricevono.

L'ultima versione di dignità, comparsa storicamente in tempi più recenti, è quella *soggettiva* che si riferisce alla stima che l'individuo ha di sé e che in definitiva può assumere un significato diverso per ogni persona (*come un contenitore vuoto che la persona può riempire a sua discrezione*).

La dignità *soggettiva*, legata alla stima che una persona ha di sé, è però anche fortemente condizionata dall'apprezzamento o riconoscimento di altre persone (dignità *relazionale*) che, collocandosi nel campo delle interazioni umane, è a sua volta largamente influenzata dalle istituzioni che dichiarano e sostengono una certa idea di dignità *intrinseca*.

Tre versioni di dignità in azione

Da questa visione integrata di dignità si possono dedurre elementi interessanti per l'approccio con l'altro, che potranno poi essere trasferiti alla pratica infermieristica.

Il concetto di dignità soggettiva ci obbliga in un certo qual modo a tenere conto e indagare la definizione che "l'altro" attribuisce al concetto di dignità

¹ Leget C., *Analyzing dignity; a perspective from the ethics of care*, Med Health and Philos (2013) 16:945-952

Spesso nella nostra professione ci ritroviamo di fronte ad un dilemma etico, anche di piccola portata, con a disposizione come strumenti le sole linee guida generali

Il concetto di dignità *soggettiva* ci obbliga in un certo qual modo a tenere conto e indagare la definizione che "l'altro" attribuisce al concetto di dignità (quali sono gli atti o gli atteggiamenti che potrebbe sentire come compromissione della propria dignità?) per comprendere come rispettarlo in modo adeguato alle sue aspettative.

Riferendosi al concetto di dignità *relazionale* possiamo concludere che la nostra interazione con l'altro influenza il modo in cui egli stesso si percepisce.

Il concetto di dignità *intrinseca*, poichè più o meno influenzato dall'orizzonte culturale di provenienza, ci ribadisce di tenere conto di come le origini culturali di una persona influenzino il suo concetto di dignità e i modi in cui egli pretende che sia rispettata.

Dignità nella pratica infermieristica

Come già sottolineato all'inizio, la parola dignità compare in ogni documento che riguarda la salute, i pazienti e gli operatori sanitari. Abbiamo anche visto però come questo termine non possa essere definito in modo assoluto, ma sia influenzato da fattori che lo portano ad avere un significato proprio dell'individuo.

Sebbene esistano in letteratura esempi di come rispettare la dignità del paziente nello svolgimento di professioni sanitarie e di come pazienti ed infermieri percepiscano il concetto di dignità², ho colto l'occasione dello sviluppo del mio lavoro di diploma per indagare come, in un reparto ospedaliero del Ticino, un paziente ed un'infermiera concepiscano il concetto di dignità e del rispetto della stessa nell'ambito sanitario.

I risultati ricavati dall'indagine vengono riportati di seguito.

Dignità nella pratica infermieristica... un'indagine

Ho chiesto a un'infermiera e a un paziente di esprimere la propria opinione riguardo il concetto di dignità e temi ad essa correlati come autonomia, informazione e privacy (da considerarsi nell'ambito sanitario). Le opinioni erano talvolta discordanti ma spesso convergenti; in particolare ho potuto notare come l'infermiera si esprimesse maggiormente in termini

generici, "universali", declinabili poi al singolo paziente. Il paziente al contrario si è, forse prevedibilmente, espresso nella sua individualità ed esperienza personale.

Ovviamente, essendo l'indagine di tipo qualitativo e le interviste in numero esiguo, i risultati non possono essere generalizzati o considerati universali.

Possono però fornire indicazioni utili e portare a una riflessione sulla tematica della dignità nel contesto infermieristico.

...i risultati

Riassumendo e integrando le opinioni dei due "intervistati" rispetto alle tre versioni di dignità fornite in precedenza, si possono trarre le seguenti conclusioni.

