

Cronaca regionale:

Assemblea generale ordinaria
Pomeriggio ASI-CRS-FORMAS

Approfondimenti:

La salute intesa come merce
da acquistare?

Visibilità:

Avere una stomia

Le relazioni con i familiari situazioni complesse, non familiari problematici



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

Allegato alla rivista
"Cure infermieristiche" 6/17

Segretariato ASI

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

Redazione

Mariano Cavolo
Roberto Guggiari
Pia Bagnaschi
Veronique Dayan

Supervisione

Pia Bagnaschi

Grafica e stampa

Arti grafiche Veladini, Lugano
www.veladini.ch

Foto copertina e articolo di pp. 4-5: Foto realizzate presso la Casa Anziani Circolo del Ticino di Sementina. Grazie per la gentile collaborazione del direttore Sig. Silvano Morisoli e alla responsabile delle cure Sig.ra Anna Abbondanza

Accogliamo con piacere, articoli, progetti da pubblicare, non esitate a contattarci all'indirizzo:
segretariato@asiticino.ch.

Le indicazioni in merito alla forma del testo sono pubblicate sul sito della sezione e possono essere scaricate direttamente:

www.asiticino.ch/index.php?id=96

SOMMARIO

Giugno 2017 - n. 2

3 Editoriale

Cronaca regionale

4 Giornata AdiCASI. Le relazioni con i famigliari (Veronique Dayan)

6 Pomeriggio ASI-CRS-FORMAS (redazione)

8 Assemblea generale ordinaria

Approfondimenti

10 La salute intesa come merce da acquistare? (Mariano Cavolo)

Visibilità

12 Avere una stomia: opportunità per continuare a vivere o incubo con cui convivere? (Chiara Bernasconi)

Invito alla lettura

15 Quando le cure falliscono

Informazioni

15 Per cure infermieristiche forti

Agenda

16 Calendario corsi

Il Nientino d'oro

Quando la forma vale più della sostanza



Si ha sempre l'impressione che le cose non possano mai cambiare. E invece cambiano. Tomasi di Lampedusa, celebre autore de <<Il Gattopardo>>, scriveva che *"Se tutto deve rimanere com'è, è necessario che tutto cambi"*. Si tratta di un enunciato che esprime un semplice paradosso o piuttosto nasconde un significato più profondo che è solo più difficile analizzare e comprendere?

In pratica potremmo dire che oggi tutto "è" quello che "sembra", perché la nostra identità più profonda si struttura in quei meccanismi di presentazione del sé che trova, per esempio, grande risalto nella cultura dell'apparire, negli esercizi di estetica, nel dare risalto più alla forma che al contenuto.

Vi è mai capitato di prendere in mano un dépliant patinato, oppure un volantino informativo, molto ben strutturato, con colori e frecce ben ponderati, ma che in sostanza, nei contenuti, è disarmante per la pochezza di ciò che esprime?

Del rapporto che lega forma e contenuto se ne discute dalla notte dei tempi. Chi fa un lavoro creativo, e negozia quotidianamente con contenuti in cerca di forma, sa bene che noi percepiamo e comprendiamo ed entriamo in contatto con qualcosa, solo nella forma in cui quel qualcosa si esprime per noi. Senza una "forma", qualsiasi "contenuto" rimane potenziale. La forma, dunque, non è un accessorio, ma la condizione necessaria perché il contenuto si manifesti a noi. Potremmo quindi affermare che percepiamo i contenuti, solo nella forma con cui si presentano. Un bel regalo, per esempio, lo è soprattutto grazie alla confezione con cui si presenta. Anche un bel "niente", se ben confezionato, fa la sua bella figura (un nientino d'oro!).

Il lavoro fantasioso e creativo, per molti versi, non è altro che un infinito tentativo di messa in forma di infiniti contenuti possibili. E oggi questo è fondamentale, la forma! La forma prima di tutto. La forma di un sito internet, la forma di una pubblicazione, la forma che diamo alla nostra identità sociale, eccetera.

Ma andare alla ricerca della forma senza avere un legame forte con un contenuto è un lavoro a vuoto. È fumo senza arrosto!

Eppure spesso si fa l'errore di concentrarsi sulle preoccupazioni formali senza controllare che ci sia qualcosa di consistente, di sostanziale, da mettere in forma. E questo succede perché lavorare sui contenuti è più difficile. Più incerto. E soprattutto perché aggiustare la forma è in fin dei conti più rassicurante che sbattersi sui contenuti: i quali, ancora privi di forma, scappano da tutte le parti, in tutti gli universi del possibile. Eppure, un lavoro solo formale non sta in piedi, e bisogna ricordarsene. Produce solo apparenze fragili. Fumo senza arrosto per l'appunto. E la delusione del nientino d'oro!

Nella speranza che i contenuti proposti in questo numero di giugno diano anche sostanza a questo periodico, vi auguriamo buona lettura.

Mariano Cavolo
Docente di cure infermieristiche al CPSI

23 marzo 2017 - Giornata AdiCASI

Le relazioni con i famigliari

situazioni complesse, non famigliari problematici

di Veronique Dayan



La seconda edizione della giornata organizzata dall'Associazione Svizzera Infermiere/i Sezione Ticino (ASI-SBK) e dall'Associazione dei Direttori delle Case per Anziani della Svizzera Italiana (ADICASI) si è tenuta il 23 marzo 2017 presso il Centro Eventi di Cadempino e ha riscontrato un buon successo di partecipazione.

Parlando della presa a carico delle persone anziane, è stato scelto di mettere a fuoco le relazioni che si sviluppano tra i famigliari e gli attori che prendono parte al processo di cura dei pazienti, fattore centrale e che incide direttamente sulla qualità delle cure. È stata quindi una buona opportunità di riflessione e analisi sulla questione, grazie a vari interventi da parte di specialisti e al supporto di Christian Musso, capo cure presso la Casa per Anziani (CpA) Aranda di Giubiasco e moderatore della giornata.

Intelligenza emotiva e ascolto

In apertura l'intervento di Eliano Catelli, presidente dell'Associazione Direttori Case Anziani (ADICASI), mette in luce l'importanza per i professionisti del settore di innescare un nuovo approccio nella presa a carico del paziente-ospite-residente, cercando di trasformare le difficoltà che si riscontrano nelle relazioni con i famigliari e le loro aspettative in una risorsa e strumento di lavoro. In questa ottica, un buon

esempio è la creazione di un gruppo interdisciplinare nato all'interno della struttura per rispondere in maniera globale e mirata ai bisogni espressi dai famigliari. Da questa esperienza emerge la necessità di sviluppare maggior intelligenza emotiva nell'ascolto e condividere in modo trasparente con i famigliari le iniziative intraprese per i loro cari, coinvolgendoli maggiormente, creando così un'alleanza e un rapporto di fiducia.

