



info

Periodico d'informazione sulle attività dell'associazione svizzera infermiere/i
Allegato alla rivista "Cure infermieristiche" N. 3/16

Sezione Ticino
Marzo 2016 - n. 1

Cronaca regionale:

Sono forse io il custode di mio fratello?

Riflessioni attorno al congresso annuale ASI/SUPSI DEASS

Approfondimenti:

Collaborazione tra "specialità" infermieristiche

Testimonianza di un paziente esperto

Calendario attività ASI-SBK
Aprile - giugno 2016

www.asiticino.ch



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

Allegato alla rivista
"Cure infermieristiche" 3/16

Segretariato ASI

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

Redazione

Rosanna Amoruso
Mariano Cavolo
Christian Musso
Laura Simoni
Michela Tomasoni

Supervisione

Pia Bagnaschi

Grafica e stampa

Arti grafiche Veladini, Lugano
www.veladini.ch

Foto copertina: Laura Simoni

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

Le indicazioni in merito alla forma
del testo sono pubblicate sul sito
della sezione e possono essere sca-
ricate direttamente:
www.asiticino.ch/index.php?id=96

SOMMARIO

Marzo 2016 - n. 1

3 Editoriale

Cronaca regionale

4 Sono forse io il custode di mio fratello? (Giovanni Pellegrini)

Approfondimenti

8 Testimonianza di un paziente resistente (Ludovico Guarneri)

11 Collaborazione tra "specialità" infermieristica (Rosanna Amoruso)

Visibilità

13 Progetto cantonale per le Case Anziani 2015-18 (Christian Musso)

Invito alla lettura

15 La cosa più stupefacente al mondo. *Avventure di un malato esperto*

Informazioni

14 Pomeriggio di studio: L'anziano oltre gli stereotipi (SBK-ASI, FORMAS, Croce Rossa Ticino)

15 Assemblea generale ordinaria

Congresso primaverile - *Il Ticino delle case anziane:
sfide, problemi, prospettive*

Agenda

16 Calendario corsi

Malati esperti e curanti in-curanti

“Sono un *malato esperto*. È una definizione un po’ bizzarra, lo so. L’ho presa in prestito da un infermiere che la prima notte di ricovero in un centro oncologico mi disse: ‘Lei non è un malato esperto!’. Solo perché mi rifiutavo di prendere una pillola senza essere informato sulla sua natura”.

Inizia così, Ludovico Guarneri, in uno dei suoi tanti articoli sulla sua esperienza di malato esperto e sulle idee che col tempo è andato maturando sulle cause del cancro, sul sistema sanitario e la sua organizzazione per la cura di questa malattia. Ospite gradito del simposio ASI/Supsi che si è tenuto nel dicembre scorso.

Il problema di standardizzare in protocolli, processi, procedure, ciò che guarda ai bisogni della persona legati al suo bisogno di salute, ha il suo limite nella contraddizione insita in questo tentativo: rendere ripetibile qualcosa di irripetibile e unico che è funzione di come ognuno di noi vive questo bisogno.

E quando ci si trova di fronte ad un paziente, la prima domanda che è opportuno porsi non è “che cosa ha?”, bensì “che cosa mi porterà questa persona?”. Certo, porterà la sua malattia e il suo conseguente bisogno di salute, ma la prima cosa che mi porta è come la malattia lo ha cambiato, come la percepisce, come lo spaventa, o come lo rende reattivo o frustrato. Non partire da questi aspetti fa sì che, se va bene, si veda solo la cosa da aggiustare, l’anomalia da correggere in modo meccanico con un farmaco o con un intervento, ma rischiando che il tutto sia inutile perché il resto continua a ribellarsi e a soffrire.

Sofferenza quindi, potremmo dire che è questo sostantivo a fungere da elemento di unione trasversale in questo primo numero della rivista. La sofferenza come condizione di dolore, che può riguardare il corpo, ma soprattutto il vissuto emotivo delle persone. La sofferenza nella solitudine del paziente, la sofferenza di chi è “custode” della cura dell’altro, la sofferenza di non trovare le giuste parole da dire ad una paziente ricoverata in cure intense. A questo proposito è molto bella la testimonianza che trovate a pagina 11, sulla collaborazione fra diverse “specialità” infermieristiche.

Tanti spunti di riflessione quindi, in un numero seppur ristretto di pagine. Ma prima di lasciarvi alla lettura, è doveroso esprimere un sentimento di grande ringraziamento a Isabelle Avosti, che fino al numero di dicembre è stata l’artefice e la coordinatrice di Info ASI per ben dieci anni. A nome della nuova redazione e di tutti i lettori, che periodicamente hanno potuto contare sul suo entusiastico contributo, cara Isabelle, GRAZIE!

Mariano Cavolo



Sono forse io il custode di mio fratello?

Riflessioni attorno alla giornata di studio ASI/SUPSI DEASS

In un sistema sanitario sempre più definito da vincoli strutturali ed economici quale spazio resta per diversificare le cure in funzione dei bisogni di ogni paziente? È possibile integrare la dimensione di "costo" a quelle di esito della cura, dentro un percorso nel quale la persona ammalata possa essere curata con dignità e rispetto? Sono questi alcuni dei temi che sono stati messi sul tavolo del simposio proposto lo scorso mese di dicembre dal Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale della SUPSI e dall'Associazione Svizzera degli infermieri (Sezione Ticino)¹.

di Giovanni Pellegrini*



Foto: Plo Bagraschi

Quando Dio chiese a Caino dove si trovasse Abele, Caino, stizzito, non rispose, ma replicò con un'altra domanda: «Sono forse il custode di mio fratello?» Il filosofo Emmanuel Lévinas ha sottolineato che formulare questa domanda è un grave processo di deresponsabilizzazione dal quale può iniziare qualsiasi immoralità. Zygmunt Bauman² riflette su questa questione: *"certamente sono io il custode di mio fratello; Che io lo ammetta o no, sono il custode di mio fratello perché il suo benessere dipende da ciò che io faccio o che mi astengo dal fare (...). Nel momento in cui metto in discussione tale dipendenza domandando ragione — come fece Caino — del perché dovrei prendermi cura degli altri, in questo stesso mo-*

mento abdicò alla mia responsabilità". Negli ospedali questa domanda sembra fuori luogo, come si fa a non essere custodi dell'altro, quando l'intera struttura è stata creata proprio per rispondere alle "fragilità di mio fratello"? La domanda che porrebbe oggi Caino, avrebbe sfumature diverse: "Come è possibile, in una struttura sempre più definita dai vincoli organizzativi, avere il tempo per prendermi cura di mio fratello?" La complessità delle cure, i vincoli economici e la realizzazione dei migliori standard di cura, spostano sempre più l'attenzione dal letto del paziente all'esecuzione di procedure misurabili, registrabili e standardizzate anche se sappiamo che l'adempimento di questi compiti non è sufficiente per poter prendersi cura dell'al-



1 "Abitare la responsabilità professionale nella società dei "pazienti per sempre", Aula Magna Campus SUPSI di Trevano (Lugano – Canobbio). Giovedì 10 dicembre 2015. <http://www.supsi.ch/deass/eventi-comunicazioni/eventi/2015/2015-12-10.html>

2 L'intervento completo può essere letto al sito <http://annotazioni.wikidot.com/bauman-sono-io>

tro. Il timore è addirittura che l'attuazione dei protocolli si riveli un giustificativo deresponsabilizzante verso la vocazione della cura.