Riguardo la dignità *soggettiva* risulta fondamentale un'accurata raccolta dati che comprenda la storia di vita del paziente, la religione e la cultura di provenienza, i bisogni e il grado di pudore.

Per valutare che la dignità sia rispettata nell'erogazione delle cure, risultano fondamentali la richiesta di feed-back (*retroazione, [...] processo per cui l'effetto risultante dall'azione di un sistema [...] si riflette sul sistema stesso per variarne o correggerne opportunamente il funzionamento*³) e la valutazione della risposta verbale e non verbale in reazione alle azioni del personale.

Per quanto riguarda la dignità *relazionale* si vengono a evidenziare i seguenti aspetti: garantire al paziente la possibilità di scegliere e decidere; le persone intervistate si sono espresse su questo aspetto anche in riferimento al diritto di morire e di non accanimento terapeutico. Rispetto del diritto a non subire una cura e di ricevere un'adeguata informazione. Il rispetto del pudore del paziente e la capacità di non creare situazioni di imbarazzo. Sia il paziente che l'infermiera infine citano l'uso dell'empatia.

Riguardo la dignità *intrinseca* risulta importante tenere conto delle origini culturali del paziente e prestare particolare attenzione in situazioni che coinvolgono zone intime della persona e/o la sua nudità. In questi casi, non solo per questioni culturali e religiose, risulta importante comprendere se il paziente si sente a disagio con operatori del sesso opposto.

² Walsh K., Kowanko I., *Nurses' and patients' perceptions of dignity*, International Journal of Nursing Practice 2002; 8:143-151

³ Tratto da: <http://www.treccani.it/vocabolario/feed-back/>, consultato in data 13/02/2016



Foto: Pixabay.com

I risultati nella pratica infermieristica.

Sebbene le conclusioni tratte non si possano considerare generali, lo sviluppo della ricerca mi ha portato a diverse riflessioni.

Per prima cosa, spesso nella nostra professione ci ritroviamo di fronte ad un dilemma etico, anche di piccola portata, con a disposizione come strumenti le sole linee guida generali (ad esempio i codici deontologici). Dalla ricerca si può derivare che un'accurata conoscenza del paziente, assieme ad una capacità di riflessione personale e in équipe, può portare a risolvere la questione con una soluzione condivisa e favorevole al paziente.

Si possono inoltre identificare le situazioni che nel reparto o per attitudine personale possono più facilmente portare ad una mancanza nei confronti della dignità del paziente.

Una volta pre-identificate queste situazioni, può risultare più semplice trovare delle strategie per ovviarvi. A tale scopo ho ideato una specie di lista di controllo personale per i momenti che ho identificato come più a rischio.

La ricerca ha inoltre portato alla conferma indiretta dell'importanza che ricopre per il personale curante l'analisi dell'atteggiamento tenuto nella relazione col paziente e delle modalità di comunicazione con lo stesso e di come queste influenzino il paziente nel sentire rispettata la sua dignità.

Dato che il concetto di dignità si ritrova in ogni aspetto della vita umana, la influenza e ne è influenzato a sua volta, dovrebbe quindi anche essere compreso in ogni aspetto dell'assistenza infermieristica erogata. ■

* **Laura Ferrante**, infermiera neo-diplomata presso la Scuola Specializzata Superiore in Cure Infermieristiche (SSSCI), impiegata (dal 1/4/2016) presso il reparto di chirurgia dell'Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli – sede di Bellinzona. Il presente articolo è tratto dal lavoro (supervisionato dalla docente della SSSCI Susanna Baseotto) redatto per il conseguimento del Diploma.
Contatto: laura88.ferrante@gmail.com

Un esempio di strategia per il rispetto della dignità del paziente.

L'A,B,C e D della dignity conserving care

A = attitude: il personale curante dovrebbe analizzare l'atteggiamento tenuto nei confronti dei pazienti e le supposizioni che lo portano ad agire in un determinato modo.

