



info

Periodico d'informazione sulle attività dell'associazione svizzera infermiere/i
Allegato alla rivista "Cure infermieristiche" N.3/12

Sezione Ticino
Marzo 2012 - n. 1

Cronaca regionale:
**La donazione d'organi
e il Ticino**

Approfondimenti:
**Le conoscenze dei pazienti
enterostomizzati**

Giornata di studio
**Affinché complessità
faccia rima con opportunità**

Calendario attività ASI-SBK
Marzo - Giugno 2012

www.asiticino.ch



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

Allegato alla rivista
"Cure infermieristiche" 3/12

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
Annette Biegger
Cristina Treter De Lubomierz

Supervisione

Pia Bagnaschi

Grafica e stampa

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

Foto copertina: Isabelle Avosti

SOMMARIO

Marzo 2012 - n. 1

3 Editoriale

Cronaca regionale

4 Giornata di studio: affinché complessità faccia
rima con opportunità
(Pia Bagnaschi)

7 Donazione di organi: il modello ticinese
(Stefano Padovese)

9 Donazione: aspetti legislativi e psicologici

Approfondimenti

10 Pazienti enterostomizzati: false convinzioni
e conoscenze lacunose
(Tania Breschini)

12 Ipotermia: una complicanza che può
portare complicazioni gravi
(Matteo Moretti)

Informazioni

13 Assemblea generale

14 Congresso EOC

15 Invito alla lettura

Agenda

16 Calendario corsi

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

E se la generosità fosse ancora una qualità attuale?



Mi è piaciuto molto l'ideogramma giapponese Ithai Doshin che significa "molti corpi in un'unica mente". Solitamente si parla piuttosto di molte menti in un corpo solo! Questo ideogramma illustra il tema della donazione di organi, tema che porta a numerosi spunti di riflessione. Come convivere con gli organi di un'altra persona? Il significato che ognuno di noi dà alla morte può essere determinante nella presa di posizione in merito alla donazione di organi. Ancora di più se si deve decidere con urgenza poiché la persona deceduta non ha espresso le sue volontà in merito. I famigliari possono allora essere esposti a un grande stress psichico, oltre al dolore della perdita. Occorre inoltre avere nel team medico-infermieristico delle persone adeguate e specialmente formate per ovviare a eventuali malintesi/preconcetti ancorati nella popolazione, come la faticosa domanda "al momento di procedere al prelievo dei miei organi, sarò veramente morto?". La diagnosi di morte cerebrale in caso di donazione è l'esame più dettagliato mai praticato per stabilire il decesso. L'esempio del Ticino (vedi articolo a pagina 7) dimostra quanto l'esperienza del gruppo EOC-FLIGHT sia importante per incrementare le donazioni e ottimizzare la presa a carico sia dei donatori, sia dei trapiantati. La legge tutela in modo molto preciso e completo i casi che si possono presentare. Dunque possiamo tranquillamente affermare che donare un organo è davvero un semplice atto di altruismo, non bisogna essere degli eroi e "sacrificarsi". In Svizzera 1074 persone sono in attesa di un trapianto, un numero senza precedenti. Per informare e sensibilizzare la popolazione, proprio questo mese dal 4 al 9 marzo, hanno luogo a Anzère, in Vallese, i campionati invernali mondiali dei trapiantati: un bell' esempio per ringraziare e valorizzare la generosità dei donatori!

Donare gli organi, e *donare* il proprio tempo...per organizzare e animare momenti d'incontro, di scambio e di formazione (Giornata di Studio, Congresso EOC, Assemblea ASI) e permettere alla nostra professione di progredire e di essere valorizzata. In questo numero decisamente ricco di contenuti, potrete trovare un riassunto della Giornata di Studio dell'Associazione Svizzera Infermieri, durante la quale si sono affrontati temi di grande attualità: dalla complessità dell'offerta di formazioni socio sanitarie alla mancanza di personale, dall'identità che rappresenta per noi il lavoro (lavoro dunque sono... ma se non lavoro, chi sono?) alle possibilità di aumentare la durata di vita professionale dell'infermiera. Fidelizzare il personale potrebbe essere una buona strategia per garantire la qualità e la continuità delle cure... Il prossimo grande appuntamento sarà l'Assemblea Generale Ordinaria della nostra associazione, che avrà luogo il 29 marzo a Mendrisio, occasione per *prendersi* il tempo per incontrare le persone che, dietro le quinte, mantengono in piedi un'associazione che arricchisce e sostiene la nostra pratica. E in maggio avremo il piacere e l'onore di accogliere in Ticino per il secondo congresso infermieristico EOC (Ente Ospedaliero Cantonale) Marie Manthey, ideatrice del Primary Nursing, nonché Michael Kleinknecht, ricercatore in ambito infermieristico. Entrambi influenzano la nostra pratica quotidiana, sia con le cure basate sulla relazione, sia sul sistema di fatturazione DRG. Saranno protagonisti per esporre le loro esperienze e darci spunti e chiarimenti per andare avanti. Nella vita di tutti i giorni *doniamo* le nostre conoscenze, facciamo circolare il nostro sapere per aiutare i pazienti a curarsi e prevenire disturbi (dall'enterostomia all'ipotermia, vedi pagine 9-11).

Quindi si può continuare o iniziare ad essere generosi, *regalando* qualità di vita e speranza, sapere e esperienza, sia tra di noi professionisti sia alle persone che curiamo.

Buona lettura!
Isabelle Avosti

Giornata di studio

Affinché complessità faccia rima con opportunità

di Pia Bagnaschi*

Lo scorso 30 novembre, a Lugano, la sezione ASI Ticino, in collaborazione con la Scuola specializzata Superiore Cure Infermieristiche e il Dipartimento sanità della Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, ha organizzato la giornata di studio sul tema "L'infermiere e i collaboratori nelle cure: scenario complesso".

Questa manifestazione è ormai diventata un importante momento di condivisione e di riflessione per tutti coloro che operano o che seguono una formazione nell'ambito delle cure nel nostro cantone, ma anche oltre confine. Il tema proposto quest'anno ruotava attorno alla figura infermieristica confrontata con la collaborazione tra diverse figure professionali provenienti da percorsi di formazione diversificati. L'argomento è stato affrontato da varie prospettive: dalla pratica, alla sociologia, dall'economia alla formazione e la gestione delle cure.

