SBK ASI

info

Periodico d'informazione sulle attività dell'associazione svizzera infermiere/i
Allegato alla rivista "Cure infermieristiche" N. 3/17

Sezione Ticino
Marzo 2017 - n. 1

Cronaca regionale:
Un cuore per la cura

Approfondimenti:
Giornata di studio 2016
Interprofessionalità: si può fare?

Misure infermieristiche dopo
un tentativo di suicidio

Iniziativa popolare: un'occasione da non perdere

Calendario attività ASI-SBK
Maggio - giugno 2017

info

Sezione Ticino
SBK
ASI

Periodico d'informazione sulle attività dell'associazione svizzera infermiere/i
Allegato alla rivista "Cure infermieristiche" 3/17

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

Redazione
Mariano Cavolo
Roberto Guggiari
Pia Bagnaschi
Veronique Dayane
Michela Tomasoni
Laura Simoni

Supervisione
Pia Bagnaschi

Grafica e stampa
Arti grafiche Veladini, Lugano
www.veladini.ch

Foto copertina: Pia Bagnaschi

Accogliamo con piacere, articoli, progetti da pubblicare, non esitate a contattarci all'indirizzo: segretariato@asiticino.ch.
Le indicazioni in merito alla forma del testo sono pubblicate sul sito della sezione e possono essere scaricate direttamente: www.asiticino.ch/index.php?id=96

SOMMARIO

Marzo 2017 - n. 1

3 Editoriale

Cronaca regionale

4 Un cuore per la cura
(Lorenzo Pezzoli)

Approfondimenti

7 Giornata di studio 2016
Interprofessionalità: si può fare?
(Pia Bagnaschi)

10 Misure infermieristiche dopo un tentativo di suicidio
(Tessa Allgaier, Thomas Schwarze)

Visibilità

13 Iniziativa popolare: un'occasione da non perdere

Invito alla lettura

15 La parola che cura

Informazioni

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

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

Assemblea generale ordinaria

Agenda

16 Calendario corsi

A chi interessano le sorti degli infermieri?

Quasi un anno fa la commissione per la sicurezza e la sanità pubblica del Consiglio nazionale ha chiaramente alterato il testo di un'iniziativa che, fra l'altro, avrebbe dovuto permettere la fatturazione alle casse malattia di prestazioni prettamente infermieristiche, senza la prescrizione o la firma di un medico. E questo in ragione di un modello di assistenza integrata in cui tutti i professionisti potessero svolgere le proprie funzioni in base alle loro competenze e all'insegna di una solida collaborazione interprofessionale.
Al di là delle limitazioni e delle modifiche poste in essere all'iniziativa parlamentare, da parte della commissione per la sicurezza e la sanità pubblica, è forse il caso di fare un ragionamento di sostanza e chiarire quindi un paio di punti essenziali.
Gli infermieri sono oggi, ancora di più, un pilastro portante del sistema sanitario, ma questo pilastro si sta sgretolando alla sua base. Troppo pochi giovani infatti decidono di intraprendere la formazione in cure infermieristiche e questo deve far riflettere, soprattutto la politica nazionale. Oggi infatti si forma meno della metà del personale infermieristico necessario per soddisfare i bisogni futuri della popolazione. Considerando tutti i livelli di formazione la percentuale raggiunge a stento il 56 percento. Uno studio del 2016 ha posto in evidenza le ripercussioni catastrofiche sulla sicurezza dei pazienti: è quindi scientificamente provato che un effettivo insufficiente di infermieri diplomati comporta l'aumento di complicanze e di mortalità.
Non si può continuare ad assistere passivamente a questo fenomeno ed è per questo che l'ASI ha lanciato un'iniziativa "Per cure infermieristiche forti" di cui sentirete molto parlare nelle prossime settimane. Tramite questa iniziativa si chiedono pertanto investimenti concreti per migliori condizioni quadro nel settore delle cure. Cosa che potrà permettere di aumentare l'attrattività della professione infermieristica fra i giovani ed un maggior interesse a proseguire gli studi e conseguire un diploma. Inoltre, grazie a buone condizioni di lavoro, il personale infermieristico resterà più al lungo attivo o riprenderà più facilmente l'esercizio della professione. È infatti assolutamente necessario aumentare gli stipendi e le retribuzioni per chi sta seguendo una formazione, oltre che condizioni contrattuali adeguate. Solo così si potrà rendere più attrattiva la professione infermieristica e fidelizzare il personale il più a lungo possibile. Ciò permetterà di garantire un'adeguata assistenza anche in futuro. L'ASI ritiene infine, per voce della sua presidente Helena Zaugg, che il Consiglio Federale ha perso l'occasione per dare un'importante svolta in questo settore, con la bocciatura dell'iniziativa parlamentare per il riconoscimento della responsabilità degli infermieri. Finora la politica nazionale e le autorità competenti hanno dimostrato di non avere molto interesse verso le cure infermieristiche, ignorando palesemente i campanelli di allarme da parte delle associazioni professionali.
A questo argomento di stretta attualità, non solo è interamente dedicato l'editoriale di questo numero di INFO ASI, ma è inserito anche un articolo che, fra l'altro, annovera alcune interviste ad allievi in formazione e a professionisti del settore delle cure infermieristiche.
Nell'augurarvi buona lettura, il gruppo redazionale di questo periodico saluta con gratitudine e riconoscenza Laura Simoni e Michela Tomasoni, che lasciano la redazione di INFO ASI dopo diversi anni di collaborazione e importante contributo.