La famiglia è diventata vulnerabile

In una società che cambia, Vincenzo D'Angelo, docente ricercatore al DEASS della SUPSI, ha sottolineato, da un punto di vista sociologico, la necessità di capire le caratteristiche che distinguono la famiglia di oggi per poter adeguare in modo più specifico il concetto di cura. La famiglia, che è diventata vulnerabile e precaria nella sua struttura, che si basa su un concetto di individualizzazione, dove i ruoli cambiano al passo con le esigenze e i cambiamenti culturali e socio-economici, ha grande difficoltà a prendersi cura del proprio caro. Le cure sono delegate ai professionisti dei servizi e delle strutture. Il ruolo del familiare, che non cura più direttamente, ma che dice ai professionisti come curare il proprio caro, sta profondamente cambiando. È questo importante aspetto che i professionisti delle strutture dovranno affrontare in futuro.

Il bisogno dei famigliari di sentirsi rassicurati e magari anche di essere consolati è un aspetto centrale da non trascurare al momento della dimissione

"Family Care"

L'intervento di Fra Michele Ravetta, responsabile del servizio sociale presso l'ospedale San Giovanni di Bellinzona, mette in luce il concetto di "Family Care", dove la famiglia, diventando un erogatore di cura, necessita a sua volta di cura da parte dei professionisti, di tempo per digerire le decisioni prese per il futuro dei propri cari, altrimenti rischia di scoppiare e di avere difficoltà nel prendersi cura del proprio caro. A volte questo problema grava su un singolo - e forse unico - familiare. Ad una famiglia, paragonata metaforicamente a un bastione eretto con muri alti e difficilmente valicabili, si deve affiancare del personale empatico e comprensivo, come un ponte che facilita l'accesso alla fortezza. In questo senso il servizio offerto dal "Family Care" mira ad accogliere le richieste, ascoltare i punti di vista di tutte le parti in gioco per non lasciare sola la famiglia nella presa di decisioni difficili al momento della dimissione dall'ospedale e orientare quest'ultima a interventi interdisciplinari dove vengono attivate tutte le risorse disponibili sul territorio. Il bisogno dei familiari di sentirsi rassicurati e magari anche di essere consolati è un aspetto centrale da non trascurare al momento della dimissione. È bene ricordare che ci sono situazioni problematiche da risolvere, non familiari problematici da affrontare.

Molto apprezzato anche l'intervento di Luisa Lomazzi, al quale sarà dato maggiore risalto in un articolo che apparirà nel numero di settembre.

La decisionalità dei curanti

L'istituto e i professionisti del settore diventano così una "protesi", un sostegno per i familiari. Un aspetto che Giorgio Omodeo Salé, psichiatra e psicoterapeuta a Milano, mette in luce parlando delle dinamiche a doppia faccia che si osservano nelle relazioni tra parenti e curanti. È importante riconoscere in modo consapevole che relazionarsi con i parenti può diventare faticoso e ostacolare il processo di cura dell'anziano in CpA. Il coinvolgimento sentimentale di un parente che proietta sul personale curante le proprie frustrazioni e sensi di colpa per aver deciso di istituzionalizzare il proprio caro annebbia la sua consapevolezza. Se è presente un coinvolgimento sentimentale, il giudizio trema (eloquente l'esempio del chirurgo al quale trema la mano quando deve eseguire un intervento chirurgico al proprio figlio, ferito in un incidente stradale). È quindi necessario innescare un cambiamento culturale di fondo che ha a che fare con la decisionalità. Un curante competente, perché meno coinvolto sentimentalmente, ha una migliore visione d'insieme per prendere decisioni coerenti e adeguate per l'anziano. In questo senso, il curante è la figura più adatta nel processo decisionale, sa cosa è giusto fare in una determinata situazione e appare auspicabile che egli possa scegliere con maggior autonomia.

La giornata è stata inoltre allietata da brevi intermezzi teatrali proposti dal duo Gaby & Alessandra, che, prendendo spunto dalle realtà vissute in CpA, hanno proposto divertenti ed eloquenti scenette adatte per stimolare il dibattito. ■

Il coinvolgimento sentimentale di un parente che proietta sul personale curante le proprie frustrazioni e sensi di colpa per aver deciso di istituzionalizzare il proprio caro annebbia la sua consapevolezza



Pomeriggio ASI-CRS-FORMAS

Redazione

Nel mese di aprile si è tenuto un pomeriggio di studio, organizzato dall'ASI - CRS e FORMAS. È stata questa l'occasione, fra l'altro, per conoscere la dott.ssa Liala Cattaneo, coordinatrice del Laboratorio di psicopatologia del lavoro, dell'OSC.

Quanto segue è una sintesi del suo intervento sul tema dello stress lavorativo.

Lo stress è un fenomeno concreto e scientificamente studiato da più di 70 anni (motivo per il quale si trovano diverse definizioni del fenomeno). Detto in una frase, molto generale, **lo stress è la risposta dell'organismo ad ogni sollecitazione proveniente dall'esterno**. In altre parole, è una reazione individuale, soggettiva, che risulta dall'interazione tra l'ambiente da una parte e le risorse, le capacità e le possibilità dell'individuo dall'altra. Il primo studio sullo stress fu eseguito da Hans Selye, medico e biologo austriaco che dopo aver studiato alcuni anni a Praga si trasferì in Canada, all'università di Montreal. Egli partì dalla constatazione che **la vita è costellata di cambiamenti** di varia natura e importanza: gli sbalzi di temperatura, le variazioni delle abitudini alimentari oppure eventi più importanti quali l'inizio o la fine di un impiego, un lutto, una perdita. Tutti questi cambiamenti stimolano l'organismo ad una risposta chiamata **"risposta di stress"** che serve all'individuo per adattarsi alla novità.

Interessante è anche la definizione di Bruno Fortin¹ che utilizza un altro concetto, quello di equilibrio. "Lo stress può essere definito come una **perturbazione dell'equilibrio**, un'interruzione del concatenamento regolare delle abitudini, che obbligano l'individuo a tentare di ritrovare il suo equilibrio anteriore o a ritrovarne uno nuovo".

Riassumendo, si può affermare che "una situazione di stress si verifica quando una richiesta dell'ambiente esterno (o interno in caso di malattia) mette alla prova o supera le capacità di adattamento di un individuo (o di un sistema o organismo)"².