La complessità nel contesto

La prima relatrice ha subito posto l'accento su un elemento che si è rivelato il filo conduttore di tutti gli interventi che sono seguiti: l'importanza della collaborazione inter- e multidisciplinare tra le varie figure professionali coinvolte in un processo e di una chiara definizione delle competenze. Nel caso concreto si trattava della creazione di un nuovo reparto di neurologia, presso l'Ospedale regionale di Lugano. Giovanna Pezzoli è caporeparto di questa nuova unità che comprende 15 letti di degenza e 5 letti Stroke Unit (per pazienti con ictus cerebrale), oltre a 3 letti ambulatoriali. Il progetto comprendeva la ristrutturazione degli spazi con i relativi interventi architettonici e strutturali, l'organizzazione e il coordinamento dei vari professionisti e la definizione delle competenze (a livello amministrativo, logistico e infermieristico) e l'implementazione della nuova organizzazione delle cure. Il coinvolgimento della caporeparto nei lavori, durati quattro mesi, ha messo in evidenza il suo ruolo di leadership e guida. Dal punto di vista infermieristico l'équipe era ed è tuttora formata da collaboratori con diversi gradi di formazione: infermiera specialista clinica (degenza e stroke), infermiere con diverse competenze ed esperienze, assistente amministrativa, assistenti di cura, allievi (diverse formazioni e diversi periodi di stage), praticanti.

Grazie alla sua esperienza e alla sua visione prospettica la capo reparto è stata il punto di riferimento per il reparto e le altre figure istituzionali, attribuendo comunque sempre la prio-

rità alla presa a carico dei pazienti e delle loro esigenze e garantendo la continuità delle cure.

Personale eterogeneo

Il mix di formazioni e di ruoli rende ardua la selezione nell'assunzione del personale. Per il direttore della Fondazione casa anziani Aranda di Giubiasco, Bruno Cariboni, queste problematiche sono all'ordine del giorno. L'istituto comprende 81 posti letto medicalizzati, 2 posti letto medicalizzati per ospiti temporanei e 27 appartamenti protetti e impiega un centinaio di persone, di cui circa 60 nel settore delle cure. I ruoli professionali presenti sono suddivisi in quattro categorie: personale infermieristico diplomato (con 9 percorsi formativi), personale curante livello secondario II (con 2 percorsi formativi), personale ausiliario nel settore cure (con 3 percorsi formativi) e personale in formazione (con 11 stadi di formazione). Con questa complessità è difficile mantenere il paziente al centro delle cure e gestire la diversità all'interno delle équipes. Inoltre la selezione del personale deve rispettare delle precise direttive stabilite dall'Ufficio del Medico Cantonale. Il direttore dell'istituto non ha nessuna libertà nella decisione dei ruoli professionali o sul numero di risorse. L'unica libertà di cui dispone è il criterio della condivisione della carta valoriale, che consiste appunto nella definizione dei valori (digni-



Per affrontare in modo adeguato la realtà di un'utenza in costante evoluzione in questo complesso scenario è necessaria una condivisione del passato e del futuro



foto Isabelle Avosti

tà e rispetto dell'essere umano, senso di appartenenza, pensiero positivo, professionalità, competenza e responsabilità, motivazione), della missione e della visione.

Questa eterogeneità è la conseguenza dei decisivi cambiamenti nella casistica, nella formazione e nelle esigenze avvenuti negli ultimi dieci anni. Il vecchio ruolo infermieristico è quindi ormai superato e stanno assumendo sempre maggiore importanza figure professionali nel settore delle cure socio-sanitarie. Secondo Bruno Cariboni, per affrontare in modo adeguato la realtà di un'utenza in costante evoluzione in questo complesso scenario è necessaria una condivisione del passato e del futuro, senza rimpianti per il primo o timori verso il secondo, ma dando prova di flessibilità e disponibilità al cambiamento.

“Lavoro dunque sono”

Oggi il lavoro coincide con la costruzione dell'identità dell'individuo e non è più una semplice occupazione o fonte di sostentamento. Questa riflessione, che vale anche per il settore della salute, introduce l'intervento della sociologa Elena Boldrini. Nel 2006 si affermava che “la più grande sfida alla quale ogni sistema sanitario deve confrontarsi è quella di adattarsi al ritmo crescente di cambiamenti” (Human Resources for Health in Europe). Questa constatazione trova pieno riscontro anche oggi. La formazione infermieristica ha subito in quest'ultimo decennio una vera e propria rivoluzione. È dunque indispensabile stare al passo con i tempi. Come osserva la sociologa rimanere ancorati ai vecchi ruoli può frenare l'evoluzione delle figure professionali. Inoltre l'investimento nella professione deve potersi riscontrare anche nella pratica in continua evoluzione: è importante saper condividere le proprie competenze e creare un'interdipendenza con gli altri professionisti, riformulando sempre nuovi obiettivi e valori. In questo modo la presenza di un gran numero di figure professionali diventa un'opportunità di sviluppo e un arricchimento continuo, consolidando l'identificazione dei professionisti con la prassi e la gratificazione nei confronti delle loro prestazioni.

Le variabili che condizionano la pluralità

Per Riccardo Crivelli, economista e responsabile dell'area gestione sanitaria presso il DSS che, per la sua esperienza quale direttore dell'ospedale di Mendrisio, ben conosce il mondo sanitario, la pluralità delle figure professionali nel settore infermieristico è condizionata da fattori esterni, interni e dalla loro interdipendenza. Fattori come lo sviluppo della società, l'evoluzione dei bisogni sanitari e del mondo del lavoro, gli orientamenti e le politi-

che della formazione e i cambiamenti istituzionali, con i relativi cambiamenti nella gestione, incidono dall'esterno sull'evoluzione delle figure professionali. Altri elementi come l'evoluzione della rappresentazione e dell'identità professionale, l'inserimento nei curricula formativi delle nuove competenze e le esigenze operative agiscono dall'interno, negli ambiti professionali. Secondo Riccardo Crivelli le interdipendenze tra i due tipi di variabili spingono verso un aumento della specializzazione e della pluralità delle figure professionali: se da una parte si moltiplicano i profili dell'infermiera, dall'altra aumenta il numero delle altre figure professionali con cui essa lavora. Tutto ciò porta a nuovi scenari e nuove strategie. Tre sono le caratteristiche che contraddistinguono la realtà delle cure: la complessità degli ambiti in cui l'infermiera si trova a operare, la continuità delle cure e il cambiamento delle situazioni. Per poter affrontare in modo efficiente questi scenari occorrono altrettanto efficaci strategie. Adeguatezza e ottimizzazione sono entrambe indispensabili, l'una per far scaturire la pluralità delle figure professionali dai bisogni rilevati nella pratica, l'altra per stabilire un equilibrio tra un profilo “troppo generico” e uno “troppo specializzato”. Questo permette inoltre di determinare e ottimizzare le esigenze a livello di formazione e le risorse finanziarie necessarie per garantire un sistema sanitario in grado di rispondere alle esigenze della società.