Mariano Cavolo
Docente di cure infermieristiche alla SSSCI

Un cuore per la cura

di Lorenzo Pezzoli*

Si può non avere un cuore? Certamente qualcuno potrebbe sobbalzare a questa domanda posta in un modo tanto perentorio. Da un punto di vista fisiologico la risposta è scontata quanto banale, almeno se vogliamo tenere come categoria quella dei viventi. Non si può non avere un cuore per ovvi motivi, e quando il cuore finisce per danneggiarsi, rompersi, patire, allora sono guai ai quali occorre porre rimedio. Ma, per quello che è l'organo meno neutro (da un punto di vista anche simbolico) del nostro corpo, ancora meno del cervello se vogliamo dirla tutta, la questione è che se immettiamo in questa considerazione non solo il significato di cuore-organo, di cuore-pompa, ma quello di cuore-sentimenti, allora finiamo per abbandonare i lidi della meccanica cardiaca per entrare in una dimensione differente, e non meno pregnante, per la vita e la sopravvivenza. E se volessimo complicare ancora di più le cose, potremmo aggiungere un elemento che, per noi curanti, è ancora più delicato e che trasformo in domanda, anche questo per poter condividere la riflessione che voglio sviluppare: è possibile vivere senza il cuore dell'altro? Si capisce subito che non è necessario avere solo il proprio cuore-sentimento per vivere ma anche quello altrui, il nostro cuore batte anche in relazione al battito del cuore dell'altro. Certo, dal punto di vista fisiologico possiamo vivere senza il cuore dell'altro se non in situazioni particolari come nei trapianti, o durante la gravidanza. In quei casi abbiamo necessità del cuore palpitante (o ancora capace di esserlo) di un'altra persona. Ma altrimenti dell'*organo cuore altrui* non necessitiamo nella nostra quotidianità. Invece del cuore-sentimento, del cuore-attenzione, del cuore-cura/premura dell'altro si ha bisogno, come se la sua presenza fosse indispensabile per mantenere palpitante anche il proprio. E ne hanno bisogno i pazienti del cuore palpitante, autentico, interessato del loro curante. Inutile evocare gli esperimenti del lontano medioevo dove l'imperatore Federico II aveva provato a vedere se dei neonati erano in grado di sopravvivere con il solo assolvimento dei loro bisogni fisiologici; tutti morti era stato il drammatico risultato, a conferma che senza "cuore", ovvero affetto, accudimento, premura, il cibo non nutre così come la cura è inefficace; scontato anche richiamare le povere scimmiette dell'esperimento di Harlow alla fine degli anni cinquanta che alla "madre surrogata" fatta di fil di ferro e dotata di mammella con latte, preferivano la madre pupazzo di peluche dalla quale potevano sperimentare una sorta di "calore" e di presenza tattile rassicurante, così rassicurante da essere preferita perfino al cibo. Fatto sta che la medicina e la cura non potranno mai essere complete se private del cuore di chi le pratica e del riconoscimento del cuore di coloro di cui ci si occupa. Senza cuore non c'è cura, senza il riconoscimento del cuore all'altro (e a sé) si finiscono per curare solo cadaveri. Mi scuso per la crudezza di questa espressione ma la voglio usare per introdurre un'immagine ugualmente forte di un quadro che si può ammirare al museo di Malaga dipinto nel 1890 dal pittore valenciano Enrique Simonet Lombardo. L'opera rappresenta, in una sala settoria particolarmente disadorna e trasandata, abbandonato su un tavolo anatomico, il corpo nudo di una giovane donna. Un lenzuolo la copre in modo sommario, i lunghi capelli sono sciolti e cadono liberi lungo la testata del tavolo che la regge; un braccio si stacca dal corpo, anch'esso penzola dal piano sul quale è deposta. Davanti a lei sta una finestra che la illumina interamente, alle sue spalle un vecchio chirurgo che tiene con la mano sinistra, osservandolo, il suo cuore; probabilmente è stato appena estratto dalla cassa toracica visto il bisturi che tiene ancora nella mano destra. Un uomo, il medico, che è completamente concentrato sull'organo che regge tra le mani, il cuore appunto, che pare indifferente alla donna oramai cadavere. Questo dipinto, che certo si inserisce in un filone che parte da lontano e che richiama la tradizione rembrantiana della celeberrima e inflazionatissima autopsia del dr. Tulp, anche se se ne vedono le distanze (non solo temporali), suscita inevitabilmente pensieri diversi che il dipinto finisce per veicolare; pensieri che partono da un immediata riflessione che ha a che fare, più che con l'autopsia di un morto, con la cura di un vivo. Se separiamo la malattia da chi la porta rischiamo l'operazione rappresentata da Enrique Simonet Lombardo: avremo a che fare con cadaveri; stiamo anche noi al tavolo anatomico a riflettere come provocatoriamente ha tentato di fare,

