



info

Periodico d'informazione sulle attività dell'associazione svizzera infermiere/i
Allegato alla rivista "Cure infermieristiche" N.03/08

Sezione Ticino
Marzo 2008 - n. 1

**Consulenza in stomaterapia
Una sofferenza condivisa**

**Prevenzione e gestione
dell'aggressività all'OSC:
un primo bilancio positivo.**

Giornata di studio

Responsabilità: territorio ambiguo

**Calendario attività ASI-SBK
Marzo-Giugno 2008**



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

Allegato alla rivista
"Cure infermieristiche" 03/08

Segretariato ASI

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

Redazione

Isabelle Avosti
Mariano Cavolo
Geraldine Comodo
Andreja Gashi-Rezzonico
Cristina Treter De Lubomierz

Supervisione

Pia Bagnaschi

Grafica e stampa

Società d'arti grafiche già Veladini &co SA
www.veladini.ch

SOMMARIO

Marzo 2008 - n. 1

3 Editoriale

Cronaca regionale

4 Giornata di studio: responsabilità:
territorio ambiguo nelle cure infermieristiche?
(Pia Bagnaschi)

7 Prevenzione e gestione dell'aggressività
all'OSC: un primo bilancio positivo
(Seiler Nadia, Zbinden Pascal)

Approfondimenti

9 Una sofferenza condivisa
(Tuulikki Brand-Salmi)

11 Vergogna e inibizione
La dimensione psicosociale dell'incontinenza
(Martina Steinbeiss)

Informazioni

14 Premio Scuola elementare di Russo – Valle
Onsernone
Annuncio Assemblea Generale 2008
Annuncio Assemblea GIITI 2008

Agenda

16 Calendario corsi marzo – giugno 2008

In copertina foto I. Avosti

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

“Il fenomeno della solitudine”



Spesso ci capita di leggere sui giornali titoli come questo: “Ucciso dal freddo e dalla solitudine, muore ad appena 53 anni”, oppure: “Morto in casa, trovato dopo sei mesi”. Le feste e l’inverno sono ormai alle spalle, rimane qualche chilo in più lasciato dai copiosi pranzi e dal riposo delle vacanze, entrambi goduti, per molti di noi, al caldo e in buona compagnia. Ma sí, con un po’ di moto e una dieta leggera tutto tornerà come prima, ...quasi come prima. Qualcuno sommessamente, durante l’inverno, ha lasciato un vuoto... C’è chi cerca una giustificazione, forse, con frasi come queste: “Un caso difficile, una persona con molti problemi che ha spesso respinto ogni forma di aiuto”. C’è chi, invece, parla di scelte, scelta di come vivere e... di come e quando morire. Ma l’eco di quel silenzio tornerà come un tormentone, a scadenza regolare, e non solo l’inverno prossimo, ma ogni anno a venire.

Qualcuno mi dirà che non bisogna drammatizzare: certo, non sono molti quelli che vivono all’addiaccio, ma sono pur sempre troppi, e sempre di più coloro che vivono come insopportabile e difficile da affrontare una società troppo alimentata da ritmi di efficientismo e di risultati, per non dire dalle apparenze. Sono persone che per le ragioni più disparate si ritrovano ad un certo momento della loro vita isolate dal mondo. La mancanza di salute mentale può essere la causa o la conseguenza: difficile oggi descrivere i volti della sofferenza, perché ce ne sono nuovi che arrivano ad arricchire le fila di quelli che conosciamo da tempo.

La malattia mentale genera meccanismi di solitudine e di autoisolamento per l’incapacità a reggere situazioni stressanti e per le difficoltà relazionali che la sottendono, esclusione ulteriormente aggravata dall’evitamento dettato dal pregiudizio e dalle stigmate che gravano su di essa. Difficile, senza un aiuto, rientrare nei circuiti lavorativi e relazionali. Difficile, oggi, senza un aiuto trovare un’occupazione,. E il malato mentale spesso trascina e sconvolge nell’isolamento anche la sua famiglia. L’isolamento si diffonde come una ragnatela anche in chi è affetto da malattie fisiche come il cancro, l’AIDS, o altre malattie immunitarie, forzatamente alimentato dalla necessità regolare di cure, dalla riduzione delle risorse, e dal “dolore”. E, nuove forme di disagio e sofferenza mostrano che anche i giovani, i giovanissimi soffrono, che le donne, spesso sole, faticano sempre più a sostenere materialmente ed emotivamente la loro famiglia; parlare della difficoltà a trovare un lavoro, è scontato.

E che dire dell’isolamento degli anziani, sani o progressivamente invalidati da malattie come la demenza.

La politica e l’economia hanno la loro responsabilità: che fare?

Attivarsi a conoscere e a far conoscere le forme e le cause del disagio per saperle riconoscere, per non mettere etichette e pregiudizi, per poter ascoltare e sostenere chi è in difficoltà, per poter indirizzare verso forme di sostegno. Contribuire a diffondere e alimentare la cultura dell’accoglienza: a volte bastano piccoli gesti, come aprire il proprio gruppo d’amici, come offrire la possibilità di partecipare ad un’attività che ci appassiona.

Per rompere la solitudine, forse, non è necessario essere “specialisti”.

Geraldine Comodo

Giornata di studio

Responsabilità: territorio ambiguo

di Pia Bagnaschi
Redattrice "Cure
infermieristiche"

Lo scorso 8 novembre si è svolta a Lugano la 6. giornata di studio, organizzata dall'ASI sezione Ticino, in collaborazione con la Scuola specializzata superiore in cure infermieristiche e con il contributo dell'Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria del Dipartimento della sanità e della socialità.



Foto M. Rodio

Caso clinico

È proprio sulla base del caso clinico preso in esame che cercheremo di illustrare le varie tesi esposte dai relatori. Ecco i fatti:

Una donna di 39 anni viene ricoverata al Pronto Soccorso per dolore toracico in sede precordiale di durata superiore agli abituali dolori anginosi. Al momento della valutazione al triage la paziente è asintomatica.

La paziente ha riportato in passato una sindrome coronaria acuta ed è attualmente in terapia con antiipertensivi, diuretici, Beta-bloccanti e vasodilatatori. Viene assegnato il codice di priorità giallo, malgrado le alterazioni di alcuni parametri vitali (colorito cutaneo, modesta sudorazione, dispnea) ed un'anamnesi per coronaropatia. In Pronto Soccorso c'era il consueto affollamento e la paziente attende circa 1 ora in area di triage. Dopo circa un'ora viene visitata da un medico specializzando in medicina d'urgenza nell'area di triage: la paziente gli riferisce un modesto dolore toracico precordiale (3 su una scala da 1 a 10), il medico rileva l'assenza dei polsi pedii e poplitei bilateralmente, annota tutto sulla scheda della paziente.