Hans Selye

Lo stress è dunque l'associazione di due elementi inscindibili:

- una **sollecitazione** / una situazione / un fattore stressante
- una **risposta** dell'organismo a questa sollecitazione

Questa risposta attiva processi fisiologici che operano lungo due vie:

- **adrenalina**: l'adrenalina permette di agire, di affrontare l'evento in modo rapido e valido. Essa libera le riserve di zucchero, favorendo il funzionamento del cervello e dei muscoli. L'adrenalina provoca inoltre l'accelerazione del battito cardiaco. Questa risposta è alla base di una **sindrome** chiamata "di lotta o fuga"³: è quella sindrome che ha permesso all'uomo primitivo di sopravvivere e procreare;
- la seconda via è quella **endocrina**: gli ormoni corticosteroidi, di cui il più importante è il **cortisolo**, vengono chiamati "adattivi" proprio perché permettono di prepararsi e adattarsi all'incombenza. Essi danno tono all'organismo e alla psiche, permettendo all'individuo di affrontare l'evento stressante: è lo **stress benefico (eustress)**. In genere, dunque, questa risposta permette una maggiore sopportazione, anche se come vedremo più avanti, alla lunga provoca un indebolimento del sistema immunitario.

I cambiamenti prodotti con tale risposta costituiscono la **"sindrome generale di adattamento"** (Gas). Inizialmente Selye supposeva che tale reazione fosse la conseguenza di situazioni ed eventi negativi, come una malattia, un lutto, l'esposizione prolungata a situazioni difficili. Successivamente notò come tale reazione poteva applicarsi anche ad aspetti piacevoli della vita. Per questo particolare aspetto conì il termine **eustress**, differenziandolo da quello di stress.

Lo stress non è di per sé una reazione negativa, anzi, l'assenza dei meccanismi di stress è di fatto incompatibile con la vita. Selye ha più volte ribadito che "l'assenza di stress

Lo stress è una reazione individuale, soggettiva, che risulta dall'interazione tra l'ambiente da una parte e le risorse, le capacità e le possibilità dell'individuo dall'altra



Dott.ssa Liala Cattaneo
Coordinatrice del Laboratorio di psicopatologia del lavoro

1 B. Fortin, "La gestion du stress au travail", Editions les consultations pédagogiques Fortin, Montréal.

2 Lazarus, psicologo a Berkley, California.

3 Cannon, fisiologo.

4 Lo stress lavorativo costa alla Svizzera 8 miliardi di franchi

La maggior parte delle persone intervistate si ritiene stressata. Il 70% dichiara di avere comunque la situazione sotto controllo e di godere di buona salute.

Più donne che uomini soffrono di stress.

I giovani sono più stressati delle persone tra i 45 e i 65 anni.

Il 12% della popolazione attiva è a rischio. Queste persone reputano cattivo il loro stato di salute e sono costrette a prendere medicinali, a richiedere assistenza medica e a limitare le loro attività in ambito professionale o privato.

Il totale dei costi per la cura di disturbi alla salute in relazione con il lavoro, inclusi gli infortuni e le malattie professionali, si aggira attorno agli 8 miliardi di franchi circa.

Ciò equivale al 2.3% del prodotto interno lordo (PIL).

4.2 miliardi di franchi di spese sono riconducibili direttamente allo stress.

I costi per le prestazioni mediche ammontano all'incirca a 1.4 miliardi di franchi, mentre quelli legati all'automedicazione a 348 milioni.

A ciò si aggiungono circa 2.4 miliardi di franchi per le assenze sul posto di lavoro dovute alla tensione nervosa.

Le conseguenze di circostanze negative sul lavoro non vanno sottovalutate. L'aumento dei disturbi alla salute è dovuto in particolare all'intensificazione degli orari di lavoro, all'acceleramento dei ritmi di lavoro, alla necessità di adattarsi continuamente a nuove circostanze nonché alle riorganizzazioni all'interno delle imprese. Oltre alle condizioni di lavoro, anche l'attività stessa e l'ambiente di lavoro rivestono spesso un ruolo decisivo nella gestione dello stress quotidiano.

equivale alla morte". Anche se da tempo si cerca di accreditarlo come malattia sociale, lo stress (eustress) non è correlabile a una patologia. Solo quando le richieste ambientali superano le reali capacità di coping dell'individuo, la discrepanza tra lo stimolo e la risposta (**distress**), può causare nel soggetto una sensazione di stanchezza e una maggiore vulnerabilità allo sviluppo delle malattie.

A questo proposito, vorrei citare nuovamente Seyle, al quale va il merito di aver individuato i **tre stadi** che caratterizzano la risposta dell'individuo alle situazioni critiche, da lui definite come "stressors" (agenti stressanti). Questi tre stadi sono: la reazione di allarme, la resistenza o l'adattamento, l'esaurimento.

1. La prima fase è quella della **reazione di allarme**: l'agente stressante comincia a far sentire la sua azione sull'organismo. In principio, questi fenomeni sono quasi sempre nocivi, poiché l'organismo si trova in condizioni diverse da quelle abituali. Compaiono però quasi subito i "fenomeni di difesa", rappresentati perlopiù da una maggiore produzione di corticosteroidi.
2. Il secondo stadio è quello dell'**adattamento** vero e proprio. L'organismo si adatta e "sopporta" l'azione svolta dall'agente stressante.
3. Questa capacità dell'organismo però non può durare all'infinito. Se l'azione dell'agente stressante continua, l'organismo non la sopporta più, poiché esaurisce le proprie risorse. Si entra allora nella terza fase, quella dell'**esaurimento**: l'organismo soccombe e si hanno allora alterazioni permanenti.

Cito: "sfortunatamente, l'uomo incontra ogni giorno delle esperienze stressanti, ciascuna delle quali lascia un **segno** che, accumulandosi nel tempo, porta in sé i germi della malattia". Seyle indica questo segno con il nome di "**cicatrice chimica**", la quale altro non è che l'accentuazione di ciò che noi comunemente chiamiamo "usura della vita".