Skill e grademix

Per dare maggiore visibilità a tutte le figure professionali è importante chiarire chi fa che cosa. È questo il fulcro della tesi presentata da Aline Schuwey, direttrice dell'area infermieristica presso la Rete psichiatrica del canton Friburgo. Il cambiamento della legge sulla professione ha portato tre livelli di formazione: livello terziario SUP, livello terziario SSS e livello secondario II (OSS/OSA). Questi diversi percorsi formativi corrispondono ad altrettanti ruoli professionali, ognuno con diversi settori di competenza. Dallo studio RICH, svolto nel 2009 da Sabine de Geest e i suoi collaboratori, risulta che in Svizzera la proporzione di compiti non infermieristici (come ad esempio la distribuzione dei pasti, le attività alberghiere, ecc.) eseguiti dagli infermieri è superiore rispetto agli altri tre paesi presi in considerazione (Germania, Canada e USA). Invece di proporre un aumento dei contingenti di personale qualificato nelle cure, Aline Schuwey propone di ridefinire le competenze e di delegare alcuni compiti da una categoria di professionisti della salute a un'altra. Per fare ciò occorre analizzare lo skill e il grademix tramite un metodo approvato. Lo skill e grademix si riferisce al numero di posti attribuiti all'istituzione in



foto Isabelle Avosti

Per la sociologa Elena Boldrini rimanere ancorati ai vecchi ruoli può frenare l'evoluzione delle figure professionali

combinazione con le competenze date in un preciso momento in un servizio di cura d'ambito geriatrico, in cui sono impiegati il maggior numero di OSS. Queste valutazioni permettono una nuova organizzazione della ripartizione delle attività, con una maggior valorizzazione di tutti gli operatori interessati e un maggior riconoscimento del loro lavoro, oltre che una maggiore soddisfazione dei pazienti.

Ripercussioni sulla pratica

È assodato che in futuro ci saranno sempre più pazienti anziani, cronici, con maggiore polimorbilità e si dovranno affrontare più spesso problematiche psico-sociali. Ciò significa che le situazioni in cui i curanti dovranno operare saranno sempre più complesse. Alla maggiore complessità delle cure si contrappone una riduzione della durata media delle degenze, pressioni finanziarie (sistema DRG) e lo spostamento delle cure dall'ospedale verso il settore ambulatoriale o spitex. Inoltre gli operatori dovranno fare di più in meno tempo (speed up). Come ha fatto notare Yvonne Willems Cavalli, responsabile dell'area infermieristica presso l'Ente ospedaliero cantonale (EOC), non basta considerare l'invecchiamento della popolazione, ma anche quello dei curanti, molti dei quali lasceranno la professione, rendendo ancora più concreto il problema della carenza di personale. Da vari studi svolti in tal senso dall'Osservatorio della sanità (OB-SAN), dall'organizzazione mantello per le professioni sanitarie ODA Santé e dalla Conferenza dei direttori sanitari (CDS), oltre che dal centro di formazione Careum, nel 2020-2030 mancheranno dai 25'000 ai 120'000 curanti.

Mancanza di personale

Per porre rimedio a questo grave problema si possono offrire più formazioni o incrementare la fidelizzazione. Visto quanto è stato detto finora, si potrebbe affermare che i percorsi formativi hanno ormai raggiunto il limite. Yvonne Willems Cavalli ritiene più sensato considerare il cambiamento culturale che c'è stato negli ultimi cinque anni a livello della collaborazione multi/interdisciplinare, sia con il corpo medico e altri professionisti o servizi, sia all'interno dell'équipe infermieristica, e continuare a lavorare in tal senso. Inoltre, per affrontare il cambiamento delle situazioni di cura e la loro complessità è necessario poter disporre di nuovi ruoli, come ad esempio l'infermiera ANP, esperta in pratica avanzata, l'infermiera consulente, l'infermiera di ricerca, l'infermiera di legame, ecc. Oltre a migliorare l'accompagnamento dell'utenza, ciò permette una mag-

giore soddisfazione da parte del curante, rende la professione più accattivante e promuove la fidelizzazione. Contribuiscono a questo processo anche un'adeguata pianificazione e gestione del personale, il coinvolgimento nelle decisioni (anche a livello di politica sanitaria) e un elevato grado di formazione.

Falsi miti

Spesso, afferma Yvonne Willems Cavalli, chi critica il sistema sanitario si basa su argomenti demagogici, scontati e superficiali, che non trovano riscontro nella realtà. Parlano di discriminazioni, di favoritismo ai frontalieri, di differenza tra teoria e pratica, di differenza salariale tra diplomati SSSCI e laureati SUPSI. Presso l'EOC nel 2011 la percentuale di frontalieri impiegati sul totale di infermieri era del 27.7% (nel 2000 28.8%). Non si può quindi dire che si assume sempre più personale proveniente dall'estero a scapito dei residenti. A chi poi afferma che la teoria sovrasta la pratica basta ricordare che attualmente i posti di stage sono disponibili solo al 50%. Per integrare meglio le nozioni teoriche all'esercizio pratico bisognerebbe quindi ampliare questa offerta, sfruttando il potenziale esistente. Per quanto riguarda la differenza salariale tra infermieri diplomati e laureati, da un sondaggio effettuato dall'Associazione Svizzera Capi Infermieri (ASCSI) presso 65 ospedali, risulta che la stragrande maggioranza degli interpellati ha e vuole anche in futuro una retribuzione secondo la funzione.

Con la schiettezza che la contraddistingue, alla fine del suo intervento Yvonne Willems Cavalli ha tenuto inoltre a sottolineare che bisognerebbe porre fine alla disparità di trattamento tra gli studenti SSSCI e SUPSI, assegnando una retribuzione salariale mensile anche agli studenti SUPSI.