Sempre in area di triage l'infermiera rileva una pressione arteriosa di 60/30, ma non comunica l'esito al medico del pronto soccorso, né al medico specializzando in medicina d'urgenza che ha visitato prima la paziente, e somministra 1 cps di Nitrolingual sublinguale da 5 mg come da protocollo di triage.

L'infermiera di triage trascrive sulla scheda di osservazione di "non concordare con questa procedura dal momento che la paziente era ipotesa e che la nitroglicerina (farmaco vasodilatante e notoriamente ipotensivo) avrebbe peggiorato ulteriormente lo stato clinico..." ma ha scritto inoltre che "essendo stato prescritto da un medico, quest'ultimo era in possesso delle opportune e specifiche conoscenze e competenze per confermare tale prescrizione e ordinare la somministrazione." Dopo 35 minuti dall'assunzione del Nitrolingual la paziente lamenta ancora dolore precordiale e aumento della dispnea. Viene prescritta e somministrata 1 fiala di morfina in 250cc di soluzione fisiologica ev, ed 1 fiala di Nitroglicerina in 250 cc di soluzione fisiologica ev sull'altra linea venosa.

A 60 minuti dal primo episodio ipotensivo anno-

È sulla base del caso clinico preso in esame che cercheremo di illustrare le varie tesi esposte dai relatori.

La manifestazione, come sempre molto apprezzata dal pubblico ticinese e della vicina Italia, sollevava il seguente interrogativo: "Responsabilità: territorio ambiguo nelle cure infermieristiche?", al quale hanno cercato di rispondere i quattro relatori, esperti di altrettanti settori specifici: Bruno Balestra, procuratore pubblico generale del Canton Ticino, Paolo Cattorini, professore di bioetica presso l'Università degli studi dell'Insubria, Renzo Zanotti, professore associato presso l'Università di Padova e Antonio Maturo, professore alla facoltà di scienze politiche presso l'Università di Bologna-Forlì. Nella seconda parte della giornata, dedicata all'analisi e alla discussione di un caso clinico si sono poi aggiunti Mattia Lepori, PD Dr. medico capo servizio di Pronto Soccorso all'Ospedale Regionale Bellinzona e Valli e Daniela Tosi, docente presso le scuole sanitarie del Canton Ticino.

tato, il medico titolare del pronto soccorso sospende l'infusione ed annota la persistenza dell'ipotensione.

Dopo 5 minuti viene richiesta la consulenza inter-nistica e il consulente di turno giunge in pronto soccorso 90 minuti dopo la prima chiamata (richiesta a codice verde).

Persistenza dell'ipotensione e peggioramento della dispnea con aumento del dolore precordiale.

Compare bradiaritmia e stato di shock.

Si libera la sala rossa e si allerta la squadra ACLS (Advanced Cardiac Live Support- rianimazione cardiorespiratoria avanzata).

Viene effettuata l'ACLS, posizionamento di Pace maker esterno e eseguita pericardiocentesi.

ESITO NEGATIVO: la paziente muore dopo 3 ore e 10 minuti dal suo arrivo in pronto soccorso.

Errori attivi e latenti:

- assenza di controllo crociato fra i membri dell'équipe
- rigidità nell'applicazione di protocolli e procedure
- mancanza di ammettere errori commessi
- mancanza di ammettere scarso aggiornamento
- assenza della fiducia nei vari componenti l'équipe
- assenza di comunicazione
- rapportarsi con scarsa autorevolezza facendo predominare l'autorità

Dal punto di vista legale

Anche da questo esempio concreto è palpabile l'ambiguità che regna al momento in cui il personale curante si trova confrontato in una situazione critica, alle prese con delle decisioni discutibili se non addirittura errate da parte di altri collaboratori o superiori gerarchici, che mettono a repentaglio la sicurezza del paziente. Assumere la propria responsabilità è un compito ambiguo per il curante perché affronta l'incertezza dovuta alla coesistenza di tante dimensioni. Ma allora come ci si deve comportare? Fino a che punto ci si può esporre e cercare di imporre la propria visione della situazione, nel rispetto delle regole e della professionalità propria e altrui? A questi interrogativi, sollevati da alcuni professionisti in occasione della discussione di questo caso clinico, ha cercato di rispondere il procuratore Bruno Balestra. Dal punto di vista penale i principi basilari che regolano la responsabilità sono gli stessi per tutte le persone e per tutte le attività, sia in ambito sanitario che in altri ambiti. Non c'è differenza tra medico e infermiere. La differenza nasce dal tipo di competenze e dal ruolo. Più è complessa la catena, più diventa necessaria la comunicazione e la fiducia reciproca. Fra i diritti e i doveri dell'infermiere figurano: il diritto di rifiutarsi, l'obbligo di approfondire o di informarsi in caso di dubbio, di

stress o di mancanza di tempo (urgenza) e di valutare il rischio per il paziente, l'obbligo di diligenza a seconda del ruolo o della competenza nell'esecuzione di ordini di superiori, delle proprie mansioni, nella somministrazione di medicamenti e nella stesura della cartella clinica.

Tuttavia, come ha più volte sottolineato l'avvocato Balestra, non è possibile fornire indicazioni assolute. Infatti la responsabilità è soprattutto una questione di buon senso. Ognuno deve essere consapevole del proprio errore o dell'eventualità di commetterne, per evitare una deresponsabilizzazione generale. Le uniche certezze vanno cercate nel proprio impegno e nella coscienza professionale, nel rispetto, nella comunicazione, nell'essere collaborativi con i colleghi all'interno del team e nel miglior interesse del paziente.

Dal punto di vista etico

Naturalmente, oltre che verso gli altri, l'infermiere deve sentire la responsabilità verso sé stesso, come singolo operatore, come ha rilevato il professore di bioetica Paolo Cattorini. Ciò comporta il diritto di agire secondo scienza e coscienza, la cura della propria struttura morale, ma anche ad esempio la prevenzione del burn out. A livello infermieristico, educare/formare/addestrarsi all'etica della responsabilità significa imparare a rispondere né a mansionari, né a codici, ma alla voce della coscienza che chiede che cosa sia giusto o sbagliato, buono o cattivo in merito ad una complessa situazione clinica, di cui l'infermiera coglie le variabili con occhio originale e autonomo. Ed ovviamente significa assumersi gli oneri morali di ciò che si è colto e deciso di attuare, ricorda il professor Paolo Cattorini. L'etica precede, accompagna e segue criticamente l'indicazione normativa, che vale in generale, mentre la responsabilità morale si percepisce e si conferma rispetto a situazioni irripetibili ed individuali.