L'obiettivo dunque non è eliminare lo stress, ma saperlo usare in modo costruttivo! ⁴

Nel 1966, **Richard Lazarus**, Università di Berkley, rielaborò la concezione di stress introducendo e specificando un processo in grado di spiegare meglio gli effetti delle situazioni stressanti. Secondo Lazarus lo stress non ri-



siede né dentro la persona, né nella situazione ma dipende da come la persona **valuta** tale situazione e vi si adatta. La valutazione è un'attività cognitiva di attribuzione di significato. Lazarus identificò due distinti, benché tra loro collegati, processi di valutazione:

- **valutazione primaria**: stima individuale dell'importanza e della intensità della causa di stress. Ad esempio, parlare in pubblico costituisce per alcuni un evento particolarmente difficile e faticoso, mentre per altri costituisce una prestazione professionale come tante altre. Lazarus e collaboratori proposero tre tipi di valutazione: "perdita", quando avviene un lutto o si perde qualcosa di importante; "minaccia" quando la situazione implica delle potenziali conseguenze negative; "sfida", quando viene elaborata come una potenziale occasione di crescita o per trarre vantaggi.
- **valutazione secondaria**: stima delle risorse di cui si dispone e della gamma di strategie possibili (coping) per far fronte alla situazione. Se le risorse o le strategie sembrano adeguate ad affrontare la situazione (per come è stata valutata attraverso il primo processo) allora le conseguenze dello stress sono minime.

Le due forme di valutazione oltre che essere interconnesse e collegate al sistema emotivo individuale, sono anche in funzione del tipo di eventi da affrontare, della loro prevedibilità e del grado di controllo che si ritiene di avere su di loro. ■

Assemblea Generale ordinaria

del 23 marzo 2017 presso Centroeventi Cadempino

Alla presenza di 25 persone (membri aventi diritto di voto 14) la Presidente Signora Luzia Mariani-Abächerli da inizio ai lavori.

Apertura dell'Assemblea Ordinaria da parte della Presidente Signora Luzia Mariani-Abächerli

La Presidente saluta i presenti e li ringrazia della loro partecipazione.

Designazione degli Scrutatori

Vengono nominati le Signore Laura Simoni-Giacobbe e Luana Zanetti.

Approvazione Verbale Assemblea Generale Ordinaria del 05.04.2016

Il Verbale viene approvato all'unanimità.

Rapporto della Presidente ed approvazione

Il 2016 é stato un anno caratterizzato da un impegno per lo sviluppo nei seguenti ambiti:

- politica professionale
- immagine e sviluppo professionale
- sostegno ai membri
- collaborazione ed alleanze

Viene brevemente presentata l'attività dei gruppi di lavoro.

Viene presa visione dell'evoluzione membri dal 2006 al 2016.

Il Rapporto della Presidente viene approvato all'unanimità.

Presentazione dei conti 2016

Vengono presentati i conti d'esercizio 2016 ed il bilancio al 31 dicembre 2016.

Rapporto Revisori dei Conti

Viene letto il Rapporto firmato dalle Signore Paola Bützberger e Nadia Ferrari Grandi.

Approvazione dei conti d'esercizio 2016 e scarico al Comitato

I conti d'esercizio 2016 vengono approvati all'unanimità e se ne dà scarico al Comitato.

Preventivo 2017 ed approvazione

Il preventivo 2017 viene approvato all'unanimità.

Nomine statutarie

Membri del Comitato:

Dimissioni:

Signora Gloria Camillo
Signora Laura Simoni-Giacobbe
Signora Michela Tomasoni-Ortelli

Nomine :

Signora Veronique Dayan
eletta all'unanimità
Signor Roberto Guggiari
eletto all'unanimità
Signora Judith Vasquez T. Cannistraro
eletta all'unanimità

Scadenza mandato:

Signora Silvia Rossi
rieletta all'unanimità

Vice Presidente:

Dimissioni:

Signora Laura Simoni-Giacobbe

Delegati:

Dimissioni:

Signora Isabel Corti-Ginesta
Signor Mauro Realini
Signora Judith Vasquez T. Cannistraro

Nomine:

Signor Dante Cheda
eletto all'unanimità
Signor Massimiliano Montanari
eletto all'unanimità
Signora Michela Tomasoni-Ortelli
eletta all'unanimità

Supplenti Delegati:

Dimissioni:

Signora Anna Abbondanza
Signora Veronique Dayan

Nomine:

Signora Isabel Corti-Ginesta
eletta all'unanimità
Signora Laura Simoni-Giacobbe
eletta all'unanimità

Scadenza mandato:

Signor Ivan Cinesi
rieletto all'unanimità

La Sezione ringrazia i membri dimissionari per l'ottimo lavoro svolto.



Iniziativa popolare Per Cure Infermieristiche Forti

Signora Elena Zaugg – Presidente SBK ASI e Signora Annette Biegger – membro Comitato Centrale

Breve presentazione dell'iniziativa popolare. Fino ad ora raccolte 30'000 firme.

La Signora Luzia Mariani-Abächerli ringrazia la Signora Yvonne Willem-Cavalli (Capo Area Infermieristica EOC) ed il Signor Graziano Meli (Responsabile formazione base DEASS SUPSI) per la collaborazione.

Diversi

Giornata Internazionale Infermieri 12 Maggio 2017

La profession infirmière: Une voix faite pour diriger - atteindre les objectifs de développement durable plus résilients

Congresso ASI SBK 2017

Il Congresso si svolgerà a Berna dal 17 al 19 Maggio 2017.

Obiettivi ASI SBK Sezione Ticino 2017

1. 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

2. 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
- promuovere l'iniziativa popolare raccogliendo il maggior numero possibile di firme

3. 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

Bachelor of Science in Cure Infermieristiche – Formazione abbreviata per infermieri diplomati

Il Signor Graziano Meli illustra brevemente la formazione abbreviata per infermieri diplomati che desiderano ottenere il titolo di Bachelor of Science SUPSI in Cure Infermieristiche. ■

La salute intesa come merce da acquistare?

Quando la bulimia di evidenze e dati scientifici non porta vantaggi

di Mariano Cavolo



In un recente articolo, Nino Cartabellotta, fondatore del “Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze (GIMBE)”, afferma come la ricerca biomedica è sempre più afflitta da un imbarazzante paradosso: numerose scoperte inizialmente promettenti finiscono per non determinare alcun miglioramento nell’assistenza sanitaria, ovvero non riescono a generare robuste evidenze scientifiche da integrare nelle decisioni che riguardano la salute delle persone. Se considerevoli investimenti (240 miliardi di dollari nel 2010) hanno permesso di ottenere rilevanti miglioramenti della salute delle popolazioni, potrebbero essere raggiunti ulteriori traguardi a patto di eliminare sprechi ed inefficienze nei processi attraverso cui la ricerca viene commissionata, pianificata, condotta, analizzata, normata, gestita, disseminata e pubblicata.