Il pubblico presente ha seguito con estremo interesse le varie presentazioni, partecipando alle discussioni e esprimendo le proprie insicurezze, i propri dubbi, ma anche la voglia di partecipare attivamente alla costruzione di un sistema sanitario dinamico e flessibile. Tutti avranno capito la necessità di raccogliere la sfida offerta dalla diversità per forgiare strumenti di lavoro e strategie che permettano di affrontare la complessità delle situazioni con creatività e professionalità. ■

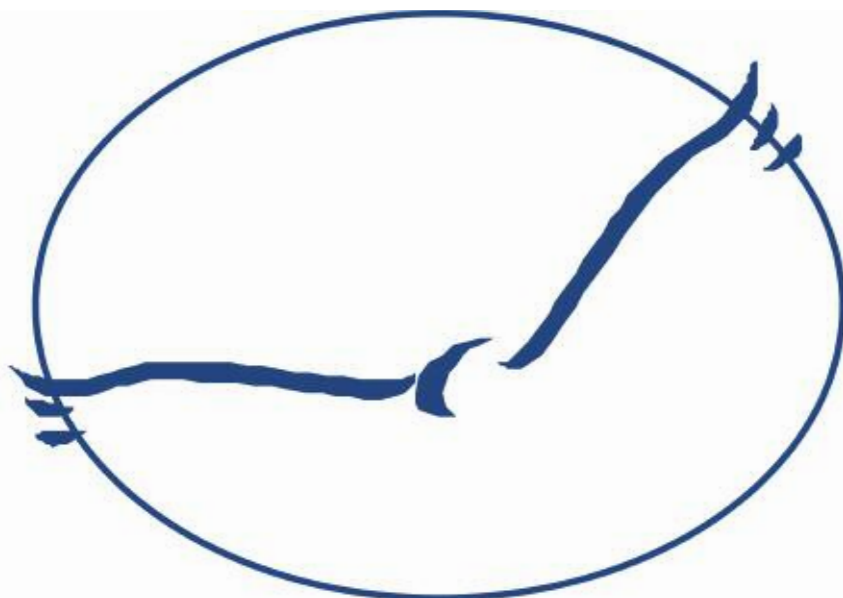
* **Pia Bagnaschi**, redattrice *Cure infermieristiche*

Spesso chi critica il sistema sanitario si basa su argomenti demagogici, scontati e superficiali

Donazione di organi

Il modello ticinese

di Stefano Padovese*



Alcune questioni etiche ci hanno permesso la determinazione professionale che si è espressa anche sotto forma di esplicitazioni ed esigenze

Parlando della donazione d'organi in Ticino, non si può che partire dalla data storica del 1988, quando è avvenuta la prima donazione d'organi, fortemente voluta dall'allora primario del servizio di chirurgia dell'Ospedale Civico di Lugano, Prof. Sebastiano Martinoli. In questi 24 anni, l'evoluzione scientifica e l'impegno etico ha via via reso più efficiente la macchina organizzativa, sia a livello nazionale che a livello locale.

Nel corso di questi anni, le tecniche di trapianto d'organo e le tecniche conservative si sono certamente evolute, offrendo sempre più opportunità terapeutiche ai pazienti, sempre più numerosi, in lista d'attesa di trapianto.

Il trapianto: una sfida

In alcuni casi è stata una corsa contro il tempo, ma non solo, è stata anche una sfida ingaggiata con molte problematiche etiche e con le frequenti rappresentazioni culturali che poco hanno a che fare con la realtà. La risposta non poteva che essere di silenzioso impegno professionale e sociale dei diversi attori coinvolti in questa branca della medicina e della scienza infermieristica.

In aiuto alle varie problematiche, sono arrivate anche disposizioni legislative federali, che suggerivano l'individuazione di organi,

istituzionalmente riconosciuti, dedicati alla Donazione d'Organi. Infatti, nel 2007 è stata definita la nomina di una Infermiera Coordinatrice Cantonale per la Donazione d'Organi (CCDO), che assumesse sia il ruolo di gestione dei vari processi sia di riferimento (*expertise*) per le istituzioni coinvolte. La trasformazione di un evento particolare, fino a quel momento gestito autonomamente dai servizi coinvolti, in un processo assistenziale strutturato, efficace ed efficiente, ha reso necessaria la costituzione di un gruppo con caratteristiche interdisciplinari.

Costituzione del Gruppo Donazione Organi

All'inizio di tutto il percorso, nato ufficialmente nel 2007 con la presentazione di un progetto alla direzione infermieristica dell'Ospedale Regionale di Lugano (ORL) e alla Direzione dell'EOC, si è costituito il Gruppo Donazione Organi denominato in seguito EOC-FLIGHT.

La nascita di questo gruppo, vocationalmente ubicato all'ORL per la casistica particolare dei Pazienti potenzialmente Donatori, si è poi estesa coinvolgendo anche altri infermieri delle altre sedi dell'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC). La nascita di questo gruppo di lavoro si è basata fin dall'inizio sulla definizione dei ruoli, degli obiettivi condivisi, ma soprattutto si è esplicitata nella visione d'intenti e nella filosofia nel perseguire tutti insieme gli obiettivi di questo rivoluzionario e complesso processo. Alcune questioni etiche ci hanno permesso la determinazione professionale che si è espressa anche sotto forma di esplicitazioni ed esigenze. Basti pensare il dover chiarire, anche etimologicamente, il valore di alcune definizioni.

Come infermieri, ci siamo confrontati con alcuni concetti come la differenza tra morte e morte cerebrale. Ma ancora, e apparentemente banale, la differenza tra cadavere inteso come cessazione del ruolo medico e salma, inteso in quest'ultimo caso come continuità di un processo assistenziale infermieristico.

A tal proposito abbiamo definito i comportamenti da adottare come infermieri, nella ricomposizione della salma a seconda della religione d'appartenenza del paziente donatore.

Medicina dei trapianti

La medicina dei trapianti, di cui in Ticino si abbraccia solo la parte delle Donazioni d'Organo, è una branca della medicina assai complessa, dove le risorse strumentali ed umane non trovano dei paragoni in tutta la medicina. Infatti, la mobilitazione di uomini e mezzi, la messa a prova di una struttura organizzativa ospedaliera è cosa di non poco conto, ma la determinazione e la convinzione professionale dei singoli ha permesso di raggiungere risultati ragguardevoli.

Le varie tappe del processo assistenziale, documentate attraverso numerose Istruzioni Operative, Check List, Modulistiche e quant'altro, con l'avvallo e il supporto del Servizio di Qualità locale, ha permesso il raggiungimento di traguardi insperati. Molti di questi documenti, sono stati presi come esempio, anche da altre strutture ospedaliere universitarie e non, di altri cantoni, per l'ottimizzazione del processo e delle risorse coinvolte, quasi a confermare un concetto ormai diffuso anche tra i media nazionali: il modello ticinese. Le statistiche, nazionali ed europee, in effetti, avvalorano questo modello.

I donatori

L'incidenza di pazienti Donatori, convenzionalmente, viene rapportato per milioni d'abitanti di un determinato territorio, secondo le statistiche europee il paese più virtuoso è la Spagna con 36 Donazioni/mil.ab. La Svizzera non occupa una posizione meritoria in questa classifica, ma il Ticino con le sue 15 donazioni per anno in rapporto ai 330.000 abitanti, permette di essere in cima ai risultati statistici di questa incidenza. Possiamo quindi affermare che la definizione di modello ticinese trova una sua sostenibilità almeno nei numeri.