Dai racconti dei pazienti l'esigenza di una nuova cultura

Un aneddoto narrato durante il convegno, illustra in maniera semplice questo concetto. Una paziente guardava il tramonto dalla sua finestra dell'ospedale. A far compagnia alla sua lunga giornata di preoccupazioni, solitudine e attesa, vi erano i suoi pensieri che si proiettavano nelle bellezze di un cielo colorato. Un infermiere, senza dire nulla, abbassa le tapparelle. La paziente ne chiede la ragione, il tramonto era bellissimo. L'infermiere motiva il suo gesto, spiegando che era l'ora della chiusura delle tapparelle. Ludovico Guarneri ci ha ricordato che il prendersi cura si manifesta in quei semplici gesti che creano una custodia nel rapporto umano. Guarneri, dopo una vita dedicata al lavoro e ai viaggi, si ammala di cancro e inizia un lungo percorso attraverso sistemi sanitari. Un tempo scandito da cicli di chemioterapie, operazioni e radioterapie. Ci ha raccontato il suo percorso, evidenziando due fatti essenziali: quando si è ammalati e fragili, l'attenzione, il sorriso e una parola di chi ci sta attorno sono fondamentali. Prendersi cura non significa solo effettuare con competenza i cicli di chemioterapia, ma è una dimensione che ingloba tutta la nostra persona, non solo le nostre cellule malate. Abbiamo bisogno del giusto protocollo antitumorale, così come di quella tapparella alzata, lasciata alzata apposta per noi. Egli ci ha poi ricordato anche un secondo elemento: gli esseri umani sono soli, ma in mezzo a una moltitudine. Ricorda Luigina Mortari³: «Essere consapevoli di avere bisogno di abbracci e di carezze, di una parola gentile e di uno sguardo benevolo non è sentimentalità ma una cosa umanamente vitale.

Sentirsi dentro una relazione di cura è una necessità ineludibile che ci accompagna per tutto il tempo della vita. I medici prescrivono terapie e gli infermieri le somministrano senza più prendersi il tempo di stabilire una relazione vera con il paziente, costretti dai tagli di bilancio a sacrificare l'empatia all'efficienza, a stare dentro i tempi dettati dal mercato del lavoro (...). Tenere l'altro nel proprio sguardo è il primo gesto di cura»⁴.

I vincoli servono per il buon funzionamento, non sono il giustificativo che dimostra di aver svolto quello che bisognava fare



Dai vincoli organizzativi alle cure basate sulle relazioni

Qualsiasi infermiere risponderebbe che oggi essere il custode di nostro fratello è però davvero complicato. I compiti amministrativi aumentano, i DRG dettano la legge, le strutture non sono adeguate ai malati cronici. Sergio Penco, Capo cure presso la clinica riabilitativa di Novaggio (EOC), ribadisce che i vincoli servono per il buon funzionamento, non sono il giustificativo che dimostra di aver svolto quello che bisognava fare. Sono dei paletti che non devono deresponsabilizzare l'impegno del singolo. Un esempio sollevato da Penco: *"come mai le dinamiche lavorative di tre équipes che svolgono lo stesso turno in tre reparti con specialità diverse, nella maggior parte dei casi risulteranno alquanto simili se non sovrapponibili? Le risposte potranno essere due: o tutti i pazienti hanno le stesse esigenze oppure esiste una matrice organizzativa che li accomuna e che viene utilizzata per accertarsi che il lavoro sia fatto"*. Questa matrice organizzativa comune non nasce dalla necessità clinica dei pazienti o dai loro bisogni ma da un adeguamento alle condizioni che i vincoli amministrativi o economici comportano. Penco ricorda che se da un lato l'aspetto organizzativo del sistema sanitario è divenuto sempre più complesso, è possibile dotarsi di strumenti che permettono di rimettere il paziente al centro del suo percorso. Egli cita la maggiore collaborazione tra personale curante (fisioterapisti, assistente sociale, famiglia, medici), l'adozione di strumenti di scambio tra istituti e la nascita di figure di infermieri di riferimento con assunzione di responsabilità. Una responsabilità che deve nascere da obiettivi e percorsi condivisi con il paziente. Occorre ridare forza ad un concetto di Primary Nursing (cure basate sulla relazione). *"Certo! - risponde Penco, - esse possono essere un'adeguata risposta ai cambiamenti ma solo se accompagnate da una concreta e solida assunzione di responsabilità da parte dell'infermiere nei confronti del paziente e della società"*.

Aderenza alle cure? Sì, ma partendo dall'aspirina, dalla preghiera e dal pollo

La centralità delle cure basate sulla relazione è un gesto umano, doveroso, che affonda le sue radici nel concetto del "prendersi cura dell'altro", con risvolti clinici fondamentali. Vincenzo D'Angelo, docente-ricercatore, presso la SUPSI/DEASS, ha ricordato alcuni dati che sono sintomo di una spaccatura tra quel patto fondamentale tra curante e paziente: *"l'aderenza alla terapia a lungo termine per le malattie croniche nei paesi occidentali è in media del 50%*

³ Luigina Mortari, *Filosofia della cura*, Raffaello Cortina (2015)

⁴ "Prendersi cura degli altri fa bene a se stessi", Intervista di Nicoletta Martinelli a Luigina Mortari, *Avenire*, 19 febbraio 2015



quindi, molti pazienti sperimentano difficoltà a seguire raccomandazioni per il trattamento. Quali sono le cause? Sicuramente molte, ma forse alcuni meccanismi scaturiscono proprio dalla complessità del sistema sanitario". Il ricercatore ricorda come dobbiamo avere il coraggio di percorrere sentieri nuovi, avendo sempre a portata di mano la nostra cassetta degli attrezzi (che contiene le competenze necessarie), senza però mai dimenticare che è il paziente ad «entrare» in un protocollo terapeutico e non viceversa. E qui si inserisce l'aderenza terapeutica, che è uno spazio di *accomodamento e di partecipazione*, e non è l'adozione di un protocollo neutro. Per questa ragione non può che essere conseguente alla relazione. D'Angelo ha ricordato che i tre strumenti terapeutici più utilizzati al mondo sono l'acido acetilsalicilico, la preghiera e il pollo. Se l'aspirina non ci stupisce più di tanto, non sempre consideriamo che la spiritualità è spesso una forza potente per affrontare il percorso di malattie e di sofferenza. Il curante non può dimenticarlo, così come deve considerare anche il terzo fattore: con il termine pollo intendiamo tutte quelle credenze e pratiche tradizionali che vengono oggi ancora utilizzate affinché una malattia possa abbandonare il corpo. Questa è la persona che arriva in ospedale, un perfetto miscuglio di sogni e di proteine, di speranze e di DNA, di pensieri e di cellule. Da lì bisogna partire.