Si capisce subito che non è necessario avere solo il proprio cuore-sentimento per vivere ma anche quello altrui, il nostro cuore batte anche in relazione al battito del cuore dell'altro

©Museo Nacional del Prado

L'opera sembra suggerire l'assenza, meno evidente e immediata, di un altro cuore: quello di qualunque clinico che, nell'approccio alla malattia dell'altro, dimentica il proprio cuore, i propri sentimenti

direi con successo, il pittore spagnolo con il suo dipinto che, curiosamente, è conosciuto con tre titoli: *L'autopsia*, *Anatomia di un cuore*, *Aveva un cuore!*. Tre diciture che ci aiutano a cogliere i rischi della concentrazione sul male a discapito dell'attenzione alla persona; rischi che distanziano dal paziente, ovvero da colui che patisce questo male (da cui la parola identitaria di "paziente"). Se si separa il male dal soggetto che lo porta, rischiamo di essere come il vecchio chirurgo del dipinto: trasandato, messo in ombra, concentrato completamente sull'organo, indifferente al corpo sinuoso della prostituta o dell'attrice suicida. Qui le versioni sono contrastanti e, certo, se fosse vera l'ipotesi della prostituta, anche qui la scelta di Simonet non sarebbe secondaria o superficiale. Senza cuore non si vive, non vive la prostituta, ma non vive neppure il medico che diventa un tecnico, da qui uno dei titoli *L'autopsia*, il cui sguardo si concentra su un particolare, su un organo, ed ecco l'altro titolo in uso: Anatomia di un cuore. Si perde di vista inevitabilmente il "proprietario" di quel cuore. Senza quel cuore non vive più la prostituta, vista già in vita come oggetto di piacere dimenticandone gli affetti e la sensibilità, usata come oggetto, reificata per il piacere altrui e trasformata in cosa di cui usufruire. Ma anche il paziente può diventare oggetto "senza cuore" quando il nostro interesse si perde nei meandri della tecnica, dell'interesse scientifico, e quando lo sguardo si concentra esclusivamente sulla malattia, sull'organo malato, sulla bio-logia privata e sottratta dalla bio-grafia del paziente che pure è strumento prezioso per comprendere proprio quella biologia malata e la sua cura. L'oblio diventa netto su chi porta su di sé la pato-logia. Chi è senza cuore dunque nel quadro di Lombardo? Certo senza il cuore-muscolo è la donna sul tavolo anatomico, tuttavia l'opera sembra suggerire l'assenza, meno evidente e immediata, di un altro cuore: quello di qualunque clinico che, nell'approccio alla malattia dell'altro, dimentica il proprio cuore, i propri sentimenti. Non sappiamo se il pittore davvero volesse dirci questo, ma alcuni indizi presenti nell'opera ci portano a riflettere nella direzione proposta a partire dall'uso della luce che è completamente orientata sulla donna, dalla raffigurazione trasandata del medico piuttosto che dalla raffigurazione del corpo femminile. E poi c'è il titolo voluto dal pittore che è sufficientemente ambiguo da portarci ancora alla riflessione: *Aveva un cuore!* Con il punto esclamativo a rinforzarne l'espressione, ma senza l'espressione di un soggetto chiaro. Chi *aveva* un cuore? Certo l'aveva la donna quando non era ancora stata effettuata l'estrazione chirurgica, ma forse *aveva* un cuore il medico prima