B = behaviour: comportamento del personale, il quale dovrebbe essere basato su gentilezza e rispetto.

C = compassion: sviluppare la compassione e l'empatia attraverso le medical humanities o altre forme di comunicazione.

D = dialogue: consente di riconoscere la persona al di là della malattia e l'impatto emozionale della patologia; dovrebbe essere usato per conoscere aspetti della vita del paziente che aiutino ad erogare le migliori cure possibili.

Tratto da: Chochinov H.M., *Dignity and the essence of medicine: the A, B, C and D of dignity conserving care*, BMJ, 28 July 2007, volume 335, pagine 184-187

Coinvolgimento della famiglia nel progetto di cura

Atelier di educazione terapeutica



Melanie Quargnul

Il progetto parte nel 2011 in occasione del percorso formativo di DAS (Diploma of Advanced Studies) in clinica generale di Melanie Quargnul, infermiera che svolge la sua attività nella clinica di riabilitazione di Novaggio. L'istituto fornisce terapie riabilitative a pazienti ricoverati per malattie o infortuni dell'apparato osteomuscolare e per malattie oncologiche, al fine di promuovere il miglior recupero possibile dal profilo fisico, psichico, sociale e lavorativo. I pazienti vengono trasferiti dai reparti acuti di chirurgia, medicina, ortopedia, neurochirurgia per seguire un percorso intenso e mirato di riabilitazione in vista del rientro a domicilio. La casistica è molto variegata, si trovano pazienti che hanno subito interventi ortopedici come protesi dell'anca o del ginocchio, l'amputazione di un arto, persone che presentano deficit importanti in seguito a politraumi, oppure che hanno subito interventi di chirurgia addominale maggiore in seguito a malattia oncologica, dove a volte si prevede la dimissione con la permanenza di un'alimentazione enterale attraverso la sonda PEG (Gastrostomia Percutanea Endoscopica), oppure la presenza di una stomia di recente confezione. Durante la degenza i pazienti sono presi a carico dall'équipe multidisciplinare che pianifica la dimissione, in seguito, a domicilio sono supportati dai servizi di cura domiciliare e dal medico di famiglia.

Nell'intervista che segue, Melanie Quargnul, attuale responsabile del progetto, ci aiuta a capire che cosa si intende per atelier di educazione terapeutica.

Com'è nato il progetto?

Alla base del progetto, si trova la definizione di educazione terapeutica fornita dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), secondo la quale *"...l'educazione terapeutica consiste nell'aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia ed il trattamento, a collaborare alle cure, a farsi carico del proprio stato di salute e a conservare e migliorare la propria qualità di vita"*, alla quale si affiancano gli obiettivi del Primary Nursing, in particolare per quanto riguarda la *"maggior soddisfazione della famiglia, meglio informata e integrata nelle cure"*, e quanto evidenzia la *Commissione federale di coordinamento per le questioni famigliari, affermando che in Svizzera, l'80% delle presta-*

zioni di cura a domicilio sono fornite dai membri della famiglia stessa.

L'educazione è il fulcro della riabilitazione, il paziente arriva con handicap o disabilità che possono essere a corto termine o a vita e dovrà imparare nuove modalità per svolgere le attività quotidiane. Il percorso riabilitativo è l'ultimo passo prima del rientro a domicilio, il paziente e la famiglia devono essere ben informati e sicuri di gestire gli aspetti pratici e le ripercussioni legati alla malattia.

Paziente e referente famigliare, che di solito è la persona che convive con il paziente, si trovano comunque spesso molto destabilizzati all'idea di rientrare a domicilio in condizioni di salute che a volte compromettono ancora l'autonomia, con nuovi presidi da gestire, con una serie di aspetti che coinvolgono non solo il momento delle cure professionali, ma ogni singolo momento della vita quotidiana.

Quindi i familiari, che vivono con il paziente e lo aiutano ad affrontare la quotidianità a domicilio, non possono essere ignorati nel percorso riabilitativo. Perciò, in vista della dimissione, è fondamentale fornire loro degli strumenti pratici per poter far fronte alle situazioni che probabilmente si troveranno a sostenere.