La mancanza di comunicazione, rilevata anche nella discussione del "nostro" caso clinico è alla base di tutta una serie di malintesi e di non detti che creano confusione, mancanza di fiducia reciproca e nei propri mezzi. La responsabilità comunicativa è una delle dimensioni che stanno alla base della bioetica. Mettersi in discussione chiedendosi che cosa si è sbagliato, chiarire i propri punti di vista e cercare di capire quelli altrui aiuta a valorizzare il pluralismo interno al team e all'istituzione: non si fa etica se non si supera l'estraneità morale, se non si riconoscono e mettono in tensione le molte verità che abitano le nostre menti e le nostre équipes, sottolinea il prof. Cattorini.

Dal punto di vista scientifico

L'infermiere è un professionista del nursing che opera nel campo della salute con obiettivi di sviluppo delle capacità di cura e indipendenza dell'assistito. Diversamente dalla medicina, il nursing non "fa" ma "rende l'altro capace di fare",

Assumere la propria responsabilità è un compito ambiguo per il curante perché affronta l'incertezza dovuta alla coesistenza di tante dimensioni.

non cura ma "si prende cura", ha affermato il professor Renzo Zanotti affrontando il concetto di responsabilità nelle cure attraverso l'approccio scientifico. In estrema sintesi, afferma Zanotti, l'infermiere è il professionista che traduce la scienza dell'assistenza "non-medica" in prassi benefica per il suo assistito.

La scienza diventa importante nel momento in cui avvertiamo la necessità di comprendere la natura di ciò che osserviamo per poter agire in particolare quando dal nostro agire derivano esiti o conseguenze per l'assistito. La ricerca di scienza è ineluttabile nello sviluppo di tutte le professioni perché si accompagna alla ricerca di sempre maggiore impatto delle proprie scelte, della propria prassi. In definitiva, sostiene il professor Zanotti, l'esigenza di scienza deriva dalla ricerca di maggiore efficacia per le proprie azioni.

La scelta dei fini dell'assistenza richiede, oltre alla competenza, anche la volontà positiva rivolta al massimo beneficio per l'altro e questa è certamente una scelta e quindi una responsabilità individuale del singolo infermiere nel suo personale modo di assistere. La responsabilità individuale del singolo infermiere di produrre una prassi utile all'assistito comporta prima una riflessione su quale sia il bene da perseguire per questo assistito, qui ed ora. In tale riflessione, la consapevolezza dell'infermiere richiede che la conoscenza dei fenomeni per l'assistenza trovi fondamento nell'etica, perché dove la scienza generalizza e sposta sul piano astratto, la prassi riporta al concreto, al singolo, a questa specifica persona – al mio essere e al mio saper pormi rispetto all'altro – al contenuto e all'essenza di umanità di cui sono capace e della quale mi sento portatore che rende l'assistenza "scienza umana" per chi la usa e per chi ne riceve l'effetto. Come dicono i cultori moderni del nursing, ha concluso il professor Zanotti- l'utilità sociale dell'infermiere è tutta nei risultati che rende possibili e dei quali deve sentirsi ed essere considerato responsabile.

Dal punto di vista sociologico

Facendo riferimento al caso clinico presentato sopra, il professore Antonio Maturo, ha fatto notare come la crescita di protocolli e linee-guida, conseguenza della biomedicalizzazione, sono un valido supporto per la presa di decisioni in ambito infermieristico, ma non vanno mai disgiunti da un'analisi della cultura organizzativa della specifica struttura nei quali sono implementati. Inoltre, la tendenza a ricorrere sempre maggiormente alla tecnologia nella cura di una sempre più ampia gamma di patologie è una rispo-

sta parziale. Fra le responsabilità dell'infermiere, sottolinea Antonio Maturo, figura la necessità di far "rientrare" una dimensione di relazionalità e di soddisfazione nel rapporto paziente/sistema sanitario. La soddisfazione del paziente ha riflessi sulla sua salute e, non da ultimo, sulla salute della spesa sanitaria.

Responsabilità e autonomia professionale

Spesso, quando si parla di responsabilità, si nutre una certa insicurezza, poiché ci si vede automaticamente confrontati con obblighi e doveri, con i nostri errori e il fatto di doverceli assumere, insomma con un peso supplementare da portare sulle nostre spalle. Non tutti sono convinti di essere in grado di assumere delle responsabilità e cercano di eludere il problema.

Ma, come ha fatto notare Claudio Nizzola, presidente della sezione ASI Ticino, esiste anche un significato positivo del termine "responsabilità": cioè l'impegno a svolgere un ruolo costruttivo, la capacità di assumere autonomamente i propri compiti, partecipare per migliorare la promozione della salute, e migliorare la relazione tra tutti gli operatori sanitari.

Questo, ha ribadito Claudio Nizzola, diventerà realtà se i collaboratori delle aziende sanitarie saranno persone capaci d'impegnarsi per il proprio e altrui benessere; se si sentiranno ascoltati e riconosciuti ma a loro volta ascolteranno e riconosceranno; se sapranno essere protagonisti nelle e delle cure, poiché dotati di requisiti intellettuali e umani perseguiti e realizzati prima all'interno di un percorso formativo poi nel corso della pratica quotidiana.

Concludendo il suo intervento, Claudio Nizzola ha infine sottolineato che l'autonomia decisionale è una conquista importante, che non può prescindere da una "responsabilità" personale che si traduce in un comportamento corretto e coscienzioso nei confronti del paziente, dei colleghi e delle istituzioni. ■

L'autonomia decisionale è una conquista importante, che non può prescindere da una "responsabilità" personale



foto M. Redio

Claudio Nizzola
Presidente Associazione
Svizzera Infermieri
Sezione Ticino

Prevenzione e gestione dell'aggressività all'OSC: un primo bilancio positivo.

di Nadia Seiler,
Pascal Zbinden*



Dall'inizio del 2006 la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) di Mendrisio offre al suo personale curante la possibilità di frequentare un corso sulla Prevenzione e gestione della violenza e dell'aggressività. Tale corso è organizzato da due infermieri che hanno ottenuto il certificato di formatori all'ASI- BIZ di Zurigo, e che lavorano nei reparti della clinica.