che l'abitudine alla pratica clinica glielo facesse dimenticare e infine, forse, perdere; l'aveva prima che la difesa dalle proprie emozioni, a cui il confronto con la sofferenza può portare, gli facesse misconoscere quei sentimenti che nascono naturali dinnanzi ad ogni patire dell'umano e che si è portati a incontrare nel lavoro clinico. Perdere il proprio cuore porta a morire se parliamo a livello biologico, ma questo è piuttosto scontato, ma anche a morire da un altro punto di vista, quello della propria umanità. Quando si perde la propria sensibilità, quando la si mette da parte come componente ritenuta non utile alla cura, viene perso non un cuore ma due: quello del curante e quello del paziente. Occuparsi della cura significa entrare in una dimensione che è quella della relazione (quanto si è scritto sulla relazione!) e, con essa, della sua variabile che è la distanza: la distanza che ha geometrie e forme non sempre stabili che oscillano, si bloccano, si fluidificano fino a diventare ambigue. La distanza (che contiene la polarità della vicinanza e della lontananza) come tema della relazione dell'utente ma, anche, come tema della relazione dell'operatore con lui. E poi la distanza come dimensione appartenente l'incontro che è sempre un evento che la coinvolge, la modifica e la ridefinisce: a volte in una progressione di vicinanza, altre volte in un repentino allontanamento, come se quell'incontro avesse risvegliato, evocato o piuttosto semplicemente colto, elementi interiori del soggetto (operatore o utente) che ancora rappresentano un ingombro interno tale da desiderare l'allontanamento. Dal soggetto? Forse no, quanto più spesso da quello che ha richiamato ed evocato con la sua presenza, con il suo patire. Se perdiamo il cuore nella cura (il nostro oltre a quello dell'altro) potremo gestire (forse) brillanti relazioni dove si parla forbitamente, si spiega fin nei più minuti dettagli, si opera e interviene con apparente efficacia, ma non si incontra nessuno. Ed è prioritario incontrare le persone prima di stabilire "relazioni efficaci" di cui parlano alcuni tecnici della relazione che, in alcune derive e senza aver mai avuto a che fare con la cura, finiscono per insegnare a vendere un prodotto così come ad avere a che fare con una persona che soffre. Incontrare l'altro significa incontrare un orizzonte, il suo, e contemporaneamente a ridefinire il proprio. Se si sta con lui, se si condivide con lui un tratto di percorso, si familiarizza con quell'orizzonte e le emozioni che quella condivisione inevitabilmente susciterà. Lontano non è ciò che ci è distante ma ciò che *vediamo* distante, per estraneità dalla nostra esperienza, per difesa perché in fondo troppo vicino, e così lo mettiamo al di là della nostra percezione di vicinanza, per incomprensione o per repulsione. Il prezzo di questa collocazione può essere alto, dalle molte implicazioni nella relazione con quell'utente: interlocutore, con la sua presenza, di una lontananza critica o di una vicinanza fastidiosa. Avere un cuore significa saper accettare quello che comporta, a livello di sentimenti, l'incontro con l'altro che si fa prossimo, accogliere i sentimenti dell'altro come parte del suo stato e strumento prezioso per incontralo e poi, quindi, accompagnarlo per quella strada non scontata (mai scontata!) che è la cura. ■

Avere un cuore significa saper accettare quello che comporta, a livello di sentimenti, l'incontro con l'altro che si fa prossimo

* **Lorenzo Pezzoli**, psicologo e psicoterapeuta FSP – docente e ricercatore SUPSI

Bibliografia di riferimento

Ceccarelli G., *Medici, malati, malattie e farmaci nella storia dell'arte*, Roma, Aracne editrice, 2013.

Diaz P., Francisco J.; *Estudio de la obra de Enrique Simonet Lombardo*, Revista Jábega n° 30 – 1980: Pag. 41-56.