Chi sono gli attori coinvolti?

Oltre alla famiglia, di cui è parte integrante naturalmente il paziente, sono coinvolti la responsabile infermieristica del progetto e tutti i consulenti necessari, che, a seconda della situazione, possono essere la stomaterapista, l'ergoterapista, l'infermiera diabetologa ecc...

Quali sono i principali obiettivi?

Il progetto propone ai pazienti di integrare la propria famiglia nel percorso di cura grazie alla creazione di atelier d'educazione terapeutica personalizzati. I famigliari avranno così l'opportunità di acquisire le competenze necessarie per sostenere e/o assistere il proprio congiunto nella vita quotidiana. Un ulteriore obiettivo è ridurre le complicazioni legate ad una malattia cronica attraverso un'informazione ed un'educazione terapeutica mirata.

Come si sviluppa concretamente?

L'infermiere del reparto di riabilitazione individua il paziente/la famiglia che potrebbero beneficiare dell'atelier e già nei primi giorni di degenza in clinica consegna loro un opuscolo dove viene spiegata brevemente l'op-

Alla base del progetto, si trova la definizione di educazione terapeutica fornita dall'OMS

opportunità proposta in modo che possano decidere se beneficiare dell'offerta. Se la risposta è affermativa viene proposto loro un incontro dopo la prima settimana di ricovero e un secondo incontro nelle 48 ore prima della dimissione. Due giorni dopo la dimissione viene pianificato un contatto telefonico per sapere come è andato il rientro, se sono sorte ulteriori domande, se vi sono altri dubbi.

Già a partire dal primo incontro paziente e famiglia sono invitati ad esporre i loro dubbi, le loro domande in uno spazio apposito presente sul retro dell'opuscolo. L'atelier verrà strutturato a partire dalla situazione specifica del paziente/famiglia, considerando la situazione clinica, l'evoluzione nel percorso riabilitativo, i dubbi e gli interrogativi che emergono dai diretti interessati.

In cosa consiste?

L'atelier consiste in una parte teorica, supportata da materiale didattico specifico, dove vengono fornite spiegazioni ed una parte pratica dove il familiare ha l'occasione di vedere o eseguire alcuni gesti di cura o di supporto alle attività quotidiane che la persona appena rientrata al domicilio dovrà effettuare prendendo determinate precauzioni legate alla diminuita autonomia o per evitare di incorrere in ulteriori complicazioni. Si tratta spesso di azioni semplici come alzarsi dal letto, vestirsi, fare la doccia, muoversi, mangiare, che richiedono l'aiuto del familiare. A volte questi aspetti possono essere percepiti come "banali" dai professionisti competenti, che spesso si occupano di aspetti più legati alla malattia e alle sue conseguenze. Per contro, per chi improvvisamente si trova a vivere accanto a persone con una disabilità parziale, non sapere come agire correttamente nel quotidiano genera molta ansia. Oltre all'opportunità formativa, l'atelier è anche l'occasione per offrire uno spazio di ascolto al familiare, che può

esprimere incertezze, paure, dubbi e trovare risposte competenti.

Si tratta quindi di uno spazio individualizzato dove si vuole cercare di rispondere a bisogni effettivi di ogni singola situazione. Se gli aspetti di educazione terapeutica toccano campi specialistici vengono consultati i relativi esperti come la stomaterapista, l'ergoterapista ecc., se necessario possono essere pianificati incontri con questi specialisti dopo il rientro a domicilio.

Nel corso del secondo incontro, che precede la dimissione, familiare e paziente hanno ancora l'occasione di esprimere le loro incertezze, chiarire nuovi dubbi, ricevere rassicurazioni e verificare la correttezza delle conoscenze acquisite. Gli incontri vengono documentati sulla cartella informatizzata in modo che rimanga una traccia scritta utile a tutta l'équipe multidisciplinare.