La violenza nelle cure e la necessità di una formazione specifica

La violenza nei reparti di cura è aumentata negli ultimi anni, tanto da essere confrontati quotidianamente con situazioni a rischio; pertanto il personale curante ha espresso la necessità di una formazione specifica per sviluppare capacità e competenze adatte ad affrontare il fenomeno. La Svizzera offre attualmente all'incirca sessanta formatori specializzati in gestione dell'aggressività; due di loro lavorano in Ticino, presso la Clinica psichiatrica di Mendrisio.

Da febbraio 2006 è stato quindi inserito questo corso, della durata di cinque giorni, il cui programma fa riferimento ad un concetto sviluppato presso il Royal College of Nursing, in collaborazione con il dipartimento delle scienze infermieristiche dell'Università di Keele in Inghilterra ed in seguito approfondito in Olanda da Nico Oud, Dipl.N.AdM. MNSc.

L'esperienza fatta dimostra come questa formazione aumenti notevolmente il senso di sicurezza del personale curante, confrontato con situazioni di violenza.

Un corso per la prevenzione e la gestione dell'aggressività

Il corso fornisce un importante bagaglio di informazioni, facendo riferimento a conoscenze aggiornate e all'esperienza concreta riguardo alle molteplici cause capaci di generare un'escalation di aggressività. Diversificate situazioni d'apprendimento portano l'operatore alla consapevolezza dell'importante ruolo della prevenzione della violenza, mentre l'acquisizione di diverse tecniche e strategie di deescalation e il loro impatto favorevole nell'utente favoriscono un impegno etico nella loro applicazione.

Il corso è strutturato in modo da coinvolgere attivamente il partecipante, grazie a tutta una serie di giochi di ruolo, che permettono di sperimentare e potersi esercitare, simulando situazioni particolari e difficili. La possibilità di sperimentare il vissuto del paziente nei giochi proposti con-

tribuisce ad incrementare il valore dell'adozione preventiva delle strategie di mediazione. È pure un momento di scambio di esperienze, che permette di rispecchiarsi e apprendere a conoscere meglio sé stessi e i propri colleghi di lavoro. Chi ha partecipato al corso afferma di aver aumentato fortemente il sentimento di sicurezza sul posto di lavoro, grazie allo sviluppo delle nuove competenze, ma anche grazie al confronto e alla condivisione con i colleghi favorendo lo sviluppo di rapporti di fiducia e di collaborazione. Durante gli incontri mensili di aggiornamento il personale curante ha la possibilità di ripetere i gesti, di rifare i giochi di ruolo per riprendere una situazione vissuta o semplicemente discuterne, consolidando le proprie capacità. Questi incontri risultano indispensabili affinché il personale di cura formato abbia la possibilità di automatizzare i gesti e di esercitarsi.

L'impatto della formazione e delle nuove strategie nei curanti e nei pazienti.

Dopo aver formato in 18 mesi circa due terzi del personale curante, possiamo constatare un progressivo miglioramento nell'organizzazione e nel decorso di una presa a carico di un paziente aggressivo e/o violento. Il fatto di avere tra il personale curante i due formatori permette di monitorare l'evoluzione delle équipes di cura. Secondo il direttore delle cure OSC, Fiorenzo Bianchi, il personale curante si sente più sicuro di sé dopo aver partecipato a questo corso. Confrontato con una situazione di aggressività l'operatore può disporre di una serie di strategie, come ad esempio poter contare su un lavoro di team che comprende medico e infermieri, e approcciare l'utente con una modalità di comunicazione favorevole all'alleanza terapeutica perché basata sul rispetto dei diritti e bisogni dell'utente. Quest'ultimo all'interno di questo setting d'accoglienza mostra spesso una capacità collaborativa inaspettata. Allorquando qualsiasi strumento di mediazione relazionale risulta inefficace, come nel caso di importante abuso di sostanze, l'intervento di riduzione della pericolosità svolto dal team tecnicamente competente consente al curante e al curato di evitare il danno che l'aggressività potrebbe causare, aumentando ulteriormente il senso di sicurezza.

Il futuro della formazione

Le modalità di misurazione dell'impatto della nuova strategia sono ancora allo studio, ma in

Diversificate situazioni d'apprendimento portano l'operatore alla consapevolezza dell'importante ruolo della prevenzione della violenza

attesa di una valutazione ufficiale possiamo affermare che i primi dati raccolti mostrano che l'applicazione delle strategie ha ridotto il numero delle contenzioni.

Gli infermieri responsabili dei reparti denotano un netto miglioramento nell'organizzazione di un intervento di gestione dell'aggressività. Quando sono in difficoltà non chiedono più agli altri reparti "avete degli uomini?" ma "avete del personale che ha fatto il corso?". Ciò a dimostrazione che per gestire un paziente aggressivo e/o violento non è necessario l'intervento di soli uomini.

Complessivamente quindi si può dire che il corso ha avuto un riscontro positivo ed il personale curante continuerà ad essere formato e aggiornato costantemente per migliorare la gestione della violenza e dell'aggressività. Il team di formatori svizzeri a sua volta si mantiene aggiornato attraverso incontri che si svolgono quattro volte l'anno.

Diffondere una nuova cultura che considera l'aggressività espressione di un disagio, di una so-

fferenza che va accolta per trasformare il destino della presa a carico dell'utente in un'opportunità positiva per le successive cure e per le future ospedalizzazioni, rappresenta il lavoro che i due formatori con le equipe hanno intrapreso e che portano avanti con costanza, impegno e con la tenacia richiesta ai cambiamenti che vogliono durare. ■

***Nadia Seiler**, infermiera DN II, Höfa 1 in Psichiatria, Formatrice per la gestione dell'aggressività (ASI-BIZ Zurigo).
Infermiera in salute mentale presso la Clinica psichiatrica cantonale di Mendrisio
seilernadia@bluewin.ch

Pascal Zbinden, infermiere in salute mentale CRS, Formatore per la gestione dell'aggressività (ASI-BIZ Zurigo).
Infermiere in salute mentale presso la Clinica psichiatrica cantonale di Mendrisio
zbindenpascal@bluewin.ch

Gli infermieri responsabili dei reparti denotano un netto miglioramento nell'organizzazione di un intervento di gestione dell'aggressività

L'ASI premia gli alunni della scuola di Russo per i disegni della sua rivista

In seguito al coinvolgimento degli alunni della scuola elementare di Russo, in alta Valle Onsernone, l'ASI SBK sezione Ticino, per il tramite del suo comitato, ha consegnato il 21 novembre 2007 un bell'omaggio ai bambini, un assegno di 300 franchi, quale gratifica per i disegni che hanno colorato il numero natalizio.