Risultati migliori si potrebbero riscontrare nella qualità degli organi donati, ma questo richiederebbe un ulteriore approfondimento. In seguito ad una verifica della Joint Commission, durante uno dei diversi Audit per il mantenimento delle varie certificazioni di qualità, e precisamente per il controllo della sicurezza in ambito sanitario, i processi definiti e implementati da questo gruppo infermieristico dedicato hanno ottenuto il massimo dei punteggi.

L'esperienza EOC-FLIGHT

Possiamo certamente affermare quindi, che l'ottimizzazione delle risorse messe in campo e l'interazione tra le figure professionali dei servizi coinvolti, attraverso un continuo e costruttivo dialogo professionale, ha per-

messo la creazione di un processo che garantisce un'ottimale e omogenea prestazione assistenziale.

L'impegno del gruppo di lavoro ha voluto prevaricare il solo contesto organizzativo, conscio che anche gli aspetti culturali, in termini di condivisione delle conoscenze specifiche e generali, fosse un aspetto che potesse condizionare positivamente la popolazione sanitaria.

Da alcuni anni si tengono delle formazioni specifiche per le diverse formazioni infermieristiche (di base e di specializzazione) grazie anche alla sensibilizzazione e al supporto della Scuola Cantonale Infermieristica, ma anche formazioni interne all'EOC sotto forma di aggiornamento continuo delle figure infermieristiche.

ITHAI DOSHIN è in ideogramma giapponese che tradotto significa "molti corpi in un'unica mente", si tratta di un principio filosofico-religioso Buddista (Nicheren Daishonin), che ben si adatta per descrivere il percorso del Gruppo Interdisciplinare EOC-FLIGHT.

La descrizione di questa esperienza vuole essere una testimonianza di un lavoro interdisciplinare, che pone e che ha posto al centro di ogni strategia l'essere umano, paziente o professionista, calato in questa realtà. ■

* **Stefano Padovese**, Infermiere Anestesista SPD SSS, Gruppo EOC-FLIGHT



La definizione di modello ticinese, trova una sua sostenibilità almeno nei numeri

GRUPPO EOC-FLIGHT

Inf. Andreina Bocchi CCDO

Inf. Eva Ghanfili, Sostituta CCDO

Inf. Barbara Broggin, Referente Strumentiste

Inf. Antonio Di Blasi, Referente Pronto Soccorso

Inf. Domenico Costanzo, Referente Sala Operatoria

Inf. Stefano Padovese, Referente Anestesia

Per informazioni rivolgersi alla Sig.ra Andreina Bocchi 079 779 12 94

Coordinatrice Cantonale Donazione Organi

Donazione

Aspetti legislativi e psicologici



I principi generali contenuti nel Protocollo aggiuntivo in esame riguardano l'accesso dei pazienti ai servizi di trapianto

Il protocollo aggiuntivo alla Convenzione sulla biomedicina relativo al trapianto di organi e di tessuti di origine umana è stato approvato l'8 novembre 2001 dal Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa, aperto alla firma il 24 gennaio 2002 e posto in vigore il 1° maggio 2006. Tale Protocollo aggiuntivo concretizza e completa i principi contemplati dalla Convenzione sulla biomedicina in tema di medicina dei trapianti, fissa uno standard di protezione minimo comune a livello internazionale in questo ambito e costituisce un importante strumento transnazionale per combattere il traffico di organi.

I principi generali contenuti nel Protocollo aggiuntivo in esame riguardano l'accesso dei pazienti ai servizi di trapianto, la trasparenza nell'attribuzione di organi, il rispetto di norme sanitarie e di sicurezza, il divieto di donare organi a scopo di lucro, nonché l'obbligo di informare i donatori, i riceventi, il personale medico e il pubblico.

Le disposizioni speciali del Protocollo trattano del prelievo di organi da persone viventi o decedute e del loro utilizzo, del divieto di trarne profitto, del carattere confidenziale e del risarcimento per danni ingiustificati.

Aspetti psicologici sia per il donatore, sia per chi riceve un organo

La donazione di organi, tessuti e cellule può avere ripercussioni psichiche per tutte le persone coinvolte. In caso di prelievo di organi da una persona deceduta, i famigliari possono essere esposti a un grande stress psichico: devono affrontare la notizia del decesso e - in assenza di una dichiarazione di volontà del defunto - decidere rapidamente se acconsentire alla donazione. I trapianti di organi sottopongono a stress specifici anche il personale medico.

In caso di donazione da vivente è il donatore stesso ad essere sottoposto a un forte stress. Ciononostante, le donazioni da vivente sono in genere vissute come un'esperienza positiva.

Tutte le fasi, dalla decisione di sottoporsi al trapianto alla vita con il nuovo organo, possono infatti avere forti ripercussioni sulla psiche, sia per il ricevente sia per i familiari nonché le persone che si prendono cura di lui.

Sottoporsi a un trapianto è spesso una decisione difficile da prendere. Durante il periodo di attesa dell'intervento, la maggior parte dei

pazienti è soggetta a una forte instabilità emotiva. Benché il trapianto consenta in genere di migliorare nettamente la propria qualità di vita, dopo l'operazione possono verificarsi situazioni di stress e sorgere difficili questioni psicologiche.

La situazione può avere ripercussioni psichiche anche per i parenti e le persone che si prendono cura del paziente ed è importante considerare seriamente l'influsso dei fattori psicologici sulla rete sociale formata da assistito e persone vicine.

Per il trapianto di tessuti come la cornea o l'osso, l'impatto sulla psiche è in genere molto più limitato.

Essere in lista per un trapianto

A seconda dell'organo colpito, prima di entrare in lista per un trapianto, il paziente attraversa di solito un periodo più o meno lungo segnato da una malattia cronica. In caso di insufficienza renale, l'indicazione più frequente per un trapianto, spesso i pazienti sono sottoposti da tempo a dialisi, una terapia che incide pesantemente sulla loro vita quotidiana. L'inserimento nella lista d'attesa presuppone una decisione consapevole da parte dei diretti interessati. Normalmente i pazienti sono disposti a ricevere un trapianto solo quando l'intervento presenta vantaggi evidenti rispetto alla loro situazione attuale, gravosa ma comunque ben nota.