Dalla teoria alla pratica: esempi concreti come testimonianza

Peter Schulz, direttore dell'Institute of Communication and Health all'USI ha mostrato come anche il Web si aggiunge all'aspirina, alla pre-

ghiera e al pollo, influenzando la cultura dei pazienti, innescando credenze e atteggiamenti nuovi⁵. Cinque esempi hanno poi mostrato come la centralità del paziente può divenire concretezza. Cinque esempi nati proprio in situazioni molto complesse, che diventano così un importante banco di prova, proprio laddove sembrerebbe impossibile uscire dalle logiche dominanti⁶. Come il progetto "Contenzione zero" realizzato dai medici e dagli infermieri dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale e presentato da Sandro Tangredi. In 7 anni i casi di contenzione sono passati da 484 a zero. Sono progetti che aprono nuove piste, nuove riflessioni, diventano testimonianza affinché la pratica infermieristica possa sfuggire da quella gabbia istituzionale che a volte sembra privarla della sua preziosa vocazione profonda. La giornata si è chiusa con le riflessioni di Alvisa Palese, professoressa in scienze infermieristiche presso l'Università di Udine che ha ricordato come anche gli esiti infermieristici siano misurabili, e che il *nursing* è un'importante variabile che deve essere considerata nei processi di cura. Un numero crescente di studi ha evidenziato il ruolo centrale della qualità delle cure infermieristiche (tempo a disposizione per la cura e formazione del corpo infermieristico) su fattori fondamentali, come la mortalità dei pazienti⁷. Tali studi devono renderci attenti alla conseguenza della tendenza in atto che sposta sempre più l'infermiere lontano dal letto del paziente, caricandolo di mansioni organizzative e burocratiche, a discapito del benessere del paziente. La definizione del ruolo e dell'impatto delle cure infermieristiche è fondamentale, non tanto come rivendicazione di settore, quanto per riuscire a identificare e a integrare tutti gli elementi presenti che determinano l'esito del processo di cura. La figura dell'infermiere vicino al letto del malato e in dialogo con tutti gli attori presenti, resta centrale, sia come figura fondamentale di relazione con il malato, sia come elemento importante nei processi di aderenza alle cure da parte dei pazienti. Senza dimenticare che la risorsa meno utilizzata negli attuali sistemi sanitari è proprio lui: il paziente. ■

* **Dr. Giovanni Pellegri**, neurobiologo e divulgatore scientifico, è responsabile de L'ideatorio, un servizio di promozione della cultura scientifica presso l'Università della Svizzera italiana.

5 A titolo di esempio vale la pena consultare il loro ultimo studio sui vaccini. Fadda M., Depping M. K., Schulz P. J. (2015) Addressing issues of vaccination literacy and psychological empowerment in the measles-mumps-rubella (MMR) vaccination decision-making: a qualitative study, BMC Public Health, 15(836):1-13. Altri studi: <http://search.usi.ch/unita-organizzativa/141/Istituto-di-comunicazione-sanitaria/publications>

6 Gli esempi portati provenivano da questi settori: Ambulatorio insufficienza cardiaca - CCT, Monica Ranzi; Help Desk pazienti SM - Neurocentro EOC, Mara Gola; Progetto contenzione zero - OSC, Sandro Tangredi, Cultura dell'errore e advocacy - OBV, Veronica Kuba; Monteverde Maya - Infermiera specialista cure palliative, IOSI Bellinzona

7 Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 2014; 383: 1824-30. Aiken LH and al, Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002 Oct 23-30;288(16):1987-93.

Un numero crescente di studi ha evidenziato il ruolo centrale della qualità delle cure infermieristiche

di Ludovico Guarneri

Testimonianza di un paziente resistente

Ho imparato che un uomo ha il diritto di guardare dall'alto in basso un altro uomo solo per aiutarlo a rimettersi in piedi.

Gabriel Garcia Marquez



Guardo le nuvole che passano veloci, anche oggi è una giornata plumbea, ma d'altronde che ti aspetti da un gennaio milanese? La finestra si affaccia sulla strada trafficata, le persone guidano indifferenti. Noi che li guardiamo da dietro i vetri di queste stanze bianche così asettiche pensiamo alla loro incoscienza, al loro correre verso un appuntamento di cui domani si saranno già dimenticati. Noi malati, costretti in queste stanze dove si celebra il rito della medicina moderna vorremmo fermarli e spiegare loro che la salute che li accompagna è il bene più grande, gridare che dovrebbero fare salti di gioia per ogni minuto da sani e non mostrare in giro quelle facce preoccupate e quegli sguardi tristi.

Ma lo so che è completamente inutile, potrei annunciarlo in televisione ma nessuno mi ascolterebbe, tutti preoccupati per le faccende che giorno dopo giorno sono da sbrigare. La diffidenza degli animi, l'informazione angosciante, la politica intrisa di interessi particolari e il fatto che non siamo più cittadini ma "consumatori" ha cambiato il mondo.

Ed io a cosa devo la presa di coscienza che mi fa parlare da saggio? Forse la sofferenza, il mio essere malato, il cancro che mi ha colpito e che, con l'aiuto dei medici e della medicina moderna, cerco di sconfiggere in queste stanze. Lui, il cancro, mi insegna il gioco della vita puntando la posta più alta.

Il mio letto è al centro della camera, le lenzuola appena sgualcite dopo l'ennesima notte costretto a stare immobile e quasi sempre insonne, attaccato ai tubi della chemioterapia. Stamani mi hanno permesso di alzarmi per andare in bagno, il braccio destro impugna l'asta con le rotelle dove sta appeso il sacchetto della soluzione fisiologica che dondola ad ogni passo. L'odore del bagno mi procura conati di vomito. Poi lo faccio, mi libero di quel poco cibo che sono riuscito a buttar giù ieri sera. La bocca si riempie di un sapore metallico, i denti mi dolgono di un dolore sordo ma continuo, una fascia di dolore diverso dal primo si è allacciato intorno alla mia testa e le gambe sembrano tremare. Le guardo ma, per fortuna, non tremano. Chia-

mo l'infermiera, sono imbarazzato ma devo chiederle di pulire.

"Il Cisplatino fa vomitare anche gli stomaci più forti." Mi dice sorridendo.

Si chiama Manuela, è la mia preferita, quella con cui riesco a scherzare anche in certi giorni quando mi sento veramente a pezzi.

"Signor Ludovico non si butti giù, forza che ormai siamo al settimo ciclo e fra poco c'è il trapianto. Forza, ancora un piccolo sforzo!"

Riesco a sorridere, ma ha colto nel segno, sono giù. Dopo sei ricoveri in ospedale, una settimana ogni mese, comincio a pensare che non ce la farò, che tutto il soffrire è stato inutile, che mi hanno dato false speranze e che mi nascondono la verità; che morirò, e forse presto. Morirò di cure prima che di malattia. (tratto dal libro "Viaggio nonostante Tutto")

Quando ho ricevuto l'invito ufficiale per questa giornata di studio "Abitare la responsabilità professionale nella società dei "pazienti per sempre" ho notato con piacere che sono stato definito "un paziente resistente" e non come normalmente sono conosciuto; "un malato esperto".

In effetti è vero, lo ammetto, sono un paziente resistente.

Se per resistente si intende solido e robusto lo sono. Sono stato diagnosticato affetto da un LNH follicolare misto nel luglio 1995, sono sopravvissuto fino ad oggi, 20 anni. Ho resistito alle prime 9 chemioterapie del 1995/96 e al trapianto autogeno del midollo del 2000. Alle radioterapie del 2002 per debellare le ultime tracce del linfoma che si era insediato nella mia tibia sinistra e successivamente nel corso degli anni a decine di piccole operazioni per basaliomi fino all'ultima operazione al naso nel gennaio di quest'anno per un carcinoma a cellule squamose.

Se invece sono resistente perché ho un atteggiamento diverso dal malato che, quasi fosse un cane, si accuccia davanti ai medici aspettando che questi gli gettino l'osso della guarigione. Sono anche questo.

Fin dall'inizio della mia storia ho voluto sapere, ho chiesto il perché si procedesse in un modo invece che in un altro, e quando non rice-

Ed io a cosa devo la presa di coscienza che mi fa parlare da saggio? Forse la sofferenza, il mio essere malato



Foto: photoeverywhere

vevo risposte congrue, ascoltavo un secondo parere, discutevo e discutendo mi ponevo a fianco del medico e della struttura ospedaliera. Non davanti né dietro ma a fianco. Con la dignità che ogni malato aspetta che gli sia riconosciuta. Perché ogni umano ha una storia ed una personalità che lo accompagnano anche durante la malattia grave. Anche l'anziano demente ha amato, generato figli, vissuto, lavorato e magari salvato delle vite.