Diaz P., Francisco J.; *Vida y obra de Enrique Simonet Lombardo*, Revista Jábega n° 30 – 1981: Pag. 50-60.

Giornata di studio 2016

Interprofessionalità: si può fare?

di Pia Bagnaschi

Lo scorso 15 dicembre si è tenuta a Lugano la giornata di studio organizzata dalla sezione ASI Ticino in collaborazione con la SUPSI, Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale, dedicata all'interprofessionalità nelle cure.

Foto Massimo Radio

L'interprofessionalià va costruita spostando la prospettiva dal singolo processo a un contesto più ampio e complesso

"La complessità delle situazioni di cura, oggi, non può essere regolata attraverso la semplice somma dei punti di vista dei singoli professionisti, ma ha bisogno del prodotto generato dalla loro integrazione". Questa costatazione di Vincenzo D'Angelo, docente e ricercatore DEASS, illustra chiaramente come l'interprofessionalità non sia una scelta, bensì un dato di fatto. Se a livello teorico questo può sembrare ovvio, a livello pratico sono molti gli ostacoli che ne impediscono la realizzazione.

La costruzione dell'interprofessionalità

Teamwork: 1+1=3. Questa non è una formula magica, ma l'essenza dell'interprofessionalità intesa come la condizione in cui ciascuno rinuncia alla parte di giudizi, idee preconcette, pregiudizi, usi e conoscenze che risulta controproducente rispetto alla creatività collettiva, e nello stesso tempo, sa mettere in comune le proprie idee, ipotesi, intuizioni offrendole al gruppo come apporto personale alla crescita globale. Come afferma Vincenzo D'Angelo, in ambito sanitario, la collaborazione interprofessionale è necessaria per via della natura interdipendente di questo settore. Oltre all'integrazione dei saperi e delle pratiche professionali, nella costruzione dell'interprofessionalità si devono considerare anche i percorsi formativi e il coinvolgimento e la partecipazione dell'utente e dei suoi familiari. L'interprofessionalità va costruita spostando la prospettiva dal singolo processo a un contesto più ampio e complesso, in cui occorre imparare a lavorare in squadra, comunicare, rispettare i valori etici e assumere le proprie responsabilità e quelle delle pratiche condivise.

Collaborazione tra i professionisti della sanità

Il sistema sanitario è caratterizzato da due importanti fenomeni: una sempre maggiore diversificazione dell'assistenza dovuta allo sviluppo e l'andamento demografico da una parte, e l'aumento delle figure professionali e le relative difficoltà ad interagire, dall'altra. Si avverte quindi la necessità di sviluppare nuovi modelli di collaborazione interprofessionale. A tale scopo l'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM) ha elaborato una Charta, presentata da Hans Neuenschwander, già primario del servizio cure palliative IOSI e membro del gruppo di lavoro del-

Foto Massimo Radio

l'ASSM, il cui obiettivo è fornire delle linee guida e basi di discussione partendo da due principi: 1. la presa a carico ottimale e di qualità, adeguata ai bisogni e alle aspettative della popolazione e 2. la presa a carico integrata, cioè il coordinamento delle prestazioni educative, di consulenza, preventive, diagnostiche, terapeutiche, curative, riabilitative, e palliative di tutti gli operatori, sempre centrate sul paziente.
Affinché queste premesse abbiano un riscontro nella pratica, l'ASSM sostiene che occorre ad esempio sensibilizzare e impostare in tal senso la formazione, sia di base che graduata, creando moduli di insegnamento comuni. Concetto questo condiviso anche da Graziano Meli, responsabile per le formazioni bachelor DEASS presso la SUPSI, che parlando del futuro Medical Master School dell'USI ha sottolineato l'importanza della collaborazione interprofessionale e livello del corpo docente (nei corsi del Msc saranno sviluppate competenze cliniche per le quali un coinvolgimento dei professori della facoltà di scienze biomediche potrebbe essere essenziale) e di interazione tra studenti dei due curricoli formativi, per lo sviluppo di attività interprofessionali (discussione di casi clinici, simulazioni, role playing, progetti di tesi interprofessionali ecc.). Analogamente sarà necessario esplorare le possibilità di collaborazione con le altre SUP e l'Università di Basilea (tramite il suo Istituto di Pflegewissenschaften) oltre che con alcune università europee.