Infatti, secondo Ian Chalmers e Paul Glasziou (Lancet 2009) gli sprechi nella ricerca biomedica ammontano all’85% degli investimenti: quesiti di ricerca inadeguati, cattiva qualità dei disegni di studio, inaccessibilità dei risultati della ricerca, risultati distorti da reporting selettivi e altri tipi di bias.

Per esempio, l’obiettivo principale dell’industria farmaceutica e biomedicale è quello di massimizzare i profitti sia immettendo continuamente nuovi prodotti, sia proteggendo ed espandendo le proprie quote di mercato.

Nella ricerca clinica finanziata dall’industria, il disegno dello studio e la scelta dell’intervento di confronto possono essere condizionate da ragioni di puro marketing; inoltre, sono sempre più diffusi i cosiddetti trial di disseminazione, che hanno l’obiettivo primario di rendere familiari i nuovi farmaci, piuttosto che generare nuove conoscenze. Gli interessi economici dell’industria hanno contribuito a trasformare la salute in una merce che può essere acquistata, un messaggio che distorce notevolmente la percezione di altri stakeholders, in particolare di cittadini e pazienti. La logica del profitto permea tutto quanto coinvolge l’industria, incluse le interazioni con ricercatori e professionisti sanitari che, nella maggioranza dei casi, sono indipendenti solo in apparenza.

Anche le riviste biomediche rappresentano un business molto redditizio, dove i tentativi di massimizzare gli introiti non sono sempre compatibili con l’obiettivo di pubblicare esclusivamente studi di elevata qualità e rilevanti per la salute pubblica. Nel 2013 Randy Schekman, in occasione della consegna del Nobel per la Fisiologia o la Medicina, ha lanciato su The Guardian un feroce attacco: «Le “riviste di lusso” dovrebbero costituire paradigmi di qualità e pubblicare solo la ricerca migliore. Considerato che la rivista è un indicatore di qualità della ricerca, pubblicare su queste testate spesso garantisce fi-

Gli interessi economici dell’industria hanno contribuito a trasformare la salute in una merce che può essere acquistata



Quando le risorse scarseggiano e la competizione è molto elevata, i ricercatori possono scegliere la strada più comoda

nanziamenti e cattedre. Tuttavia, la reputazione di cui godono queste importanti riviste è meritata solo in parte, perché se è assolutamente certo che pubblicano numerosi articoli rilevanti, è altrettanto vero che non pubblicano esclusivamente quelli, né sono le uniche a pubblicare ricerca rilevante».

Governi e politici sono fondamentali per la concessione di finanziamenti indispensabili in aree rilevanti per la salute pubblica, ma trascurate dall'industria perché le opportunità di profitto sono minime o nulle. Anche se i finanziatori istituzionali non sono generalmente guidati da logiche di profitto, occorre non sottovalutare altri aspetti rilevanti: la politica, per dimostrare il successo di una strategia di finanziamento che assicura lavoro ai ricercatori, si basa in parte sui risultati ottenuti in tempi brevi. Poiché i frutti di decisioni strategiche sulla ricerca emergono solo dopo molti anni, chi deve erogare finanziamenti pubblici si basa spesso su indicatori surrogati, che non rappresentano misure affidabili della qualità della ricerca, né tantomeno della loro rilevanza clinica e sociale.

I fattori sociali e culturali giocano un ruolo rilevante. La scienza non è fatta da modelli virtuosi, ma da esseri umani orientati ai propri interessi che possono compromettere elevati standard di rigore morale se coinvolti in relazioni commerciali o conflitti di interesse di altra natura. Quando le risorse scarseggiano e la competizione è molto elevata, i ricercatori possono scegliere la strada più comoda e veloce, piuttosto che la migliore, optando per una facile vittoria a scapito della correttezza. Le regole di incentivazione e

promozione degli enti di ricerca e delle istituzioni accademiche concorrono a costruire il contesto sociale e culturale in cui viene realizzata la ricerca. Concentrare l'attenzione sulla pubblicazione dei risultati su riviste con elevato impatto sul pubblico e sull'acquisizione dei finanziamenti induce i ricercatori a inseguire il successo a breve termine, piuttosto che condurre studi robusti che impiegherebbero più tempo per produrre risultati meno eclatanti, ma più validi e rilevanti per la salute pubblica.

Oggi è arrivato il momento di dare nuovo vigore al processo scientifico e porre fine alle distorsioni utilizzando contro-influenze di bilanciamento: ad esempio, invece di essere giudicati sulla base dell'impatto sul pubblico delle riviste che pubblicano i loro studi, i ricercatori dovrebbero essere valutati con altri indicatori che documentano la rilevanza clinica e sociale delle evidenze prodotte, quali il rigore metodologico, la disseminazione delle ricerche, la qualità dei report, la riproducibilità dei risultati. Sono, inoltre, necessari nuovi sistemi di supervisione e regolamentazione finalizzati a promuovere il rigore metodologico, a proteggere l'integrità del processo scientifico e ad allontanare i ricercatori da influenze perverse.

Solo in questo modo la comunità scientifica potrebbe finalmente proteggere se stessa dai sofismi della politica, separare le conflittuali logiche capitalistiche da quelle della scienza e dare reale valore al denaro dei finanziatori liberali e dei contribuenti, aumentando il valore aggiunto e riducendo gli sprechi della ricerca biomedica. ■

Avere una stomia: opportunità per continuare a vivere o incubo con cui convivere?

di Chiara Bernasconi*

«Trovo che questo handicap, che non si vede, mi abbia condizionato molto la vita, soprattutto nei primi anni [...]. A livello affettivo ho difficoltà a trovare una compagna di vita e affetti sinceri [...]. Sicuramente mi sono creato un muro invisibile che fa da barriera alle nuove conoscenze, ma d'altra parte mi scontro con i pregiudizi reali di chi viene a sapere del mio problema e non ne capisce niente...»

(Testimonianza di un paziente 39enne portatore di ileostomia permanente).

«Questa disgustosa cosa attaccata alla mia pancia non sarà mai parte di me... mi ha rovinato la vita... non avrò mai più una vita normale... Preferirei la morte alla vita con la stomia...»

(Testimonianza di un paziente 63enne portatore di colostomia permanente).