La malattia è un sequestro di persona. Il pigiama diventa la tua divisa, gli infermieri ed i medici sono i tuoi benevoli guardiani. benevoli... ma guardiani. L'assunzione delle medicine è lo scandire del nostro tempo di prigionieri.

È un infermiere che mi battezza "malato esperto"

Nel libro "La cosa più stupefacente al mondo, avventure di un malato esperto" scrivo:

La prima sera litigai con un infermiere. Entrò nella stanza con un carrello carico di medicinali, si soffermò da me e mi diede una pasticca, io chiesi cos'era e lui disse

"La prenda e non si preoccupi"

"Io non prendo niente se non so cos'è"

Lui si arrabbiò, diventò paonazzo e disse quasi urlando:

"È una pasticca per fare pipì ma lei lo sa che bisogna essere disciplinati?"

LEI NON È UN MALATO ESPERTO!"

"MENO MALE!" risposi.

Vidi il mio compagno di stanza annuire.

L'infermiere uscì lasciando la pastiglia sul comodino, la guardai e scoprii trattarsi di un farmaco che mi avevano già prescritto a Firenze e che avevo già assunto al mattino.

Due pasticche invece di una sarebbero state troppo.

Ero proprio un malato esperto sogghignai soddisfatto.

È un infermiere che si rifiuta di continuare a cercare una vena che non si trova e che consiglia al medico sopravvenuto che mi si metta un porter ed è il medico invece che dice "Ci penso io" e che infila l'ago nella vena. Lo fa male e la chemio durante la notte verserà fuori dalla vena provocandomi forti dolori e un rigonfiamento del braccio che non riuscirà mai più ad estendersi completamente come normalmente faceva prima di quell'errore che po-

Gli infermieri e le infermiere di un reparto oncologico rivestono un'importanza determinante per la riuscita della terapia

Per evitare questo un medico aveva suggerito a mia moglie Margherita un preparato chimico studiato da un ematologo tedesco. Grazie a questo cocktail non soffrii mai di infiammazioni in bocca.

teva essere evitato se il medico avesse ascoltato l'infermiere.

Subito dopo, mi fu messo un porter.

È un infermiera molto religiosa che dirà che il mio stato di malato di cancro è colpa dei miei peccati.

Gli infermieri e le infermiere di un reparto oncologico rivestono un'importanza determinante per la riuscita della terapia. Hanno la capacità di mediare la comunicazione fra il medico ed il malato che spesso non si sente ascoltato. I medici poi cambiano in continuazione, mentre la presenza degli infermieri è costante. Hanno turni che li rendono presenti in tempi regolari e prevedibili mentre i medici si vedono solo al mattino e spesso solo per pochi minuti. In fondo un medico ed un assistente sono vestiti uguali, di bianco tutti e due o di verde e per una persona sofferente rappresentano senza distinzioni l'aiuto, il conforto e la speranza di vivere. Ma spesso il camice sfuggente del medico è sostituito, nella psicologia del malato, dal camice presente dell'infermiere.

Molti ausiliari prendono questo lavoro come una missione, altri semplicemente un dovere.

Krishna ad esempio, l'infermiere indiano dell'Ospedale era per me una certezza di professionalità e di calore.

Marie invece, l'infermiera per antonomasia, era una signora francese che riusciva ad organizzare un reparto intero con pochi precisi ordini. Correva ovunque ci fosse bisogno di lei: nel "day Hospital", nel reparto "Trapianti del midollo" e laddove erano necessari la sua esperienza e il suo occhio clinico.

I medici più sensibili ed intelligenti le chiedevano spesso un consiglio. Il segreto della passione e dell'amore che metteva nel suo lavoro era il fatto di esserci passata in prima persona; suo marito era infatti un trapiantato di midollo, uno di quelli che ce l'avevano fatta e forse proprio grazie al suo amore e alla sua esperienza.

Manuela, un'altra infermiera era infine il buonumore in persona, quando entrava sorridendo in camera per medicarmi, aspettavo che mi raccontasse una sua nuova storiella divertente.

Le voglio molto bene e mi ha fatto molto piacere quando anni dopo mi ha telefonato per comunicarmi che sarebbe partita per una vacanza in India. Un luogo di cui piaceva ascoltare i miei racconti di ricoverato viaggiatore.

Altri infermieri prendono il lavoro come una missione divina.

Il reparto dei trapianti del midollo era fatto di stanze singole separate fra loro e da cui i pazienti non possono uscire per via del loro sistema immunitario molto debole. Anch'io ero ricoverato in una di queste stanze.

Una mattina entrò Karla un'infermiera polacca conosciuta nel reparto per il suo fanatismo religioso legato alla figura del Papa di allora, suo connazionale.

Io ero attaccato a tubi di fleboclisi sia al brac-

cio destro che a quello sinistro, steso sul letto con la schiena sollevata. Appena Karla entrò mi venne di fare una battuta. "Stamani sembra proprio un povero Cristo, guarda qua mi hanno messo in croce"

"Si vede che sei qui a soffrire per tutti i tuoi peccati", mi rispose seria.

"Io non ho mai peccato, semmai vissuto", ribattei.

Mesi dopo la rividi durante uno dei miei ultimi ricoveri all'Ospedale.

Karla mi raccontò di essere stata male ad una gamba e di essere stata costretta a casa per ben due mesi.

"Peccati da scontare?", chiesi sorridendo.

Probabilmente la sofferenza le aveva aperto la mente e anche lei sorridendo rispose "Forse". Sono gli infermieri che ascoltano i malati quando raccontano dei rimedi complementari che hanno scoperto:

Certe chemio provocano una forte infiammazione delle mucose della bocca e dell'apparato digerente. L'irritazione a volte è così forte da impedire al paziente di mangiare. Per evitare questo un medico aveva suggerito a mia moglie Margherita un preparato chimico studiato da un ematologo tedesco.

Grazie a questo cocktail non soffrii mai di infiammazioni in bocca. Cercai di far capire ai medici che sarebbe stata una buona cosa anche per gli altri malati del reparto. Un medico altzozoso mi disse che conosceva il preparato che era stato provato negli USA con scarsi risultati. Krishna l'infermiere indiano, impietosito da una signora ricoverata che soffriva di atroci dolori nel masticare il cibo, mi chiese in prestito una delle boccette che mi ero fatto preparare in farmacia nel mio paese e che erano custodite nel frigo dell'infermeria. Dopo pochi giorni l'infermiere me ne chiese la formulazione per aiutare altri pazienti bisognosi. E mesi dopo mi telefonò il caporeparto per richiedermi la formulazione che era andata smarrita.

Ed è un'infermiera ad incoraggiarmi a scappare dall'Ospedale da cui forse non sarei uscito vivo.

Mesi dopo il trapianto, una metastasi ai polmoni era stata identificata in una TAC di controllo. L'Ospedale mi chiamò per ricoverarmi di nuovo. Io nel frattempo avevo preso un appuntamento in USA presso un Centro allora all'avanguardia e per dopo avevo programmato un viaggio in Cina da un medico famoso per le sue cure per il cancro a base di erbe. Viaggi che poi intrapresi e furono determinanti per la mia guarigione.

Nel maggio 2001 varcando la soglia del reparto avevo l'impressione di entrare nella mia tomba.