Consulenza in stomaterapia

Una sofferenza condivisa

di Tuulikki Brand-Salmi *

Nella consulenza in stomaterapia per pazienti con un carcinoma coloretale è importante il coinvolgimento dei familiari. Spesso risentono lo stesso carico emotivo dei malati stessi.

"Sì, sa ora io sto bene, ma per mia moglie la situazione è molto difficile." Affermazioni del genere sono molto frequenti nella consulenza a pazienti affetti da tumore intestinale. Da una parte constatiamo il notevole supporto dato dai familiari, dall'altra percepiamo le pressioni cui gli stessi familiari sono sottoposti dopo la formulazione della diagnosi e nelle fasi che precedono e seguono l'operazione. Un tumore intestinale, una delle più frequenti situazioni che portano alla stomia – rappresenta senza dubbio una fase di vita critica per il paziente e le persone che gli stanno vicino. "L'adattamento di un paziente alla nuova situazione è strettamente legato a quello del partner. Le ripercussioni per il partner sono spesso altrettanto pesanti che per il malato." Queste affermazioni riportate nell'opuscolo della Lega Svizzera contro il cancro (Bernhard, J. Et al, 2000, p. 78) coincidono perfettamente con le mie osservazioni. Quando i diretti interessati si presentano alla consulenza con un parente, è importante capire i loro sentimenti e stati d'animo. Questo permette un buon colloquio e quindi una buona consulenza. Lo scopo della mia ricerca è stato quindi quello di capire in modo più approfondito in che modo i familiari di pazienti con un tumore intestinale e una stomia vivono il periodo che precede e segue l'operazione. Oltre allo studio della letteratura ho svolto delle interviste con tre coppie e un familiare. In tre casi ad essere colpiti dal carcinoma coloretale erano uomini, in uno era una donna. Come hanno preso i partner la diagnosi del tumore, la terapia e la stomia? Chi ha subito maggiore pressione? Quali sono state le situazioni più difficili? Ci sono state anche esperienze positive? Che cosa è stato di maggiore aiuto?

Shock e paura

"All'inizio lo shock è stato enorme. Ti senti con le spalle al muro! Non puoi far nulla!". Sono di questo tipo le reazioni espresse dai pazienti quando parlano della diagnosi e del periodo di tempo

prima e dopo l'applicazione della stomia. Parlano di impotenza, oppressione, periodo difficile e paura. I familiari sono estremamente preoccupati per la situazione in cui si trova il malato e vivono anch'essi un periodo di crisi. Per quanto riguarda i sentimenti dei familiari la letteratura riporta paura di fronte alla morte, paura nello stabilire una relazione, sensazione di fallimento e desiderio di ritirarsi e di evitare il contatto con il malato. Inoltre possono insorgere anche sensi di colpa. La precarietà del valore di sé può portare a forti sensi di angoscia e di impotenza o addirittura alla depressione. "Mi sono sentita molto isolata. Entrambi ci sentivamo come su un altro pianeta, ma ognuno per proprio conto. ... Si è chiuso in sé stesso. ... All'ospedale gli sono stata molto vicina e ho provato a farlo uscire da questo isolamento." Questa coppia ha trascurato quasi tutti i contatti. Non ne avevano più la forza. Una signora racconta che suo marito non aveva raccontato a nessuno, tranne a lei, della sua stomia. Accetta il suo desiderio, anche se sarebbe un sollievo poterne parlare.

Nella letteratura si dice che chi si trova confrontato con una malattia acuta spesso si concentra unicamente su sé stesso. Il malato non ha la forza di rendersi conto del peso che ricade sui familiari. Questo aspetto trova riscontro anche in un'intervista nella quale un familiare dice: "Questa discussione è molto interessante per me. Mi fa bene sapere come hai vissuto tu (moglie) questa cosa. Non sapevo come stavi. Abbiamo vissuto in due mondi diversi."



Foto: L. Avsiti

"L'adattamento di un paziente alla nuova situazione è strettamente legato a quello del partner. Le ripercussioni per il partner sono spesso altrettanto pesanti che per il malato."

Protegersi a vicenda

Il fatto che spesso dal punto di vista fisico, psichico e sociale i familiari sono esposti a pressioni più forti dei pazienti trova conferma sia nelle interviste che nella letteratura. La stomia comporta uno scombussolamento anche per il partner. Esch (2005, p. 53) scrive che a volte i partner si proteggono a vicenda. Tuttavia se non riescono a parlare delle loro esperienze e dei loro sentimenti, si possono creare dei malintesi.

I problemi sessuali illustrati nella letteratura sembrano più gravi di quelli espressi dagli interessati nelle interviste. Infatti in esse la sessualità non viene vista dai partner come un problema duraturo, poiché col tempo si normalizza. Un paziente stomizzato ha affermato che in un primo tempo aveva paura di diventare impotente. Due familiari hanno detto che subito dopo l'operazione la sessualità era secondaria, poi ha funzionato tutto come prima. Una signora ha constatato una maggiore vicinanza nella coppia e ritiene che questo sia più bello del sesso.

"Strano" e "estraneo"

Nella letteratura appare chiaro che poco prima dell'intervento per applicare la stomia si possono manifestare sentimenti come repulsione, rabbia, vergogna e imbarazzo. Il processo di assuefazione alla stomia richiede generalmente due mesi o più. I familiari e i pazienti intervistati l'hanno accettata bene. Non la trovano disgustosa o sgradevole. I commenti più negativi sono "strana" o "estranea". Il paziente al quale è già stata tolta ha usato il termine "non igienica". Il fatto che i familiari interpellati abbiano meno problemi con la stomia è sorprendente. Lo si potrebbe spiegare con il fatto che tutti gli intervistati non hanno una stomia definitiva. I nuovi portatori hanno potuto accettare molto in fretta la stomia come inconveniente passeggero. Tutti aspettano comunque che venga tolta entro breve.

Esperienze positive

Nella letteratura si parla soprattutto degli aspetti negativi. Malgrado l'inquietante malattia tumorale e la stomia, tutti gli intervistati hanno parlato anche di aspetti positivi. Due famiglie hanno detto di aver parlato apertamente della malattia e della stomia con amici, colleghi di lavoro o vicini di casa, traendone sollievo. Le persone così informate si sono dimostrate comprensive e hanno offerto aiuto e sostegno. Molti familiari e pazienti intervistati esprimono la loro gratitudine anche al chirurgo o ad un altro medico. Sono stati molto apprezzati anche la consulenza e il sostegno da parte dei curanti. Nelle testimonianze c'è molta speranza e fiducia. Una coppia ha raccontato che ora vive in modo diverso e più consapevole e che anche la malattia fa parte della vita. Essere positivi dà forza e l'elaborazione del lutto fa evolvere le persone coinvolte. Quattro intervistati hanno affermato che questa esperienza comune attra-



fonte: Dancoc

verso la malattia ha permesso di approfondire la relazione di coppia.