Lo stress dell'attesa

A meno di poter beneficiare rapidamente di un organo compatibile, l'attesa di un organo può durare anche anni, nel corso dei quali i pazienti devono essere sempre reperibili. Questo stato può generare una tensione emotiva. E quando un organo è finalmente disponibile, la sua deperibilità esige che i candidati debbano essere pronti per l'intervento nel più breve tempo possibile. In questa fase, la paura dell'operazione e l'incertezza circa la durata dell'attesa si contrappongono alla speranza di poter vivere una vita senza sofferenze grazie al trapianto. ■

Pazienti enterostomizzati

False convinzioni e conoscenze lacunose

di Tania Breschini *



Una corretta informazione permette di mantenere una buona qualità di vita

La vita di un paziente che si sottopone ad un intervento addominale per il confezionamento della stomia cambia radicalmente. La quotidianità viene rivoluzionata: si devono apprendere nuove informazioni riguardanti la gestione della stomia, l'igiene mattutina diventa molto più lunga e complicata e l'alimentazione, soprattutto inizialmente, subisce diversi cambiamenti. Bisogna inoltre essere in grado di valutare lo stoma durante la sua cura per rilevarne tempestivamente le alterazioni e diminuire per qualche periodo l'attività fisica che veniva svolta prima dell'intervento.

Tutte queste informazioni, e molte altre, entrano a far parte della vita di tutti i giorni del paziente, ma quante e quali vengono trattenute? Per scoprirlo è stata condotta un'indagine con l'ausilio di un questionario che comprendeva 50 domande suddivise nelle seguenti categorie: alimentazione, sport/tempo libero, gestione/stoma care e riconoscimento complicanze. La risposta possibile ai quesiti era "vero", "falso" e "non so". Vi hanno partecipato 24 pazienti dell'associazione ILCO Ticino e 2 del-

l'ambulatorio dell'ospedale Civico di Lugano (età media 71 anni). Diciotto di essi avevano una colostomia e 8 un'ileostomia, derivanti, soprattutto, da patologie neoplastiche o infiammatorie. La maggior parte degli intervistati (22/26) aveva la stomia da più di 2 anni. Le conclusioni di questa ricerca sono molto interessanti perché evidenziano lacune e false convinzioni in tutti gli ambiti indagati. Qui di seguito verranno riportati i dati più rilevanti.

Alimentazione

I pazienti sono ben informati per quanto riguarda la produzione di gas intestinali e gli alimenti che possono aumentare questo disturbo come, ad esempio, il consumo di cavolfiori, asparagi e cipolle.

Solo 5 pazienti su 26 sanno che birra, cioccolato, bevande calde e minestra possono causare diarrea.

Ben 19 non sanno che prezzemolo e yogurt possono aiutare nel ridurre gli odori. La maggior parte dei pazienti (21/26) non sa che alcol e caffè possono influire sul passaggio delle feci nell'intestino.

L'occlusione dello stoma è una complicanza che può verificarsi se vengono consumati in abbondanza sedano, mais, funghi e frutta secca (18 pazienti però non ne sono a conoscenza).

Sport/tempo libero

Le domande inerenti lo sport e il tempo libero hanno ottenuto diverse risposte "non so" e quindi mostrano che vi sono scarse conoscenze al riguardo.

Ben 17 pazienti credono di dover evitare la maggior parte degli sport ma non è così. Gli unici ad essere sconsigliati sono la boxe e la lotta perché possono procurare un danno diretto allo stoma.

Gestione della stomia

Quasi tutti i pazienti (24/26) sanno che il sacchetto va staccato dall'alto verso il basso. Al contrario, più della metà degli intervistati non sa che questo viene applicato alla cute dal basso verso l'alto, eseguendo quindi questa pratica in modo scorretto.

Per l'igiene non si può utilizzare qualsiasi sapone, infatti, sono consigliati acqua tiepida e un sapone a pH 5-6 senza oli, creme e sostanze che potrebbero irritare la cute. In questo caso 10 pazienti non ne erano a conoscenza.



Bisogna essere in grado di valutare lo stoma durante la sua cura per rilevarne tempestivamente le alterazioni



Le informazioni, i materiali e i consigli per la corretta gestione della stomia entrano a far parte della vita di tutti i giorni. I pazienti si ritrovano così a dover apprendere molte nozioni teoriche e pratiche in un arco di tempo spesso limitato.

In tutti gli ambiti indagati sono emerse delle lacune e delle conoscenze errate

Se si asciuga delicatamente la cute senza strofinare, ma tamponando, verranno evitate future complicanze (11 pazienti non lo fanno). La metà degli intervistati, infine, non sa che se la cute attorno allo stoma è arrossata potrebbe indicare un'allergia al materiale del sacchetto.

Riconoscimento delle complicanze

Molti pazienti hanno delle conoscenze errate nel riconoscere le complicanze tempestivamente.

Otto non sanno che se il foro della placca è troppo grande rispetto allo stoma la cute potrebbe infiammarsi perché i residui di feci sono irritanti.

Molti credono che un arrossamento della pelle attorno allo stoma sia normale. Questo fatto è grave perché vengono sottovalutati i primi segnali che indicano il manifestarsi di un problema, favorendo così l'insorgenza di complicanze. Invece, il sanguinamento dello stoma viene segnalato correttamente come problema (22/26).

Conclusione

Da questo studio è emerso che i pazienti sono più informati per quanto riguarda la ge-

stione della stomia e l'alimentazione. In tutti gli ambiti indagati sono emerse delle lacune e delle conoscenze errate. Infatti, non è sempre facile capire e ricordarsi tutto ciò che dice il medico, la stomaterapista o l'infermiera/e e con il tempo le informazioni vengono dimenticate o se ne creano di quelle errate. Per tutti questi motivi l'infermiera/e non deve dar per scontato che il paziente sia a conoscenza di tutto quello che riguarda la cura della stomia, anche se questa è stata confezionata da diversi anni. Sarebbe quindi utile esplorare le conoscenze e rafforzare i campi in cui il paziente ha scarse o errate convinzioni ogni volta che si reca in ambulatorio per le visite di controllo, oppure quando si trova confrontato con un curante. L'utilizzo di un breve questionario potrebbe servire per ottenere un riscontro immediato sulle informazioni in possesso del paziente e, in seguito, si potrebbe discutere sui campi in cui emergono delle lacune ottenendo così un intervento informativo mirato. ■

***Tania Breschini**, infermiera, Bachelor in Cure infermieristiche (SUPSI - DSAN), lavora presso la clinica Varini di Orselina

Ipotermia

Una complicanza che può portare gravi conseguenze

L'ipotermia lieve/grave è una emergenza medica. Si inizia a parlare di ipotermia quando un soggetto presenta una temperatura corporea $<35^{\circ}\text{C}$. A livello internazionale esiste una classificazione dell'ipotermia, messa a punto dalla Società Svizzera di Medicina di Montagna, che comprende un'ipotermia lieve ($35\text{-}32^{\circ}\text{C}$), moderata ($32\text{-}28^{\circ}\text{C}$) e grave ($<28^{\circ}\text{C}$). In base al grado di ipotermia il paziente presenta diversi sintomi che si vanno aggravando con l'abbassamento della temperatura fino alla perdita di coscienza, all'arresto cardio/respiratorio ed infine alla morte... o morte "apparente".