Questa macabra impressione mi fu confermata da una delle infermiere più giovani che nel vedermi quasi si era messa a piangere, delusa che fossi di nuovo lì. Quasi come se mi appi-

gliassi ad una ciambella di salvataggio, mi appesi alla sua malcelata tristezza per esprimerle tutti i miei dubbi, lei allora chiuse la porta della camera e mi disse di scappare, che la gente in quel posto moriva come mosche, che il trapianto funzionava ben poco e che specialmente quelli parziali davano risultato zero e nonostante questo, "quelli" continuavano a farli.

Le dissi della dottoressa americana, le raccontai del cinese e delle sue erbe e lei mi disse: "Bravo vai via... vai in Cina, almeno ti sarai goduto la vita."

Dopo poche ore l'infermiera tornò nella stanza e mi disse che aveva parlato di me a tutti gli altri infermieri del reparto e tutti quanti erano d'accordo sul fatto che dovessi andarmene in Cina. Vorrei precisare che forse quell'infermiera non si comportò in maniera corretta nei confronti dell'Ospedale, forse quel giorno era particolarmente depressa per le numerose morti che si succedevano nel reparto o forse sentiva che avevo bisogno di un incoraggiamento. Fatto sta che il suo sfogo fu determinante per la mia decisione che evidentemente fu quella giusta. Nel titolo di questa giornata di studio si parla del "paziente per sempre." Forse per trovare un sinonimo allo scontato "malato cronico".

Paziente per sempre esclude che vi possa essere la guarigione. Esclude l'unica cosa che rimase nel vaso quando Pandora lo aprì: la speranza. E allora preferisco pensare che paziente per sempre voglia dire che noi malati dobbiamo dotarci di una pazienza illimitata nel tempo per sopportare tutto quello che ci viene imposto.

Il paziente resistente non accetterà mai questa definizione, non rinuncia alla sua fetta di speranza e allora di fronte al pessimismo della medicina ufficiale cercherà una soluzione "altra". La cercherà dunque nei meandri della medicina "altra" che spesso viene ignorata, a volte osteggiata e spesso, quando il paziente raggiunge risultati insperati, definita frutto di un "effetto placebo". (EP)

Ma non è proprio l'effetto placebo l'antagonista dei nuovi farmaci negli studi a doppio cieco?

E quanto spesso questo risulta superiore per efficacia alla nuova molecola o nuovo medicinale? La Germania ha stanziato negli ultimi anni cinque milioni e duecentomila euro ad un'equipe di medici dell'Uniklinik di Essen per studiare l'effetto placebo e il suo utilizzo negli spazi ospedalieri. I risultati sono sorprendenti e le scienze neurologiche si stanno sempre di più orientando allo studio dell'interazione corpo-mente. Gli studi finanziati così lautamente hanno dimostrato che l'effetto placebo provocato da un medico attento ai sintomi e ai bisogni del paziente ha un'incidenza sulla buona riuscita di una terapia di almeno un 30 % in più. Perfino la morfina iniettata assieme alle parole: "Adesso il dolore passerà" ha un effetto superiore del 30% sulla stessa dose inoculata in silenzio.

In Italia il libro di Fabrizio Benedetti *L'effetto placebo* breve viaggio fra mente e corpo" è sempre più citato negli articoli di medicina, è un trattato scientifico in cui il neurologo spiega: "un fenomeno biologico che avviene nel cervello del paziente e che ci fa capire come funziona la nostra mente e come elementi mentali complessi sono in grado di influenzare il nostro corpo. L'effetto placebo è dunque una finestra sull'interazione mente-cervello-corpo" In realtà con le parole EFFETTO PLACEBO definiamo un meccanismo ancora sconosciuto che provoca negli uomini e nelle donne la guarigione dalla malattia.

Se allora le medicine complementari sono capaci di scatenare l'effetto placebo, perché la medicina moderna le disprezza e le osteggia? Scrive ancora Benedetti

I placebo modulano le stesse vie biochimiche sulle quali agiscono i farmaci della pratica medica routinaria. Ma questa considerazione dovrebbe essere capovolta. Infatti sarebbe più appropriato dire che i farmaci utilizzano le stesse vie biochimiche di parole, simboli, rituali e significati dato che questi sono molto più antichi dei farmaci.

Nel 1997 di fronte alla ricomparsa del linfoma dopo un anno dal ciclo di nove chemio a cui mi ero sottoposto fu determinante per me scegliere di non curarmi e mi fu di grande sostegno una tisana di erbe che guarda caso era stata scoperta da un'infermiera canadese. Una tisana che tuttora uso e che ha un "effetto placebo" piuttosto interessante su di me.

Concludo questa mia lezione di malato resistente, paziente esperto e scrittore per forza con la preghiera di ricordarvi sempre che il paziente vi ascolta, anche quando sembra che dorma e che diagnosi negative riportate in discorsi avventati in sua presenza possono determinare al contrario di quanto detto fino ad ora un effetto Nocebo.

Un altro consiglio, è quello di allenarvi a sostenere un sorriso sincero durante il vostro lavoro perché il sorriso di un infermiere che entra nella stanza del malato vale una giornata di sole. A Firenze ho assistito per caso ad una bella scenetta. Una signorina tutta seria ed accigliata si affrettava per strada, lo sguardo rivolto al marciapiede, procedeva senza guardarsi intorno. Un giovane la chiamò:

"Signorina hei signorina! Ha perso qualcosa!"

"La ragazza si guardò intorno, per terra, dietro di se e poi domandò

"Cosa?"

"Il sorriso" Gli rispose il ragazzo.

Ecco fate in modo che questo non vi succeda mai. Siate pieni di Effetto Placebo da distribuire a piene mani. Grazie per aver scelto questo lavoro e grazie per essere stati pazienti per mezzora. ■

Il paziente resistente non rinuncia alla sua fetta di speranza e allora di fronte al pessimismo della medicina ufficiale cercherà una soluzione "altra"

Collaborazione tra "specialità" infermieristiche

di Rosanna Amoruso*



Più concentravo la mia attenzione ai dati clinici, più il mio animo si concentrava a pensare a quanto farmaco occorrerebbe ingoiare per attutire il dolore dell'anima

Ore 6.45 di un caldo mattino estivo. Sto timbrando e sono conscia che tra pochi istanti avrà inizio la consegna per traghettare il reparto dal turno di notte a quello del mattino.

Ci si ritrova nella nostra cucinetta, quella delle cure intense; siamo una decina di personale, abbastanza per poter curare in modo mirato i nostri pazienti.

La capo turno comincia a raccontare quello che è accaduto durante la notte, e successivamente subentrò io per coordinare il lavoro del team, in relazione anche ai carichi di esami diagnostici già programmati, come pure alla movimentazione con la sala operatoria.

Vedo molti visi: alcuni radiosi altri seriosi. Volgo lo sguardo intorno a me per capacitarmi chi siamo e come poi suddividere il carico.

Incontro lo sguardo dei presenti e per ognuno, tra me e me, valuto quale caso affidare in modo mirato.

Ha inizio la consegna: letto 1 ".....nome del paziente, diagnosi, età, ventilato meccanicamente, sì /no..., farmaci vasoattivi...poi letto 2 e così via...fino al letto 12..."

Un brivido mi percorre la schiena alla lettura della diagnosi e dell'età del paziente del 12: si tratta di una adolescente con la diagnosi di tentamen.

Al termine della lettura del caso mi sento improvvisamente un gigante dalle mani enormi che regge una graziosa chicca di fine porcellana, decorata a mano.

La consegna si conclude, come pure la suddivisione del carico di lavoro, eppure mi sollevo dalla sedia con questa immagine di estrema delicatezza, senza capire esattamente il mio stato d'animo.