L'interesse per questo tema è nato durante la presa in cura di un paziente stomizzato che, proprio a causa della stomia, ha sviluppato una profonda depressione e idee suicidali. La sua storia (apertura creata dal chirurgo nell'addome per espellere le feci quando il normale sistema di eliminazione non funziona più per varie cause), unita alle testimonianze riportate sopra, ha spinto a indagare cosa ci fosse oltre la "semplice" dimensione fisica, oltre l'intervento chirurgico di routine. Le prime ricerche effettuate hanno confermato che la stomia viene molto spesso associata alla dimensione fisica; subito si pensa a come educare il paziente in modo che la sappia gestire adeguatamente, a comunicargli dove acquistare il materiale, ecc. La dimensione psicologica passa perciò in secondo piano.

Attraverso una revisione sistematica della letteratura l'intento era dunque quello di capire come vive il paziente il confezionamento della stomia a livello psicologico e in che modo la stomia influenza la sua QDV (Qualità di Vita). L'obiettivo consisteva dunque nel focalizzare l'attenzione sulle conseguenze fisicamente non visibili che la stomia causa e sulle dimensioni della QDV che compromette.

Tutto ciò mira a sottolineare l'importanza di indagare il vissuto dei pazienti per poter attuare una buona e globale presa in cura infermieristica.

Da ultimo, sono state ricercate e messe a confronto le strategie di coping (ovvero quelle messe in atto per far fronte a situazioni difficili) di coloro che vivono la stomia come una tragedia con quelle di chi è invece riuscito a imparare a convivere.

Implicazioni per la pratica professionale

Ma perché dare importanza alla qualità di vita del paziente stomizzato? E a quale scopo

focalizzarsi sulle conseguenze psicologiche che la stomia comporta?

Numerose evidenze scientifiche affermano che il numero di pazienti stomizzati è a oggi molto consistente e in continuo aumento (solo in Svizzera ogni anno vengono confezionate 3'500 stomie).

Gli infermieri che si prenderanno cura di queste persone devono quindi essere in grado di attuare una presa in cura globale.

Con questo articolo la speranza è dunque quella di riuscire a fornire un numero consistente di informazioni che possano permettere agli operatori sanitari di prendersi cura nel migliore dei modi di queste persone, future o già portatrici di stomia, in modo da evitare l'insorgenza di devastanti conseguenze soprattutto fisiche, psicologiche e sociali. Malgrado l'estensione del fenomeno, gli studi dimostrano infatti che spesso la qualità di vita del paziente stomizzato risulta essere insoddisfacente, con il conseguente sviluppo di svariate problematiche a breve illustrate.

Oltre agli immediati cambiamenti di natura fisica causati dalla stomia, questi pazienti subiscono un notevole impatto psicologico che necessita di essere considerato. La letteratura degli ultimi dodici anni dimostra che quando viene confezionata una stomia la persona subisce un impatto psicologico e sociale non indifferente che il curante deve essere in grado di gestire.

Il paziente stomizzato necessita accompagnamento e sostegno costante; l'assistenza infermieristica è essenziale sia nel periodo pre che post operatorio. Prima dell'intervento è fondamentale effettuare un'accurata anamnesi, prestando attenzione allo stato emotivo e alle paure del paziente (le più comuni concernono l'intervento, la malattia, la stomia (odore, visibilità, funzionamento, abbigliamento), ecc.). Altre componenti dell'assistenza pre operatoria sono le seguenti: concedere spazi privile-



Gli infermieri che si prenderanno cura di queste persone devono essere in grado di attuare una presa in cura globale

giati per porre domande, pianificare un incontro con il chirurgo e con la stomaterapista, spiegare i dettagli della patologia, dell'intervento e della stomia (aspetto esteriore) con un linguaggio comprensibile al paziente, insegnare tecniche di rilassamento. In questa fase è inoltre utile provvedere al posizionamento della stomia (il quale deve essere visibile al paziente) e all'applicazione della sacca (aiuta il paziente a elaborare). Non dimenticare di usare gli strumenti di supporto quali brochure informativa (disegni e foto), differenti tipi di sacchetti e, se può essere d'aiuto, organizzare un incontro con un paziente stomizzato.

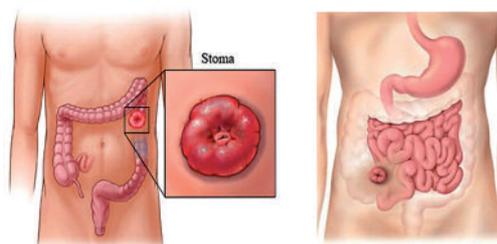
L'assistenza post-operatoria è invece caratterizzata da: impostazione di un piano di assistenza centrato su bisogni fisici, emotivi e sociali, educazione e accompagnamento al paziente al fine di renderlo autonomo nella gestione della stomia, tematizzazione dell'alterazione dell'immagine corporea, assistenza al primo contatto visivo e tattile con lo stoma. Le misure educative basilari comprendono: igiene dello stoma, cura della cute, svuotamento e cambio del sacchetto di raccolta, acquisto del materiale, ritaglio della placca. Sarà inoltre necessario istruire il paziente in merito al monitoraggio di eventuali complicanze quali edema, retrazione, prolasso, stenosi, ernie, fistola, ristagno fecale, dermatite, ecc. Da ultimo è essenziale fornire sempre sostegno emozionale, aiutare a ridimensionare pensieri catastrofici (adottare una visione più realistica della realtà) e coinvolgere i famigliari (senza però permettere che si sostituiscano al paziente).

Sia per quanto riguarda il periodo pre-operatorio che quello post-operatorio il punto cruciale consiste nel fornire informazioni. Più il paziente è informato e più ha la possibilità di riacquistare e mantenere il controllo della situazione. Avrà meno ansia, meno paura e sarà più fiducioso e compliant.

Risultati

Gli studi analizzati sono unanimi nell'affermare che la stomia compromette in modo significativo tutte le dimensioni della QDV (fisica, psicologica, sociale, economica, spirituale) del paziente che ne è portatore. Le problematiche maggiormente riscontrate, raggruppate secondo le dimensioni principali della QDV, vengono ora presentate.

Per quanto riguarda la dimensione fisica dominano: **alterazione dell'immagine cor-**



porea (sempre presente, porta all'isolamento sociale (paura del giudizio e di non corrispondere ai canoni di bellezza), è una perdita che va elaborata come un lutto, viene vista come sfigurata e priva di attrattività, porta a depressione, calo dell'autostima, ansia, solitudine); **perdita del controllo sfinterico** (scatena imbarazzo e vergogna, compromette la dignità, porta all'evitamento dei contatti sociali (percezione di essere sporchi), risulta più difficile da accettare rispetto alla diagnosi di cancro); **cattivo odore, perdite e complicazioni relative allo stoma** (il terrore del cattivo odore e delle perdite porta all'isolamento sociale); **compromissione della sessualità** (gli uomini provano perdita di virilità, dignità, impotenza; le donne invece perdita di attrattività, paura del rifiuto, vergogna, intolleranza al tocco, anedonia, dispareunia); **alterazione dell'alimentazione e del sonno** (modifica della dieta a causa della flatulenza e dell'assorbimento alterato, perdita della componente sociale legata all'alimentazione, risvegli frequenti, insonnia causata dalla paura per l'apertura accidentale del sacchetto).