Tempi previsti e risultati attesi

Dopo la fase iniziale, il progetto è proseguito in modo un po' discontinuo adattandosi alle priorità istituzionali. In questo ultimo periodo viene implementato a pieno regime. La valutazione viene effettuata attraverso un questionario che indaga il grado di soddisfazione compilato dai diretti interessati, i risultati sono più che soddisfacenti.

Troppo spesso, in questo mondo sanitario altamente specializzato e tecnico, chi è già reso fragile e destabilizzato dalle incertezze legate a malattie che incidono sull'autonomia propria o di un familiare, si trova ad affrontare percorsi dove tutto è frammentato e è difficile trovare elementi che offrano sicurezza. Questo progetto ha il grande merito di offrire un filo conduttore, e di accompagnare il paziente durante tutto il percorso di recupero della propria autonomia, anche una volta rientrato al suo domicilio. ■

Intervista: Laura Simoni

Questo progetto ha il grande merito di offrire un filo conduttore, e di accompagnare il paziente famiglia durante tutto il percorso di recupero della propria autonomia

Rubrica: Visibilità

Il mondo professionale oggi è sempre più dinamico, richiede lo sviluppo di competenze sempre più specifiche per poter rispondere in modo professionale a problemi sempre più complessi, in molti settori nascono iniziative e vengono sviluppati progetti interessanti, che però rimangono spesso nell'ombra, conosciuti solo a chi lavora nel contesto interessato.

La rubrica "Visibilità", ha lo scopo di promuovere la conoscenza di quanto si muove nei vari contesti di cura: profili professionali, progetti, idee, novità che potrebbero contagiare, servire come spunto per arricchire ogni singola pratica professionale.

Se siete protagonisti di progetti, innovazioni interessanti che ritenete opportuno far conoscere ad un pubblico di professionisti, contattateci: segretariato@asiticino.ch



VACANZE ESTIVE

L'ufficio è chiuso dal 27.06.2016 al 17.07.2016

Apertura lunedì 18.07.2016

La felicità mi aspetta (e questa volta non farò tardi)

Chiara Pelossi-Angelucci



Cosa fai se tuo marito sceglie un'altra vita e la tua presenza non è più contemplata? Butti tutto all'aria e parti; tenti di soffocarti con le tue mani; o (in qualche modo) vai avanti? Agata, che fino a quel momento ha sempre saputo affrontare tutto con un sorriso, reagisce evitando la vita sociale e rifugiandosi nei ricordi. Ma trova anche sollievo e soddisfazioni nel lavoro: cucinare manicaretti le è sempre piaciuto e fondare una ditta di catering con la sua migliore amica e il fratello di lei è stata una scelta naturale. Persa in questo limbo, la sua vita le scorre fra le di-

ta. Per fortuna però, come talvolta succede, il cambiamento arriva inaspettato, grazie ad alcuni simpatici personaggi, tra i quali un nonno che si spaccia per grande filosofo – e che a ottant'anni suonati non ha ancora smesso di credere nell'amore – e un'impicciona zia Florinda che riesce sempre a dire la cosa sbagliata al momento giusto. E a quel punto toccherà ad Agata decidere se concedersi una seconda possibilità. Un romanzo leggero e frizzante, a ricordarci che la felicità è sempre in agguato... basta non farsi cogliere impreparati! ■

Informazioni



A partire dal 2016 la Sezione Ticino, conformemente all'art. 11 cpv 4., delibererà l'esclusione dei membri che non hanno versato la quota di adesione dopo l'invio del secondo richiamo di pagamento, viene quindi eliminato il terzo richiamo. Il secondo richiamo viene normalmente spedito nel mese di maggio, le esclusioni verranno effettuate entro il 20 giugno.