In letteratura esistono infatti diversi casi di soggetti con temperature centrali ben inferiori a 20°C che, con le adeguate manovre di rianimazione e riscaldamento, hanno avuto un ottimo outcome senza riportare danni neurologici o fisici.

Vorrei però porre maggiore attenzione verso i casi di ipotermia lievi e moderata che tutti i giorni vengono trattati in ambiente extra/intraospedaliero.

Le complicanze e l'aumento della mortalità in maniera quasi esponenziale soprattutto nei pazienti traumatizzati, ci dovrebbero fare riflettere.

Sotto quello che, come curanti, a volte pensiamo sia solo un lieve abbassamento della

temperatura si nascondono complicanze temibili: la più incisiva è il rallentamento o inibizione della cascata della coagulazione, con conseguenze estremamente infauste in pazienti politraumatizzati.

In pazienti che presentano un quadro clinico grave, le alterazioni della temperatura, provocate da ipotermie post-operatorie o secondarie a perfrigerazione, possono essere letali.

Negli Stati Uniti casi di ipotermia si verificano dal 21% al 66% in tutti i pazienti traumatizzati.

Uno studio multicentrico evidenzia come la mortalità media nei pazienti vittima di ipotermie accidentali, con una temperatura centrale inferiore ai 32°C all'ingresso dell'ospedale, si aggiri attorno al 21%; nella sottopopolazione di pazienti traumatizzati con la medesima temperatura iniziale, la mortalità si avvicina al 100%, indipendentemente dalla presenza di shock, dall'ISS (Injury Severity Score) e dal volume di liquidi somministrati.¹

Questi sono dati che, come curanti impegnati in area critica, dovremmo sempre tenere ben presenti; **la temperatura di un paziente dovrebbe essere un parametro continuamente monitorato e sorvegliato.** Dobbiamo quindi mettere in atto tutte le strategie per mantenere il paziente normotermico. ■

* **Matteo Moretti**, Infermiere Specializzato in cure intensive, membro S.I.S.S.I Società Italo Svizzera Studi Ipotermia, Tecnico CNSAS

di Matteo Moretti*



Sotto quello che, come curanti, a volte pensiamo sia solo un lieve abbassamento della temperatura si nascondono complicanze temibili



Foto: Isabella Avosti

¹ Tsuei BJ Hypothermia in the trauma patient *Injury*, 2004 Volume 35, Issue 1, Pages 7-15



ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA

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

Giovedì 29 Marzo 2012

Ore 18.00

Riservata ai membri ASI-SBK

**Ospedale Regionale di Mendrisio Beata Vergine
via Alfonso Turconi 23 - 6850 Mendrisio
Auditorio**

Ordine del giorno:

1. Apertura dell'Assemblea da parte del Presidente
2. Designazione degli Scrutatori
3. Approvazione verbale Assemblea Generale Ordinaria del 25.03.2011
4. Rapporto del Presidente ed approvazione
5. Presentazione dei conti 2011
Rapporto Revisori dei Conti
Approvazione dei conti d'esercizio 2011 e scarico al Comitato
6. Preventivo 2012 ed approvazione
7. Nomine statutarie
8. Diversi

RINFRESCO

**Giovedì 29 Marzo 2012 - Ore 19.00
Ospedale Regionale di Mendrisio Beata Vergine**



Abbiamo il piacere di invitarvi al
2° Congresso Infermieristico EOC

dal titolo

**Infermieri EOC: co-protagonisti
nel sistema sanitario che cambia**

**che si terrà presso il Palazzo dei Congressi di Lugano
il prossimo 9 maggio.**

Il congresso, nato dalla volontà di creare un punto di incontro e di confronto e per far conoscere gli sviluppi delle cure infermieristiche all'interno dell'Ente Ospedaliero Cantonale, affronterà in questa edizione le seguenti tematiche:

- l'evoluzione della pratica clinica infermieristica
- il nuovo sistema di finanziamento ospedaliero SwissDRG: l'impatto sulle cure infermieristiche e le strategie messe in atto

Il programma prevede, oltre alla partecipazione di relatori attivi all'interno delle strutture dell'Ente, l'apporto di due personalità di fama internazionale:

- **Marie Manthey** ideatrice del Primary Nursing - Cure basate sulla relazione - e
- **Michael Kleinknecht**, ricercatore in ambito infermieristico e capoprogetto, responsabile di studi condotti in Svizzera riguardanti gli effetti del metodo tariffario sull'assistenza infermieristica e l'elaborazione di indicatori di cure significativi per i DRG.

Il Congresso è rivolto al personale infermieristico, agli studenti e operatori sociosanitari impegnati nelle strutture ospedaliere, ma è aperto anche a tutti coloro che desiderano approfondire i temi di grande attualità e interesse che saranno sviluppati nel corso della giornata.

Il programma completo e le modalità per l'iscrizione sono pubblicati sul sito www.eoc.ch.
Per ulteriori informazioni vi potete rivolgere alla segreteria dell'Area Infermieristica EOC
(tel. 091 811 13 13 - email: manuela.ganzolablattner@eoc.ch).

Assieme al Comitato Scientifico vi aspetto numerosi il prossimo 9 maggio!

Yvonne Willems Cavalli, MSc
capo Area infermieristica EOC
membro della Direzione Generale Bellinzona

Santi o schiavi?

Prospettive e problemi della donazione di organi da vivente



In cosa consiste la donazione da vivente? Quando è nata? Dov'è praticata? Quali sono i risultati? Quali rischi comporta per i donatori? Cosa vuol dire donazione samaritana? Quali sono le possibili ricadute sanitarie e sociali? Quali le prospettive future? A queste e altre domande intendono rispondere gli autori, avvalendosi della propria esperienza nel settore della donazione e trapianto e arricchendo il dibattito con spunti e riflessioni di carattere etico, filosofico, normativo e sociale. A distanza di sessantanni circa dalla sua nascita, la medicina dei trapianti affascina e suscita dilemmi etici, unisce e divide l'opinione pubblica, continuando a rappresentare una delle più grandi conquiste della scienza medica a cavallo tra i due secoli. Lontano da ogni clamore mediatico, gli autori desiderano stimolare la crescita culturale in tema di donazione da vivente e suscitare un confronto obiettivo e moderato tra tutti coloro che sono coinvolti e interessati alla medicina dei trapianti.

Gli autori:

Franco Filippini: Ordinario di Chirurgia generale dell'Università di Pisa, direttore del Dipartimento di assistenza integrata di Trapiantologia epatica, epatologia e infettivologia e dell'unità operativa complessa di Chirurgia gene-

rale e trapianti di fegato dell'azienda ospedaliero-universitaria pisana. Presidente della SISQT (Società italiana per la sicurezza e la qualità dei trapianti) ha pubblicato i saggi Samsara (Pezzini Editore Arte, 2003), Il trapianto e i suoi vissuti (Laterza, 2008) e Il trapianto moltiplica la vita (B.C. Dalai editore, 2009).