A caratterizzare la dimensione psicologica ci sono: **ansia, depressione e solitudine** (portano all'isolamento e compromettono la QDV. L'ansia è causata da: alterazione dell'immagine corporea, incapacità di controllo della stomia, perdite, restrizioni allo stile di vita, perdita dell'integrità fisica, diagnosi di cancro associata a morte e sofferenza); **im-**

Più il paziente è informato e più ha la possibilità di riacquistare e mantenere il controllo della situazione. Avrà meno ansia, meno paura e sarà più fiducioso e compliant

barazzo e vergogna (causati da: rumore correlato al funzionamento della stomia, cattivo odore, perdite. Conducono all'isolamento sociale per paura che possa accadere qualcosa); **perdita del controllo della situazione** (sensazione di aver perso indipendenza, sicurezza, integrità corporea, dignità e di essere in balia degli eventi); **calo dell'autostima** (svalutazione di sé e delle proprie risorse, insorgenza di pensieri catastrofici); **ri-fiuto** (shock e disgusto, incapacità di guardare la stomia).

Per quanto concerne la dimensione sociale, si evidenziano: **stigmatizzazione** (isolamento, percezione di essere «sbagliati» ovvero non corrispondenti ai canoni di bellezza e funzionalità richiesti, disagio in presenza degli altri per paura di critiche e commenti); **disinvestimento nelle attività sociali** (ruolo passivo, paura di non saper gestire la stomia, pensiero fisso, volontà di nascondere la stomia); **abbandono del lavoro e dell'attività sportiva** (cause: situazioni imbarazzanti, non trovare un luogo riservato per svuotare la stomia, violazione della privacy, rumore, cattivo odore, perdite, incompatibilità dell'attività con la stomia, disagio nell'incontro con l'altro in quanto non si sa a chi rivelare la presenza della stomia); **isolamento** (la percezione di essere sporchi e inadeguati porta all'allontanamento dai luoghi pubblici/sacri; la paura di trovarsi in situazioni ingestibili, di essere umiliati o frustrati induce a isolarsi); **difficoltà nella relazione di coppia e nei contatti sociali** (percezione di non essere capiti, convinzione che la famiglia provi disgusto, abbandono degli amici per mantenere il segreto e delle relazioni intime per vergogna). L'abbandono del lavoro incide evidentemente sulla dimensione economica, con la conseguente difficoltà a far fronte ai costi che la stomia comporta.

Coloro che rifiutano la stomia mettono in atto il coping centrato sull'evitamento, la negazione (come se la stomia non esistesse, rifiuto di prendersene cura), l'isolamento sociale (con aumento di depressione e pessimismo), i pensieri catastrofici («Per vivere così era meglio morire») e la fuga dalla realtà (troppo dolorosa per essere accettata). Le strategie funzionali, messe in atto da chi ha imparato a convivere con la stomia, sarebbero invece le seguenti: mantenere l'attività lavorativa (per distogliere l'attenzione dalla stomia), vivere con qualcuno, autogestione della stomia, partecipazione a gruppi di auto-aiuto, condurre una vita

normale, speranza, ottimismo, pensieri positivi, attuare una ristrutturazione cognitiva (diversa interpretazione della realtà), riconoscere e apprezzare i miglioramenti, mantenere i contatti e le attività sociali, umorismo, cercare di prevedere possibili eventi stressanti, avere fiducia nella fede.

Conclusione

La stomia compromette in modo significativo tutte le dimensioni della QDV. I problemi causati dalla stomia possono essere evitati o almeno contenuti grazie a una presa in cura globale del paziente, sia prima che dopo l'intervento (in questo l'infermiere ha un ruolo chiave in quanto è la figura professionale maggiormente a contatto con il paziente). Cure tecniche, insegnamento, accompagnamento e sostegno costante determinano come il paziente accetterà la stomia. La presa in cura globale accresce il valore e la qualità dell'assistenza erogata e aumenta la QDV dei pazienti stomizzati. L'infermiere deve saper gestire gli aspetti psicologici e sociali tanto quanto quelli fisici e fornire un'assistenza che copra tutte le dimensioni della QDV. Impostare l'assistenza unicamente sulla dimensione fisica difficilmente permetterà alla persona di integrare la stomia nella propria vita. Per un infermiere, prendersi cura di un paziente stomizzato significa: ridurre e risolvere i suoi disturbi funzionali, aiutarlo a sviluppare pensieri positivi e valide strategie di coping, preservare la sua dignità, aiutarlo a organizzare la vita mantenendo abitudini e indipendenza, stimolare la ripresa dell'autonomia nelle attività di vita quotidiana e la cura della stomia, rinforzarlo positivamente, riconoscere le sue doti e le sue capacità, monitorare il tono dell'umore, accompagnarlo nel riconoscimento delle emozioni e del nuovo corpo, fornire un'educazione pre e post operatoria, esserci (nei successi e nelle delusioni), curare il malato e non la malattia, focalizzarsi sulle risorse e non insistere sui limiti, stabilire piccoli obiettivi che possano consentire alla persona di riprendere in mano le redini della propria vita. In sintesi, l'infermiere deve essere disposto ad accettare bisogni e richieste del paziente stomizzato e deve essere in grado di andare oltre le cure standardizzate («Cosa mi sta chiedendo il paziente?»; questo è il punto di partenza...). ■

* **Chiara Bernasconi**, classe 1993. Premio Talenti Thesis 2016 SUPSI. Infermiera presso EOC-Ospedale Civico Lugano

Bibliografia

Kiliç, E., Taycan, O., Belli, A., and Özmen, M. (2007). The Effect of Permanent Ostomy on Body Image, Self-Esteem, Marital Adjustment, and Sexual Functioning. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(4), 1-8.

Krouse, R., Grant, M., Ferrell, B., et al. (2007). Quality of Life Outcomes in 599 Cancer and Non-Cancer Patients with Colostomies. *Journal of Surgical Research*, 138(1), 79-87.

Liao, C., Qin, Y. (2014). Factors associated with stoma quality of life among stoma patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(2), 196-201.