E comunque dovrò essere io a prendermi cura proprio della paziente del letto 12.

Mi muovo lungo il corridoio fino a raggiungere la collega che si è occupata di lei durante quella lunga buia notte, accogliendola dal pronto soccorso.

Mi rendo conto che la luce in camera è ancora spenta, e mi siedo sullo sgabello per leggere i dati anamnestici mentre cerco di farmi una idea clinica, dopodiché la collega inizia a narrarmi gli eventi.

"Ciao Ros, ti parlo di una adolescente.... Affetta da una sindrome paranoide, che ha assunto svariate quantità di pastiglie (sono stati ritrovati più di dieci blister vuoti) di farmaci di diversa tipologia: sonniferi antidolorifici, aspirina ...

Più concentravo la mia attenzione ai dati clinici, più il mio animo si soffermava a pensare a quanti farmaci occorrerebbe ingoiare per attutire il dolore dell'anima!!!!

C'era anche il consulto del Tox Centrum di Zurigo a determinare la gravità della situazione, ma utilizzando opportuni antidoti, almeno certi rischi erano stati scongiurati.

"... ha riposato poco questa notte, tra prelievi ematici, sonda naso gastrica, catetere vescicale, si è sposizionato un venflon, che ho sostituito...insomma - esordisce la collega - si è praticamente addormentata alle 5 di questa mattina!".

Ottimo, ho pensato....ho così il tempo per organizzare il lavoro e valutare quali passi percorrere; credendo di avere in mano la situazione.

Da lì a poco, sopraggiunge anche il team medico con il quale avrei iniziato il giro visita per valutare il carico di lavoro e come suddividerlo. Intanto l'assistente di cura mi chiede se desidero che la mia paziente debba essere svegliata per l'igiene e per la colazione

Ci piego un attimo, ma decido che sicuramente potrà giovarle un po' di riposo ...e che comunque c'è sempre tempo per rinfrescarsi il viso e sorseggiare una tazza di caffè latte.

Le ore scorrono velocemente e alzando lo sguardo dopo le prime attività di coordinamento, mi rendo conto che sono praticamente le 10 del mattino, conscia che è arrivato il momento di entrare in camera a presentarmi alla mia paziente di cui non conoscevo ancora il volto.

Stavo per entrare nella sua camera quando all'improvviso si illumina la spia del campanello: è lei, mi chiama.

Ottimo, ho pensato ancora una volta, entro e organizzo il tutto.

Apro con lentezza la prima porta e poi anche la seconda ed entro nella camera che utilizziamo per gli isolamenti.

Si tratta di una camera singola. E mentre spalanco la porta, rifletto che a volte è comodo poter avere un po' di pace intorno!

Il buio in camera non facilita e a mala pena riesco a vederla in volto.

" ciao ..." le dico, " ben svegliata !"...

Mi risponde " ... Ciao ... ho sete!" senza aggiungere altro.

Mi sembra che sia un inizio dignitoso, perché in altre situazioni simili, spesso c'è un gran silenzio e non sai mai come romperlo; a volte è difficile entrare in contatto con le persone.

Le offro un bicchier d'acqua ... Le chiedo se ha

voglia di rinfrescarsi e che, se vuole, ha la possibilità di bere qualcosa in più ...per valutare se accusa nausea...e in seguito per decidere se rimuovere o meno la sonda naso gastrica... Insomma, una sequenza di atti tecnici a stretto giro di boa... Giusto per esserle vicino ma al tempo stesso non invadere il suo spazio... quello che all'inizio della giornata avvertivo essere fragile come una Chicca di porcellana fine e decorata a mano. Praticamente una intuizione!... Concentrata in questo momento di riflessione, vengo richiamata dalla voce di due colleghe che mi informano di una entrata dalla sala operatoria non programmata, dall'esame TAC per il letto 1 e una Risonanza Magnetica al letto 8. In pochi minuti, una valanga di cose da fare, ancora una marea di atti tecnici e di spostamenti...

Dovrò allontanarmi dalla mia giovane paziente, senza avere quel tempo che credevo di potermi ritagliare...

Tutto sommato il suo contesto clinico era stabile, si attendeva il consulto psichiatrico nel primo pomeriggio ...ed io non potevo stare lì con lei... Non avevo percorso neppure metà corridoio, che vedo di fronte a me, una esile figura femminile, sorridente e tranquilla.

La riconosco ma mi sfugge il suo nome, non la vedo spesso ...lavora in psichiatria, ed è a disposizione delle medicine, per sostenere le cure a favore dei pazienti con una problematica, appunto, psichiatrica.

"...ciao, sono di passaggio ho un attimo di tempo se posso dare una mano, io ci sono, mi dice!!".

Chi meglio di lei poteva essere vicino alla giovane paziente in camera 12? Ero una infermiera felice!

Ho preso al volo la sua richiesta!

"Guarda - le ho risposto - ho proprio bisogno di una consulenza. Ti presento prima la situazione clinica e poi entriamo insieme in camera!". E così ho fatto.

Ho respirato da subito una aria di tranquillità, ci sono state svariate strette di mano e all'invito della mia consulente di accompagnare la giovane a fare una doccia in reparto, non ho potuto dire di no... anzi ...era perfetto.

Ho realizzato che tra di loro c'era una forte empatia e con molta naturalezza la mia collega le ha proposto di fare alcuni semplici gesti come mettersi un pigiama, spazzolare i denti, stare lì a chiacchierare senza per forza parlare di ciò che era accaduto...tanto poi la dottoressa avrebbe fatto le opportune domande ... In quel momento, avevo la possibilità di offrire alla giovane paziente la migliore cura al suo problema: l'ascolto attivo.

Dopo aver organizzato gli aspetti tecnici della sala operatoria, degli esami diagnostici richiesti, ho nuovamente incontrato la giovane paziente che mentre camminava nel corridoio, narrava di sé alla mia collega specializzata in

psichiatria, in modo spontaneo con un'espressione nel volto di serenità.

L'ambiente acuto si muove spesso a ritmi rapidi, sicuramente necessari perché marcano la differenza tra equilibrio e rischio, tra contesti di stabilità e quelli di pericolo. Non sempre è questione di vita o di morte imminente.

Spesso esistono molte sfumature di vita "instabile", delle quali prendersi a carico, e non sempre la risposta più adeguata passa dal potersi prendere abbastanza tempo per gestirle.

Noi operatori sanitari, sappiamo bene che la comunicazione svolge un ruolo fondamentale nel generare sicurezza ed accoglienza.

Ma occorrerebbe ammettere che non tutti la sanno gestire la "comunicazione": credo sia un dono quello di saper modulare il tono della voce, scegliere le parole giuste per ogni singolo caso clinico, sapendo gestire emozioni e tensioni forti.

Mentre sto riflettendo su questo aspetto la collega "psi" (affettuosamente sintetizzata nella qualifica), mi esclama sorridente "Eccoci. È andata bene...ci siamo bevute un caffè insieme...".

Entrambe erano rientrate in reparto di cure intense con una altra luminosità.

Ho sorriso anch'io poiché mi sono resa conto in quel preciso istante che forse questo reparto stava troppo stretto a quella giovane ...ma che in fondo era solo questione di tempo.

Lasciamo la paziente in camera a guardare la televisione; la collega ed io ci appartiamo sul bancone centrale.

Esclamo sorridente: "Forse non posso offrirti un altro caffè, ma vorrei ringraziarti per la collaborazione preziosa e attenta che hai dedicato alla mia giovane paziente".