Paolo De Simone: Chirurgo e dirigente medico presso l'unità operativa complessa di Chirurgia generale e trapianti di fegato dell'azienda ospedaliero-universitaria pisana. Dopo un periodo di perfezionamento in Francia e in Belgio, ha proseguito la propria attività a Pisa sviluppando i propri interessi di ricerca nell'ambito della terapia immunosoppressiva, del trattamento delle neoplasie epatiche e dell'aderenza terapeutica.

Davide Ghinolfi: Chirurgo e dirigente medico presso l'unità operativa complessa di Chirurgia generale e trapianti di fegato dell'azienda ospedaliero-universitaria pisana. Ha lavorato per alcuni anni negli Stati Uniti presso il Mount Sinai Hospital di New York, dove ha perfezionato la propria formazione chirurgica nel trapianto di fegato e nel trattamento chirurgico delle malattie epatiche, biliari e pancreatiche. ■

Franco Filippini; Paolo De Simone; Davide Ghinolfi
2010 - Dalai Editore (collana i saggi)



Collabora anche tu!

Cari Colleghi,

Se desideraste pubblicare articoli, progetti, riflessioni o esperienze vissute, sia in ambito professionale o di medicina naturale, vi invitiamo caldamente a prendere contatto con il segretariato ASI Ticino, mandando il vostro testo preferibilmente in 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 sempre benvenute.

Restiamo a vostra disposizione per concordare eventuali adattamenti della vostra pubblicazione, arricchendoci a vicenda. Il Comitato di redazione pubblicherà gli articoli in base ai temi ed agli spazi disponibili nella rivista. Vi attendiamo numerosi!

E-mail: segretariato@asiticino.ch



CALENDARIO ATTIVITÀ ASI-SBK SEZIONE TICINO

CORSI – CONFERENZE – ATELIER – ASSEMBLEE **MARZO - GIUGNO 2012**

DATA	CORSO	TERMINE ISCRIZIONE	ANIMATORE	PARTECIPANTI	LUOGO
12 marzo 2012	BLS-DAE® SRC Defibrillazione Automatica Esterna	13.02.2012	Insegnante CRV	infermieri/e	PREGASSONA
14 – 15 –16 marzo 2012	Morfo – psicologia del piede e delle sue dita	13.02.2012	Antonio Maglio	operatori del ramo sanitario con formazione di base in riflessologia	BELLINZONA
20 marzo 2012	Alzheimer: la malattia, la comunicazione, l'assistenza al paziente	20.02.2012	Michela Tomasoni-Ortelli	aperto a tutti gli operatori del ramo socio - sanitario	MENDRISIO
22 – 23 marzo 2012	Training assertivo	20.02.2012	Vincenzo Santoro	aperto a tutti	MENDRISIO
26 marzo 2012	Importanza della comunicazione in Cure Palliative	27.02.2012	- Nicola Cresto - Silvia Walther Veri	- infermieri/e - assistenti geriatrici/che - operatori/trici sociosanitari/e	LUGANO
30 marzo 2012	Dal piano di cura cartaceo a quello informatizzato	27.02.2012	Michele Battaglia	- infermieri/e - assistenti geriatrici/che - operatori/trici sociosanitari/e	LUGANO
2 – 3 aprile 2012	L'energia del ridere: la materia, lo spirito, la struttura della realtà	29.02.2012	- Sonia Fioravanti - Leonardo Spina	aperto a tutti gli operatori del ramo sanitario	BELLINZONA
				il corso è aperto a tutte le persone che hanno partecipato ai seminari "Laboratorio comicità è salute: la scintilla del cambiamento" e "Guarir dal ridere: il ruolo delle emozioni positive nei processi di cura"	
16 aprile 2012	Quando l'alimentazione diventa decisiva	14.03.2012	Barbara Richli	aperto a tutti gli operatori del ramo sanitario	LUGANO
18 aprile 2012	Gestione farmaceutica dei casi complessi	14.03.2012	Marco Bissig	infermieri/e	LUGANO
19 aprile 2012	Aspetti etici nei trapianti	20.03.2012	- Michela Tomasoni-Ortelli - Daniela Tosi-Imperatori	aperto a tutti	LUGANO
23 – 24 aprile 2012	Supervisione e delega	21.03.2012	Mariano Cavolo	aperto a tutti	LUGANO
26 aprile 2012 3 – 16 maggio 2012	Fitoterapia specifica nelle cure	26.03.2012	Lilia Nodari Cereda	aperto a tutti gli operatori del ramo sanitario con nozioni di anatomia e, preferibilmente, che abbiano seguito il seminario "Fitoterapia"	LUGANO
7 maggio 2012	Malnutrizione e nutrizione clinica in Cure Palliative	05.04.2012	- Antonella Giagulli - Piero Sanna - Silvia Walther Veri	- infermieri/e - assistenti geriatrici/che - operatori/trici sociosanitari/e	LUGANO
11 maggio 2012	Il disagio, l'imbarazzo e la sofferenza del professionista della salute nella relazione d'aiuto con i familiari del paziente	10.04.2012	Alfredo Bodeo	aperto a tutti gli operatori del ramo socio – sanitario	LUGANO
14 – 15 maggio 2012	Kinesiologia educativa I	16.04.2012	Marlene Scalisi	aperto a tutti	BELLINZONA
21 – 22 maggio 2012	Tecniche energetiche per la prevenzione e cura della sindrome di Burnout	18.04.2012	- Sonia Fioravanti - membro della Federazione Ridere per Vivere	aperto a tutti gli operatori del ramo sanitario	BELLINZONA
24 – 25 maggio 2012	La gestione dello stress	23.04.2012	Vincenzo Santoro	aperto a tutti gli operatori del ramo socio – sanitario	BELLINZONA
31 maggio 2012	La comunicazione in campo professionale	30.04.2012	Michela Tomasoni-Ortelli	aperto a tutti gli operatori del ramo socio – sanitario	MENDRISIO
1 giugno 2012	Uno sguardo panoramico sulle principali psicopatologie degenerative dell'anziano e sulle possibili manifestazioni aggressive	02.05.2012	Alfredo Bodeo	aperto a tutti gli operatori del ramo socio – sanitario	LUGANO
4 – 5 – 6 giugno 2012	Insonnia e riflessologia	02.05.2012	Antonio Maglio	operatori del ramo sanitario con formazione di base in riflessologia	BELLINZONA