Popek, S., Grant, M., Gemmill, R., et al. (2010). Overcoming challenges: life with an ostomy. *The American Journal of Surgery*, 200(5), 640-645.

Salomé, G. M., de Almeida, S. A., Mendes, B., et al. (2015). Assessment of subjective well-being and quality of life in patients with intestinal stoma. *Journal of Coloproctology*. <http://doi.org/10.1016/j.jcol.2015.03.002>.

Simmons, K. L., Smith, J. A., Bobb, K.A., and Liles, L. (2007). Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 60(6), 627-635.

Nota: la lista completa delle referenze, comprendente oltre 50 testi, può essere richiesta all'autore.

Quando le cure falliscono



«Questa orribile situazione in cui mio marito ed io ci siamo trovati mi ha fatto crescere: oggi ho più coraggio di dire ciò che penso; sono diventata un'altra persona, anche grazie al confronto quotidiano con questi curanti». Attraverso *Fallimento terapeutico* (Capelli editore), un libro di 816 pagine, Paola Zuppiger ci consegna la cronaca minuziosa di una storia lunga 1235 giorni di sofferenza, 675 giorni d'ospedale, 500 in terapia intensiva, conclusasi con la morte, evitabile, del marito.

All'inizio, un errore omeopatico: «Tutto comincia da alcuni basaliomi a crescita lenta, che non fanno metastasi; mio marito si affida a un medico FMH e omeopata, che dopo avere visto le lesioni ci comunica di poterle curare attraverso l'omeopatia: assunzione di tre granuli omeopatici mensili per tre mesi». Qualcosa non va per il verso giusto e gradualmente la pelle di *Gustavo* si ricopre di piaghe aperte. A questo punto il medico omeopatico dice: «Ho sbagliato e non so cosa fare». Quella reazione imprevista causa anche acqua nei polmoni: «Si va in ospedale». E tutto si trasforma presto in un interminabile incubo costellato di sofferenze e ostacoli, fallimenti terapeutici, diritti calpestati, rapporti conflittuali con i curanti, siano essi medici, infermieri, e strutture ospedaliere. Un'incalzante odissea resa ancora più drammatica dal fatto che si tratta di quanto accaduto a suo marito, ricoverato in ospedali e cliniche sia ticinesi sia svizzero tedesche, senza un lieto fine, nell'ultimo ricovero oltralpe, la

clinica di riabilitazione: «Dopo nove mesi e un giorno, ritorno a casa da sola».

Ha condiviso con l'amato marito, invano, ogni attimo, ogni ora di ogni giorno di oltre due anni di odissea tra ospedali, cure a domicilio, mesi (più di cinque) in cui lei stessa si trasforma in una vera e propria curante specializzata, e clinica di riabilitazione. Dopo la morte del marito, Paola Zuppiger decide di riordinare i contenuti del suo puntualissimo diario per trasformarlo in un libro dalla scrittura incalzante e disarmante, precisa e perciò spietata nel trasmettere riga dopo riga quel senso di incertezza, di confusione, di onnipotenza di alcuni curanti, insieme alla sua impotenza nel non essere ascoltata, considerata. E ancora, dalle righe emerge la trasparenza del paziente in quanto individuo, con le proprie peculiarità che non sottostanno a protocolli standard, noncuranti che la vita, come la malattia e la cura, tutto può essere fuorché uniforme e uniformata.

Non è stato facile, all'inizio, immergerci nelle pagine di questo libro che, impietoso, ci restituisce le tappe di un doloroso quanto infinito pellegrinaggio dentro e fuori dai diversi reparti ospedalieri e riabilitativi, a ricostruire inesorabilmente un caso di «fallimento terapeutico», come la stessa autrice dice di essersi sentita dire, a un certo punto, da due medici. Ben 816 pagine che Paola Zuppiger, con lo pseudonimo di Alessia J., ha avuto il coraggio di scrivere. Una buona dose di coraggio è pure necessaria a chi vuole iniziare la lettura. ■

Tratto dal nr.10 di *Azione* del 6.3.2017

Informazioni



Iniziativa popolare
Per cure infermieristiche forti

Per cure infermieristiche forti

SBK-ASI

Choisystrasse 1

3008 Berna

Tel: 031 388 36 36

E-mail: info@sbk-asi.ch

Site: www.per-cure-infermieristicheforti.ch

Donazione: c.p. 31-460246-9

Iniziativa popolare
Per cure infermieristiche forti

Presto cure
di qualità in un ospedale
e continuerò a farlo anche in futuro,
grazie alla sua firma.

SBK
ASI

CALENDARIO ATTIVITÀ ASI-SBK SEZIONE TICINO

CORSI – CONFERENZE – ATELIER – ASSEMBLEE **MAGGIO - GIUGNO 2017**

DATA	CORSO	TERMINE ISCRIZIONE	ANIMATORE	PARTECIPANTI	LUOGO
1 – 2 GIUGNO 2017	RIFLESSOLOGIA E DIGITOPRESSIONE DELLA MANO	02.05.2017	ANTONIO MAGLIO	operatori ramo sanitario con formazione base in riflessologia	Bellinzona
2 GIUGNO 2017	TRASCURARE EMOTIVAMENTE L'ANZIANO: UNA FORMA DI MALTRATTAMENTO O UNA DIMENTICANZA GIUSTIFICABILE?	02.05.2017	ALFREDO BODEO	operatori ramo socio-sanitario	Giubiasco
8 – 9 GIUGNO 2017	LA GESTIONE DELLO STRESS	08.05.2017	VINCENZO SANTORO	operatori ramo socio-sanitario	Bellinzona
12 GIUGNO 2017	ARTE TERAPIA: APPROFONDIMENTO	10.05.2017	ROBERTA PEDRINIS	operatori ramo socio-sanitario che hanno seguito il primo livello	Bellinzona
12 – 13 GIUGNO 2017	LA COMUNICAZIONE NELLE RELAZIONI DI CURA – SECONDO LIVELLO	10.05.2017	BARBARA SANGIOVANNI	operatori ramo sanitario che hanno seguito il primo livello	Novazzano
14 GIUGNO 2017	MALTRATTAMENTI, COERCIZIONE E BIENTRAITANCE	15.05.2017	MAURO REALINI	infermiere/i operatori sociosanitari aiuto infermieri operanti in case anziani, istituzioni sociosanitarie, servizi aiuto domiciliare	Savosa



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

VACANZE ESTIVE

**L'ufficio è chiuso dal 26.06.2017 al 16.07.2017
Apertura lunedì 17.07.2017**