Art. 11 Esclusione di membri ordinari

1. L'esclusione di membri ordinari dalla sezione è possibile in presenza di gravi motivi; questa decisione spetta al comitato. Secondo gli statuti dell'ASI, questa esclusione comporta automaticamente anche l'esclusione dall'ASI.
2. Il membro interessato deve essere ascoltato prima della decisione.
3. I membri ordinari esclusi possono essere riammessi nella sezione non prima di un anno dalla loro esclusione. Questa disposizione si applica per analogia ai membri esclusi da una sezione che intendono essere riammessi in un'altra sezione dell'ASI.
4. Un membro ordinario può essere escluso se non provvede a versare la sua quota di adesione malgrado due richiami.



www.e-log.ch

**L'importanza della formazione
continua ben documentata**

CALENDARIO ATTIVITÀ ASI-SBK SEZIONE TICINO

CORSI – CONFERENZE – ATELIER – ASSEMBLEE **SETTEMBRE-DICEMBRE 2016**

DATA	CORSO	ANIMATORE
16 – 23 – 30 settembre 2016	Bendaggio compressivo – Arto Inferiore	Matteo Mottin massaggiatore medicale APF, formatore per adulti FSEA
27 settembre 2016	Alzheimer: la malattia, la comunicazione, l'assistenza al paziente	Michela Tomasoni Ortelli infermiera laureata in scienze della formazione
29 – 30 settembre 2016	L'arte della relazione sanitario-paziente	Vincenzo Santoro psicologo e psicoterapeuta
7 ottobre 2016	Le demenze precoci: malattie che si vorrebbero dimenticare o patologie emergenti da non scordare?	Alfredo Bodeo psicologo, indirizzo clinico e di comunità
12 ottobre 2016	La complessità delle cure in geriatria	Christian Musso responsabile settore cure e direttore sanitario Spitex-in-House, master in gestione sanitaria, DAS in geriatria
13 ottobre 2016	Grafologia ed orientamento professionale	Maria Anna Zaramella grafoanalista e rieducatrice della scrittura
17 ottobre 2016	Riflessologia del piede come mezzo comunicativo – approfondimento	Antonio Maglio riflessologo
18 ottobre 2016	Scelte nel fine vita	Daniela Tosi Imperatori docente
20 – 21 ottobre 2016	Spazio di riflessione a sentimenti ed emozioni nel lavoro socio-sanitario	Vincenzo Santoro psicologo e psicoterapeuta
26 ottobre 2016	Corso base di elettrocardiografia	Sergio Calzari infermiere
8 novembre 2016	Parkinson e parkinsonismi	Laura Canduci docente – ricercatrice SUPSI
10 novembre 2016	La comunicazione in campo professionale	Michela Tomasoni Ortelli infermiera laureata in scienze della formazione
14 – 15 novembre 2016	Riflessologia della mano	Antonio Maglio riflessologo
16 novembre 2016	La gestione del personale: dalla leadership alla valorizzazione	Christian Musso responsabile settore cure e direttore sanitario Spitex-in-House, master in gestione sanitaria, DAS in geriatria
18 novembre 2016	Il disagio, l'imbarazzo e la sofferenza del professionista della salute nella relazione d'aiuto con i familiari del paziente	Alfredo Bodeo psicologo, indirizzo clinico e di comunità
24 – 25 novembre 2016	Psicologia positiva e del benessere	Vincenzo Santoro psicologo e psicoterapeuta
28 novembre 2016	Il ruolo di formatore nella prassi infermieristica	Daniela Tosi Imperatori docente
5 – 6 dicembre 2016	Riflessologia del piede nelle problematiche intestinali	Antonio Maglio riflessologo
12 dicembre 2016	Igiene orale nelle cure	Milena Scaroni igienista dentale SSS
14 dicembre 2016	Insufficienza cardiaca: capirla per gestirla	Gavino Peruzzu infermiere specializzato in cure intense
15 – 16 dicembre 2016	Sensi di colpa: fra il condizionamento e la riconciliazione della nostra vita emotiva	Vincenzo Santoro psicologo e psicoterapeuta