Mi restituisce il sorriso e, con mia sorpresa, accetta volentieri una altra tazza di caffè che volentieri sorseggio anch'io, più che altro per rubare ancora qualche minuto al mio lavoro permettendomi così di conoscere meglio la collega che ho di fronte.

Lei esclama: "sai, questo ambiente è impegnativo, ti ammiro, ma ci sono troppe macchine per i miei gusti...", e mentre mi riferisce questo pensiero, guardandola, le rispondo "...oggi ho capito che tutte le macchine che uso in questo reparto, non parleranno mai un linguaggio universale come quello che tu hai usato con la giovane ragazza!!! "...

Ti ringrazierò sempre collega, ho pensato, stringendole la mano.

* **Rosanna Amoruso**, lavora come Infermiera di cure intense a Lugano da oltre vent'anni



Foto: Rosanna Amoruso

Oggi ho capito che tutte le macchine che uso in questo reparto, non parleranno mai un linguaggio universale come quello che tu hai usato con la giovane ragazza

Progetto cantonale per le Case Anziani 2015-18

Prescrizione e somministrazione di farmaci: possibile ridurli garantendo la qualità di vita agli ospiti

di Christian Musso



Da alcuni anni, nelle case per anziani del Cantone vengono promossi e condotti progetti mirati al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni di cura e assistenza e di riflesso della vita istituzionale dei residenti.

Per meglio illustrare questo progetto abbiamo intervistato Marina Santini, coordinatrice per il Cantone (DSS, Servizio Anziani) dei progetti di qualità sugli indicatori RAI (contenzione 2012-2014, medicamenti dal 2015).

Com'è nato il progetto?

Marina Santini: Lo strumento clinico di valutazione multidimensionale del residente (RAI), introdotto in tutte le case dal 2006, oltre a fornire l'impianto per un appropriato piano di cura, fornisce dati relativi ad una serie di **indicatori clinici di qualità**. I dati sono di particolare rilevanza per il collettivo di residenti più fragili perché affetti da polipatologia geriatrica complessa. Gli indicatori forniscono altresì dati sugli interventi clinici e assistenziali più ricorrenti, ai quali sono sottoposti gli ospiti lungo il loro soggiorno.

Durante il biennio 2013-2014 le direzioni amministrative, quelle sanitarie e le équipes di cura delle case per anziani, hanno prodotto tangibili sforzi lavorando sull'indicatore clinico "ricorso alle misure di contenzione" del residente. L'analisi e la condivisione critica dei dati raccolti ha di riflesso prodotto un cambiamento significativo nella prassi quotidiane a tutto vantaggio dei residenti, della percezione delle cure erogate da parte dei loro familiari, come pure sul livello di soddisfazione professionale del personale curante. Attraverso gli sforzi prodotti da questo progetto, coordinato dal gruppo di pilotaggio cantonale (GdP), ma governato in perfetta auto-

nomia da ogni istituto, la media cantonale dell'indicatore "contenzione fisica" si è sensibilmente ridotta passando dal 18% al 12.4%.

La positiva esperienza e il coinvolgimento attivo e propositivo delle direzioni amministrative e sanitarie, dei medici curanti e di tutto il personale, ha portato il gruppo di lavoro a proporre, per gli anni 2015-2018, un progetto relativo a una problematica fondamentale per gli anziani istituzionalizzati, quello della prescrizione e somministrazione dei farmaci, al fine di garantirne il maggior beneficio in termini di stato di salute e di qualità di vita per gli ospiti, diminuendo se possibile il numero di farmaci e riducendo le interazioni farmacologiche e gli effetti collaterali dei principi attivi assunti.

Chi sono gli attori coinvolti?

MS. Il progetto coinvolge prioritariamente i medici curanti, gli infermieri, gli specialisti clinici, i farmacisti consulenti delle strutture che in un approccio interdisciplinare sono chiamati a valutare le terapie prescritte ai residenti, in particolare quelli che assumono più di 9 principi attivi. Nel rispetto dell'autodeterminazione dell'utente, la riflessione non deve escludere il residente e/o il suo rappresentante terapeutico.

In cosa consiste il progetto?

MS. Approfondire questo indicatore ed elaborare un progetto che lo consideri, significa:

- *riflettere transdisciplinamente* sulle pratiche prescrittive e di somministrazione in uso nelle strutture;
- condividere e uniformare procedure, protocolli di qualità e sicurezza in base alle linee guida riconosciute per attenzionare e superare tutti gli aspetti critici della polifarmacoterapia;
- ricorrere a "gruppi di pari" per riflettere su politiche condivise di *de-prescription*, ovvero su attitudini pro-attive di sospensione ragionata di farmaci non più indicati, o inutili al fine di abbattere il rischio di eventi avversi per la salute salvaguardando ogni spazio di qualità di vita del residente.

Concretamente si tratta di selezionare gli ospiti delle strutture che presentano a livello di terapia prescritta dal medico 9 o più principi attivi. La terapia di questi ospiti viene discussa ed analizzata in una prima fase interdisciplinare dall'infermiere/specialista clinico insieme al farmacista ed eventualmente con il medico curante che può essere attivato anche in un secondo momento.

La seconda parte del progetto prevede una se-

Nuova rubrica: Visibilità

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

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

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

Visibilità

rie di discussioni di casi clinici più rilevanti sia all'interno delle singole strutture che in gruppi più allargati insieme ad altre CPA.

La finalità ultima è quella di sensibilizzare tutti gli addetti ai lavori, dal medico che prescrive all'infermiere che somministra, nei confronti della polifarmacoterapia e delle difficoltà che insorgono nelle interazioni tra numerosi medicinali.

Il progetto è stato presentato a tutti i medici che seguono degli ospiti nelle CPA del Cantone ed ogni struttura può strutturare ed organizzare il progetto secondo le proprie modalità pur rispettando le indicazioni cantonali.

Qual è la durata prevista?

MS. Considerato che si tratta di un progetto importante di tipo qualitativo, il gruppo di pilotaggio ha deciso di estenderlo dal 2015 al 2019, con delle fasi ben definite: raccolta e analisi dei dati da parte delle singole strutture, incontri "tra

pari" organizzati nelle diverse regioni del Cantone, proposte di nuove procedure/protocolli che il personale sarà chiamato ad applicare e a revisionare al fine di arrivare, nel 2019, a procedure definitive unificate per tutte le strutture.

La prescrizione dei farmaci è legata alla tipologia dell'utenza e di conseguenza, il gruppo di pilotaggio ha rinunciato a porre degli obiettivi quantitativi (in termini di riduzione del numero di residenti che assumono 9 o più principi attivi).

Che obiettivi vi prefiggete?

MS. Il risultato atteso è quello della sensibilizzazione di tutti gli attori affinché ad ogni residente sia garantita la terapia più adeguata alla sua situazione clinica e che la stessa sia regolarmente rivalutata per evitare, nel limite del possibile, gli effetti secondari e le somministrazioni non più pertinenti in funzione dell'evoluzione dello stato di salute della persona anziana. ■



Marina Santini,
responsabile del progetto

Informazioni



POMERIGGIO DI STUDIO

L'anziano oltre gli stereotipi:
valorizzarLO attraverso la creatività

17 marzo 2016 - ore 14.00-17.30

Presso Angolo d'Incontro Giubiasco

Nei discorsi sull'invecchiamento ricorrono termini come perdita ed involuzione che favoriscono lo stereotipo dell'anziano fragile, svalorizzandolo.

Gli sviluppi della neuropsicologia ci informano invece sulle potenzialità del cervello dei "VECCHI".

Sono possibili quindi nuovi approcci terapeutici che, basandosi sulla relazione e sulla creatività, sottolineano la venerabilità degli anziani e le loro risorse.