Tirando le somme

Durante le interviste ho osservato che molti pazienti e familiari si considerano come un'unità. Nella maggior parte dei casi per entrambi i partner è importante andare assieme dal medico o dalla consulente. Questo aspetto dovrebbe essere preso in considerazione nella consulenza. I familiari dovrebbero avere la possibilità di partecipare alla consulenza, qualora non si annunciasse spontaneamente. Le numerose affermazioni concernenti il peso emotivo mostrano che nella consulenza in stomaterapia non basta essere in grado di applicare correttamente il sacchetto giusto, ma occorre anche una componente psicologica. Queste conoscenze rivestono un ruolo altrettanto importante delle conoscenze tecniche e del materiale, oltre che la manualità. Affinché la consulente in stomaterapia possa stabilire una relazione con il paziente, deve poter essere in grado di capire il vissuto e le sensazioni degli interessati e dei loro familiari e coglierne il significato. Comprensione e empatia sono premesse essenziali per una buona consulenza. Attraverso un'esperienza positiva molti familiari e pazienti possono acquisire una nuova speranza. Come ha scritto Juchli, vale la pena investire nella consulenza ai familiari poiché sono le persone di riferimento più importanti per i pazienti. "Se i pazienti sono inseriti in un buon tessuto sociale, i curanti non devono essere "persone di riferimento". Il nostro compito consiste nel rendere la situazione il più supportabile possibile per il paziente e la sua famiglia, affinché quest'ultima possa offrirgli il suo sostegno." (Juchli, 1991, p. 918). ■

*Tuulikki Brand-Salmi lavora come consulente in stomaterapia presso l'Inselspital di Berna.

(Questo articolo è stato pubblicato nella versione originale tedesca su "Cure infermieristiche", n. 2/2007, p. 16)

Molti pazienti e familiari si considerano come un'unità. Nella maggior parte dei casi per entrambi i partner è importante andare assieme dal medico o dalla consulente.

Vergogna e inibizione

La dimensione psicosociale dell'incontinenza

di Martina Steinbeiss*

Considerando la dimensione psicosociale dell'incontinenza vorrei innanzitutto soffermarmi sulla parola vergogna – un termine con diversi significati.

La vergogna è un sentimento, ma anche l'atteggiamento che ne deriva. Questo stato d'animo provoca un'inibizione, qualcosa si blocca, si è "handicappati".

Nel linguaggio comune (ndt: la lingua dell'autrice è il tedesco) "Scham" (vergogna) indica anche l'organo sessuale femminile.

Infine la vergogna ha qualcosa a che fare con un tipo di sensazione fisica, legata ad una suggestione emotiva. "Vergognati!" è un imperativo molto frequentemente usato con i bambini.

Se mettiamo a confronto la vergogna e la timidezza, con la prima intendiamo un sentimento inibitore, con la seconda un segnale legato al linguaggio del corpo, che lo esorta a prendere tempo, a controllare ancora una volta, a sentire che aria tira.

La vergogna è dettata dalla reazione dei propri simili, è la causa scatenante di ciò che prova l'interessato. Siccome già nella più tenera età, attraverso l'educazione e l'apprendimento dai modelli, si forma una caratterizzazione chiaramente differenziata, altrettanto diversificato è il motivo che porta a vergognarsi.

Il senso di vergogna provoca nell'interessato una lotta nel campo degli impulsi – *esprimersi* e *"liberarsi"* o *trattenersi*. A seconda del tipo di impulso che predomina, la persona interessata prende fiducia o si chiude in sé stessa, perdendo così la possibilità di cambiare la situazione.

Durante la consulenza si presenta l'opportunità di incoraggiare a compiere il primo passo verso il superamento della vergogna – questo riguarda nella stessa misura temi legati all'incontinenza urinaria, fecale e la sessualità. Faccio espressamente riferimento anche all'incontinenza fecale perché è ancora più fortemente considerata un tabù e le persone ne risentono particolarmente e vengono isolate socialmente.

Come superare la vergogna?

Per superare il senso di vergogna occorrono:

- tempo
- informazione
- un linguaggio comprensibile
- un ambiente intimo

Se consideriamo le possibilità reali negli ospedali e negli istituti, risulta chiaramente che l'ele-

mento *tempo* è il fattore critico. La durata di una consulenza supera difficilmente i 15 minuti, occorre quindi saltare il periodo di "riscaldamento" e passare subito al dunque. In questo modo però pochi riescono a superare la loro vergogna e ad affrontare il discorso.

Per quanto riguarda l'informazione, si constata regolarmente l'importanza di spiegare non solo gli aspetti anatomici e fisiologici del nostro corpo, bensì anche che si tratta di un problema molto diffuso, di cui soffrono molte persone.

Se noi professionisti riusciamo a metterci in sintonia con i pazienti e a scegliere un *linguaggio comprensibile*, abbiamo compiuto un passo fondamentale per una consulenza riuscita.

Un ambiente intimo è un ulteriore mezzo di incoraggiamento. Con questo si intende sia lo spazio e la sua struttura, sia il fatto di evitare elementi di disturbo causati da persone estranee, come pure l'osservanza del segreto professionale.

Esistono diversi aspetti della dimensione psicosociale dell'incontinenza: vediamo pazienti che ne soffrono notevolmente e altri per i quali sono i familiari a soffrirne, poiché loro stessi non se ne rendono più conto oppure reagiscono in modo inadeguato a causa di cambiamenti della percezione cognitiva (ad es. demenza).

Con questo secondo gruppo di pazienti saremo sempre maggiormente confrontati nei prossimi anni, poiché a causa dello sviluppo demografico e del costante aumento della durata di vita i casi di demenza saranno sempre più frequenti.

I limiti della sopportazione

Già da tempo l'incontinenza è il motivo principale per il ricovero in istituto poiché i familiari in questo tipo di situazione raggiungono rapidamente il limite delle loro possibilità. A questo contribuisce anche la soglia dell'incesto, di cui la natura ci ha forniti per evitare abusi sessuali all'interno del sistema familiare.

Quando i pazienti hanno un approccio "disinibito" con la loro incontinenza, sparpagliando ovunque le protezioni usate, imbrattandosi di escrementi o usando parole sconvenienti, anche noi curanti arriviamo al limite della nostra sopportazione.