Nuovi rapporti interprofessionali

Come ricorda il sociologo Willem Tousijn, professore ordinario presso l'Università degli Studi di Torino, nei secoli scorsi nel settore sanitario l'evoluzione del ruolo delle varie figure professionali era subordinata al ruolo del medico: nell'800 acquisisce il controllo delle altre occupazioni sanitarie (farmacisti e ostetriche), nel 900, con la proliferazione delle occupazioni sanitarie, il medico delega determinate competenze ad altri operatori. Con l'avvento del neo-liberismo la logica professionale si indebolisce, condizionando la fiducia negli esperti. Il paziente è sempre più informato e le sue richieste sempre più concrete e fondate. Si impongono quindi nuovi modelli di professionalismo, basato su nuovi rapporti interprofessionali: indebolimento delle "giurisdizioni professionali", ruoli più flessibili, confini più permeabili, crescita degli altri professionisti, lavoro in equipe. Spesso, come confermato da uno studio svolto in Piemonte presentato da Willem Tousijn, ad ostacolare la collaborazione interprofessionale sono le differenze tra cultura sanitaria e cultura sociale, oltre alla differenza tra cultura ospedaliera e cultura del territorio, ma anche alla carenza di risorse e di tempo. Nelle equipe multidisciplinari considerate nello studio, nonostante la persistenza

Indebolimento delle "giurisdizioni professionali", ruoli più flessibili, confini più permeabili, crescita degli altri professionisti, lavoro in equipe

Si tratta di un modello di collaborazione che si basa su principi di partenariato, parità, appropriazione delle proprie competenze e responsabilità

di meccanismi istituzionali basati sulla gerarchia che ne condizionano lo sviluppo, si riscontra una crescente partecipazione di altri professionisti ai processi decisionali.

Interprofessionalità come variabile organizzativa

Illustrando il concetto di governance condivisa, in particolare la partecipazione e il coinvolgimento diretto delle infermiere nel processo di cura messo in atto dall'Hôpital du Valais, Mario Desmedt, direttore delle cure presso l'Ospedale oftalmologico Jules-Gonin di Losanna, ha ribadito l'importanza dell'interprofessionalità intesa come variabile organizzativa. Si tratta di un modello di collaborazione che si basa su principi di partenariato, parità, appropriazione delle proprie competenze e responsabilità. Ciò significa rompere con le pratiche e le tendenze centralizzanti e privilegiare i processi di integrazione di tutti gli attori coinvolti. Come risulta dall'esempio concreto, grazie a una maggior vicinanza alla situazione assistenziale, questo modello di pratica professionale, oltre che alla soddisfazione del personale, porta a migliori risultati sui pazienti e a una maggior visibilità verso i partner istituzionali.

Altre esperienze, altrettante conferme

Centro ospedaliero universitario del Nord Italia, Lega contro il cancro, Centro Sanitario della Bregaglia: cambia il contesto, ma il messaggio rimane lo stesso: l'interprofessionalità è utile per i pazienti, ma è anche un valido strumento di condivisione per i curanti. Come hanno confermato Giovanna Artioli, docente in scienze infermieristiche presso l'Università degli studi di Parma, e i responsabili e collaboratori delle altre due istituzioni, il percorso che apre la strada verso l'integrazione di modelli interprofessionali si può fare! Non è certo privo di difficoltà, ma offre validi sbocchi a livello professionale e sociale e, riprendendo il titolo di questa giornata di studio, si rivela sempre più una "condizione vitale per la cura", considerando le sfide con cui è confrontato il sistema sanitario, come il costante aumento della richiesta di assistenza e la penuria di personale qualificato che ne possa garantire la qualità. ■

Gli atti del convegno sono pubblicati su www.asiticino.ch

Foto Massimo Rodio

Misure infermieristiche dopo un tentativo di suicidio

di Tessa Allgaier*,
Thomas Schwarze*

Con quali misure le infermiere possono evitare che i pazienti cha hanno tentato di togliersi la vita, ripetano tale gesto? A questa domanda è stata dedicata una tesi di bachelor.