Il pomeriggio di studio vuole favorire la nascita di idee e metodologie che possano valorizzare "l'autostima e il concetto di sé dell'anziano."

Informazioni:

www.crs-corsiti.ch

www.asiticino.ch

www.formas-ti.ch

Iscrizioni:

091 / 857 92 25

info@formas-ti.ch



Relatori

Dr.ssa Pierluigia Verga, infermiera, pedagoga, psicologa e psicoterapeuta, formatrice CRS;

Alessandra Ardia, attrice, infermiera, formatrice FORMAS

Gaby Lüthi attrice, educatrice specializzata

Dr. Graziano Ruggeri, primario Clinica Hildebrand di Brissago.

Destinatari

Infermieri, OSS, OSA, ACSS, AC, Collaboratori sanitari CRS, Collaboratrici famigliari

Sede

Angolo d'Incontro Parrocchia di Giubiasco

Iscrizioni

Entro il 26.02.2016

Costo

CHF 50.-

Ogni partecipante riceverà un Attestato di partecipazione

La cosa più stupefacente al mondo

Avventure di un malato esperto

Prefazione di Tiziano Terzani



Ammalatosi di tumore nel 1995, Ludovico Guarneri, comincia un viaggio nei meandri della medicina tradizionale e alternativa. Un viaggio che lo porta in giro per il mondo, a conoscere medici di Paesi lontani, a scoprire metodi di guarigione nuovi e a confrontarsi con approcci terapeutici diversi. E grazie alla sua voglia di vivere, Guarneri sperimenta di tutto: dalle metodologie ipertecnologiche di un ospedale di New York alla medicina ayurvedica di un centro dell'India del Sud, dalla chemioterapia alle erbe di un medico cinese, dalla radioterapia alla meditazione. Una ricerca incessante che, con il suo

carico di speranze e di delusioni, diventa essa stessa la «medicina» che lo porterà alla guarigione. Per la profondità del suo messaggio, questo libro, oltre a essere un invito sincero a non arrendersi e a diventare i «piloti» della propria vita, è anche un incitamento a guardare con occhio critico la medicina ufficiale che spesso è «molta scienza e poco ascolto», e a non cedere alle false promesse di ciarlatani e di millantatori di cure miracolose, ma vane. Il libro, che si legge come un romanzo, spiega al lettore che la chiave della guarigione sta nel diventare piloti dell'aereo che sta precipitando: «piloti di se stessi». ■

Informazioni



Assemblea generale ordinaria

Martedì 5 Aprile 2016 - Ore 17.30

Riservata ai membri ASI-SBK

Centroeventi Cadempino

via Industria 2 - 6814 Cadempino - Sala Riunioni 2

Ordine

del giorno

1. Apertura dell'Assemblea da parte della Presidente
2. Designazione degli Scrutatori
3. Approvazione verbale Assemblea Generale Ordinaria del 26.03.2015
4. Rapporto della Presidente ed approvazione
5. Presentazione dei conti 2015
Rapporto Revisori dei Conti
Approvazione dei conti d'esercizio 2015 e scarico al Comitato
6. Preventivo 2016 ed approvazione
7. Nomine statutarie
8. Diversi



Congresso primaverile

Il Ticino delle case anziani: sfide, problemi, prospettive

Martedì 5 Aprile 2016 - Ore 14.00 - Centroeventi Cadempino, sala polivalente

CALENDARIO ATTIVITÀ ASI-SBK SEZIONE TICINO

CORSI – CONFERENZE – ATELIER – ASSEMBLEE **APRILE - GIUGNO 2016**

DATA	CORSO	TERMINE ISCRIZIONE	ANIMATORE	PARTECIPANTI	LUOGO
4 aprile 2016	La sedazione in Cure Palliative: aspetti etici e pratici	01.03.2016	Claudia Gamondi Walther Veri Silvia	infermieri	Lugano
7 aprile 2016	Il profilo di rischio, la sua valutazione e la prevenzione	07.03.2016	Anna Abbondanza Sabrina Fratantonio Graziano Ruggieri	operatori ramo sanitario	Bellinzona
12 aprile 2016	La comunicazione in campo professionale	09.03.2016	Michela Tomasoni Orтели	operatori ramo socio-sanitario	Giubiasco
14 – 21 – 28 aprile 2016	La fitoterapia complementare alle cure tradizionali	14.03.2016	Lilia Nadari Cereda	operatori ramo sanitario	Nerocco
15 aprile 2016	Cura entero – urostomie	14.03.2016	Giovanna Elia	infermieri assistenti geriatrici	Lugano
18 aprile 2016	Arte terapia: quale ruolo nel processo di cura?	15.03.2016	Roberta Pedrinis	operatori ramo socio-sanitario	Bellinzona
20 aprile 2016	La farmacoterapia nel paziente anziano	16.03.2016	Marco Bissig	infermieri	Lugano
21 – 22 aprile 2016	Training assertivo	21.03.2016	Vincenzo Santoro	operatori ramo socio-sanitario	Mendrisio
25 aprile 2016	BLS-DAE® SRC Defibrillazione Automatica Esterna	22.03.2016	formatore BLS DAE	infermieri	Lugano
29 aprile 2016	Uno sguardo sul fenomeno chiamato Resilienza, ovvero la forza d'animo che ci può permettere di affrontare le avversità della vita	23.03.2016	Alfredo Bodeo	operatori ramo socio-sanitario	Chiasso
2 maggio 2016	Approccio all'incontinenza	30.03.2016	Cristina Treter De Lubomierz	operatori ramo sanitario	Lugano
3 – 4 maggio 2016	Morfo-psicologia del piede e delle sue dita	30.03.2016	Maglio Antonio	operatori ramo sanitario formazione base in riflessologia	Bellinzona
9 – 10 maggio 2016	Le emozioni nel lavoro di cura	06.04.2016	Barbara Sangiovanni	operatori ramo sanitario	Novazzano
13 maggio 2016	Approccio al paziente anziano affetto da demenza durante l'ospedalizzazione	11.04.2016	Barbara Poletti	operatori ramo socio-sanitario	Chiasso
18 maggio 2016	La polifarmacoterapia fattore a rischio di caduta negli anziani: l'importanza dell'osservazione costante	18.04.2016	Morena Generelli	infermieri assistenti geriatrici	Giubiasco
20 maggio 2016	L'atteggiamento dell'equipe curante nell'accoglienza e nell'inserimento del nuovo ospite in Casa Anziani	18.04.2016	Alfredo Bodeo	operatori ramo socio-sanitario	Chiasso
23 – 24 maggio 2016	La supervisione di equipe	20.04.2016	Mariano Cavolo	aperto a tutti	Giubiasco
30 maggio 2016	Cure Palliative generali e specialistiche: criteri per l'identificazione precoce dei pazienti	27.04.2016	Tanja Fusi Schmidhauser Mara Del Torso	infermieri assistenti geriatrici operatori sociosanitari	Lugano
1 giugno 2016	Il conflitto relazionale tra infermieri e pazienti/parenti con differenti orizzonti culturali di provenienza	27.04.2016	Emanuele Galli Dulio F. Manara	infermieri	Mendrisio
2 – 3 giugno 2016	La gestione dello stress	27.04.2016	Vincenzo Santoro	operatori ramo socio-sanitario	Bellinzona
6 – 7 giugno 2016	La riflessologia del piede neuro-muscolare: ripasso riflessologo	03.05.2016	Antonio Maglio	operatori ramo sanitario che hanno seguito il corso Riflessologia del piede parte neuro muscolare	Bellinzona