Per molte persone che soffrono di incontinenza

Il senso di vergogna provoca nell'interessato una lotta nel campo degli impulsi – esprimersi e "liberarsi" o trattenersi.

la pressione che si viene a creare, unita alla vergogna e al senso di impotenza provocano un'incurabile spirale. Sono abbattuti e perdono la voglia di vivere, spesso sono tristi e depressi. In un primo tempo evitano i luoghi pubblici, attività culturali e escursioni e riducono o sospendono definitivamente le attività sportive. Poi riducono il contatto con gli amici e da ultimo anche quello con i propri familiari. Anche le attività quotidiane come andare a fare la spesa si trasformano in calvari e non sono pochi i pazienti che si "spengono" socialmente ancora molto prima di spegnersi fisicamente. In casi rari il suicidio è l'unica via d'uscita possibile dalla mancanza di voglia di vivere e di qualità di vita. Due anni or sono un medico molto amato ha ceduto all'incontinenza dopo una prostatectomia radicale e si è sparato. Nel caso dell'incontinenza è quasi sempre compromessa la vita sessuale del paziente e viene meno la sessualità come fonte di gioia di vivere.

Ogni paziente deve avere la libertà di rispondere sì, no, ma anche "non ne voglio parlare" alla domanda "si sente limitato nella sua sessualità a causa dell'incontinenza?"

È utile far capire ai pazienti che la sessualità è una dimensione importante della nostra esistenza, che non si riduce solo ad atti sessuali. Inizia con "sentirsi donna o uomo" e porta alla comunicazione intima, alla procreazione, fino all'apice della sessualità. Questo elenco può essere completato a piacimento a seconda di come si percepisce e definisce la sessualità. Quando si affronta il tema dell'incontinenza e della sessualità, spesso affiorano problemi di coppia. In questo caso i pazienti devono essere incoraggiati a considerare seriamente questi problemi, ad affrontarli ed eventualmente a chiedere aiuto a professionisti e terapeuti. Se nell'ambito della consulenza poniamo domande con tatto e ascoltiamo attentamente, ci rendiamo presto conto quale dimensione psicosociale legata all'incontinenza viene posta in primo piano e comporta la massima sofferenza per i pazienti.

Il modello PLISSIT

Vorrei anche accennare brevemente al modello PLISSIT, che si dimostra molto utile nella consulenza.

P permission = tranquillizzare

LI limited information = informazione limitata

SS specific suggestions = proposte particolari/esercizi

IT intensive therapy = terapia intensiva

Se durante una consulenza riusciamo a trovare impostazioni concrete con misure terapeutiche conservative e a stimolare i pazienti a collaborare attivamente, abbiamo compiuto un primo passo per uscire dalla spirale negativa.

Ad esempio quando le donne vengono ospedalizzate dal ginecologo per un'operazione TVT (Tension-free-vaginal-tape). e da lì mandate dal medico curante a seguire la prassi terapeutica conservativa è senz'altro una sfida riuscire a motivarle a partecipare attivamente.

Anziché lasciare l'ospedale di nuovo "sane" dopo 2 giorni, devono seguire una faticosa rieducazione pelvica per tre mesi, durante i quali non solo devono ritrovare un nuovo approccio con la loro femminilità e il loro corpo, ma anche fare in modo di evitare rischi e effetti secondari.

A volte chiedo se non è possibile che il loro corpo attraverso la perdita di urina mandi un segnale del tipo "ho bisogno di maggiore attenzione e maggiore riguardo" – siccome presupponiamo che funziona sempre perfettamente e senza farsi sentire.

Spetta al singolo paziente porsi la domanda "è possibile che la malattia abbia a che fare con la mia vita o il mio modo di vivere?"

In qualità di consulenti non dobbiamo imporre questa domanda, ma possiamo spronare i pazienti a stabilire una migliore relazione con il loro corpo.

Riassumendo constato che nell'ambito della consulenza e della cura di pazienti con incontinenza la dimensione psicosociale non può essere trascurata se vogliamo trovare adeguate possibilità di miglioramento e dare delle prospettive ai pazienti.

Generalmente con sensibilità e fattori come tempo, informazione, linguaggio comprensibile e ambiente intimo si può riuscire a eliminare le inibizioni e a elaborare soluzioni soddisfacenti con i pazienti. ■

*Martina Steinbeiss, consulente nel campo dell'incontinenza, stomia, sessualità, lavora presso l'ospedale Barmherzige Schwestern di Linz. Contatto e-mail: martina.steinbeiss@bhs.at

Spetta al singolo paziente porsi la domanda "è possibile che la malattia abbia a che fare con la mia vita o il mio modo di vivere?".





ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA

*Il Comitato ASI-SBK Sezione Ticino
ha il piacere di invitarvi all'Assemblea Generale Ordinaria:*

Mercoledì 2 Aprile 2008 - Ore 17.30

Riservata ai membri ASI-SBK

Centro La Piazzetta - Sala Multiuso
via Loreto 17 - 6900 Lugano

ORDINE DEL GIORNO

1. Apertura dell'Assemblea da parte del Presidente
2. Designazione degli Scrutatori
3. Approvazione verbale Assemblea Generale Ordinaria del 21.03.2007
4. Rapporto del Presidente ed approvazione
5. Presentazione dei conti 2007
Rapporto Revisori dei Conti
Approvazione dei conti d'esercizio 2007 e scarico al Comitato
6. Preventivo 2008 ed approvazione
7. Nomine statutarie
8. Accordo ASI-SBK Sezione Ticino – Organizzazioni Sindacali
9. Diversi

Conferenza

A PROPOSITO DI RESPONSABILITÀ...APPROFONDIMENTO DI UN CASO CLINICO

Mercoledì 2 Aprile 2008 - Ore 15.30

Aperta al pubblico

Centro La Piazzetta - Sala Multiuso

RELATORI

Bruno Balestra

Procuratore Pubblico Generale del Canton Ticino

Roberto Malacrida

Primario Cure Intense Ospedale Regionale di Lugano

Daniela Tosi

Docente Scuole Sanitarie Canton Ticino

MODERATORE

Yvonne Willems Cavalli

Capo dell'Area Infermieristica EOC

*Il Comitato GIITI (Gruppo Interesse Infermieri Indipendenti Ticino)
vi invita a partecipare*

Giovedì 3 Aprile 2008

Ristorante Morobbia a Camorino

(dopo l'uscita autostradale Bellinzona sud verso Giubiasco, dopo la rotonda del Fust a Camorino, posteggi sul retro dell'edificio)

ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA

Orario 16.00/17.00

ORDINE DEL GIORNO

1. Approvazione ultimo verbale assemblea 2007
2. Presentazione membri di comitato GIITI uscenti, dimissionari ed elezioni nuovi membri
3. Presa di visione dello statuto GIITI
4. Approvazione conti
5. Presentazione attività 2007
6. Presentazione obiettivi 2008
7. Raccolta bisogni di informazione e formazione
8. Eventuali

Chi fosse interessato a seguire più da vicino l'attività GIITI quale membro di comitato è pregato di trasmettere la sua candidatura alla Sig.ra Peduzzi Otto Romana / Montedato 6595 Riazzino / e-mail g.r.otto@bluewin.ch entro il 25.03.2008

Alla fine dell'assemblea verrà gentilmente offerto un rinfresco

Formazione

**"ASPETTI AMMINISTRATIVI-GIURIDICI PER INFERMIERE/I INDIPENDENTI
ED OPERATORI SANITARI INTERESSATI"**

Orario 13.30/16.00

Centro La Piazzetta - Sala Multiuso

PROGRAMMA

- | | |
|---------------|--------------------------|
| 13.30 – 14.30 | aspetti contabili |
| 14.30 – 14.45 | pausa |
| 14.45 – 15.45 | aspetti giuridici |

Costo della giornata: Fr. 25.-- da versare sul luogo

Iscrizioni: entro il 21 marzo 2008 c/o Sig.ra Peduzzi Otto Romana / Montedato / 6595 Riazzino
e-mail g.r.otto@bluewin.ch

CALENDARIO ATTIVITÀ ASI-SBK SEZIONE TICINO

MARZO – GIUGNO 2008

CORSI – CONFERENZE – ATELIER – ASSEMBLEE

DATA	CORSO	TERMINE ISCRIZIONE	ANIMATORE	PARTECIPANTI	LUOGO
12 – 13 – 14 MARZO 2008	KINESIOLOGIA: TOUCH FOR HEALTH III	11.02.2008	Marlène Scalisi	aperto a tutti coloro che hanno partecipato ai seminari "Kinesiologia: touch for health I e II"	Bellinzona
3 – 4 APRILE 2008	KINESIOLOGIA EDUCATIVA II (EDU – K)	03.03.2008	Marlène Scalisi	aperto a tutti coloro che hanno partecipato al seminario "Kinesiologia educativa I"	Bellinzona
4 – 18 APRILE 2008	TRATTAMENTO ULCERA CRURALE VENOSA E/O ARTERIOSA E CURA DELLE LESIONI CUTANEE – CURA E PREVENZIONE DELLE ULCERE DIABETICHE	03.03.2008	Tarcisio Bianda, Giovanna Elia	infermieri/e	Lugano
7 – 8 APRILE 2008	GENTLE CARE: UNA MODALITÀ DI APPROCCIO PROTESICO ALLA CURA DELLA PERSONA CON DEMENZA	03.03.2008	nucleo Alzheimer Istituto Golgi di Abbiategrosso (Mi)	operatori del ramo sanitario	Abbiategrosso
14 APRILE 2008	LA MALATTIA COME RICERCA DI SENSO E I DILEMMI ETICI DELLA CURA	17.03.2008	Paolo Marino Cattorini	aperto a tutti	Chiasso
17 – 18 APRILE 2008	TRAINING ASSERTIVO	17.03.2008	Vincenzo Santoro	operatori del ramo socio sanitario	Lugano
21 APRILE 2008	CURE DI FINE VITA	17.03.2008	Manuela Colla Züger, Claudia Gamondi Palmesino	infermieri/e assistenti geriatrici/che	Lugano
28 APRILE 2008	BRAIN–GYM APPROFONDIMENTO	31.03.2008	Marlène Scalisi	aperto a tutti coloro che hanno partecipato ai seminari "Kinesiologia educativa I e II"	Bellinzona
8 – 9 MAGGIO 2008	UNO SGUARDO SUL FENOMENO CHIAMATO RESILIENZA, OVVERO LA FORZA D'ANIMO CHE CI PUO' PERMETTERE DI AFFRONTARE LE AVVERSITÀ DELLA VITA	07.04.2008	Alfredo Bodeo	operatori del ramo socio sanitario	Lugano
13 MAGGIO 2008	IMPACCHI E COMPRESSE II LIVELLO	14.04.2008	Lilia Nodari Cereda	operatori del ramo sanitario che hanno partecipato al seminario "Impacchi e compresse I livello"	Agno
16 MAGGIO 2008	IL PIANO DI CURA NEGLI ISTITUTI PER ANZIANI	14.04.2008	Michele Battaglia	infermieri/e assistenti geriatrici/che operatori sociosanitari	Lugano
19 – 20 – 21 MAGGIO 2008	KINESIOLOGIA: TOUCH FOR HEALTH IV	21.04.2008	Marlène Scalisi	aperto a tutti coloro che hanno partecipato ai seminari "Kinesiologia: touch for health I – II e III"	Bellinzona
26 MAGGIO 2008	CONTENZIONE FISICA NELL'AMBITO DELLA CURA DEL PAZIENTE GERIATRICO	28.04.2008	Michela Luisoni Baumgartner	operatori del ramo sanitario	Lugano
29 – 30 MAGGIO 2008	LA GESTIONE DELLO STRESS	28.04.2008	Vincenzo Santoro	operatori del ramo socio sanitario	Bellinzona
2 – 3 GIUGNO 2008	RIFLESSOLOGIA DELLA MANO	05.05.2008	Antonio Maglio	operatori del ramo sanitario con formazione di base in riflessologia	Bellinzona
4 – 5 GIUGNO 2008	LA COMUNICAZIONE VERBALE E NON VERBALE CON LA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA	05.05.2008	Marco Malnati	infermieri/e assistenti geriatrici/che	Lugano
9 GIUGNO 2008	LA DIMENSIONE ETICA DELLE DECISIONI IN CURE PALLIATIVE	13.05.2008	Manuela Colla Züger, Claudia Gamondi Palmesino	operatori del ramo sanitario	Lugano
10 GIUGNO 2008	"FITOTERAPIA" COME APPLICAZIONE COMPLEMENTARE NELLE CURE	13.05.2008	Lilia Nodari Cereda	operatori del ramo sanitario	Lugano
16 GIUGNO 2008	AGGIORNAMENTO DELLE TECNICHE DI TOUCH FOR HEALTH	19.05.2008	Marlène Scalisi	aperto a tutti coloro che hanno partecipato ai seminari "Kinesiologia: touch for health I – II – III e IV"	Bellinzona



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