Foto: Fotolia

Ogni anno nel mondo oltre 800'000 persone muoiono per suicidio (OMS, 2014). Confrontando i dati a livello internazionale, la Svizzera presenta un tasso di suicidi superiore alla media (13 su 100'000, media 11.5 su 100'000) (UFSP, 2015). Secondo la letteratura, il maggior fattore di rischio per un suicidio compiuto è un successivo tentativo (Schuler e Burla, 2012). Tuttavia, in Svizzera, i tentativi di suicidio non sono rilevati a livello nazionale. Si stimano 15'000-25'000 casi all'anno (Schuler e Burla, 2012). Un'assistenza adeguata e a lungo termine potrebbe evitare al paziente di ritentare il suicidio. A questo proposito, le infermiere svolgono un ruolo importante, poiché, contrariamente agli altri professionisti, trascorrono più tempo con il paziente. E`quindi necessario stabilire le misure infermieristiche utili nell'ambito di interventi interdisciplinari di emergenza nei reparti di psichiatria.
Per rispondere a questi interrogativi abbiamo consultato la letteratura specializzata degli anni 2005-2015 in diverse banche dati. I risultati di questo lavoro sono stati suddivisi in due categorie: misure strutturali e misure interattive, mirate al paziente. La prima categoria comprende gli strumenti infermieristici e le infrastrutture dell'istituto psichiatrico, cioè: la sicurezza della struttura, la sorveglianza e il contratto di "non-suicidio".
La seconda categoria si focalizza sulle capacità interpersonali del personale infermieristico nell'assistenza ai pazienti suicidari. Gli aspetti principali sono: comunicazione, relazioni interpersonali e sostegno al paziente.

Misure strutturali

Dalla letteratura si evince che un ambiente sicuro è una premessa assoluta nel caso di suicidalità acuta. In particolare si devono eliminare tutti gli oggetti che potrebbero compromettere l'incolumità del paziente, fra questi, ad esempio, strumenti che potrebbero essere usati per impiccarsi. Uno studio ha però evidenziato che queste misure sono vissute dai pazienti come limitazioni della loro autonomia. Non si tratta quindi di una soluzione a lungo termine. L'accesso limitato a oggetti pericolosi dovrebbe perciò essere al più presto allentato grazie allo sviluppo di relazioni terapeutiche e interventi infermieristici concordati con il paziente.
Anche la sorveglianza, o osservazione, è una misura messa in discussione nella letteratura. Ma, poiché non esiste una definizione univo-

Dalla letteratura si evince che un ambiente sicuro è una premessa assoluta nel caso di suicidalità acuta

ca e precisa di questo concetto, è difficile fare una valutazione. Esistono due opinioni contrarie, cui la letteratura attribuisce scarsa rilevanza. Da un lato si sostiene che la sorveglianza permette di aumentare la sicurezza del paziente. Tuttavia alcuni studi rilevano che, malgrado la sorveglianza, si verificano il 18% dei suicidi in ambito stazionario e che il 10% dei pazienti suicidari mentono sulla loro propensione al suicidio per sospendere la sorveglianza. Dall'attuale stato delle ricerche si evince che l'efficacia della sorveglianza dipende dall'attitudine e dall'atteggiamento del personale responsabile. Aspetti terapeutici positivi, come la distrazione, il riconoscimento e il sostegno sono il risultato di un'assistenza empatica da parte dei curanti e non della semplice osservazione.

Il 33% dei pazienti che hanno stipulato questo contratto tentano o commettono suicidio, mentre senza il contratto salgono al 64%

Contratto di "non-suicidio"

Il contratto di "non-suicidio" è un accordo scritto tra il paziente e il curante. Il paziente promette di restare in vita fino al prossimo colloquio e stabilisce con lo stesso curante strategie di emergenza. Il 33% dei pazienti che hanno stipulato questo contratto tentano o commettono suicidio, mentre senza il contratto salgono al 64%. Ciò significa che con il contratto si può ridurre il rischio di suicidio o di tentativo di suicidio del 31%. La letteratura consiglia di includere nel contratto due clausole come misure d'emergenza: nome e dati per contattare una persona cui ci si deve rivolgere in caso di rischio di suicidio e il contatto diretto con il servizio di soccorso in caso di elevato pericolo di suicidio.
Si è inoltre costatato che l'elaborazione del contratto di non-suicidio si ripercuote positivamente sull'alleanza terapeutica, coinvolgendo il paziente nel processo di cura e consolidando la sua identità. Prima del suo impiego, il contratto deve essere sottoposto a verifica da parte del personale infermieristico: il paziente deve disporre delle facoltà cognitive che gli permettano di stipulare un contratto. Bisogna cioè verificare che il paziente non sia sotto l'effetto di droghe o psicotico.

Competenza sociale

Anche le competenze sociali di cui le infermiere e gli infermieri devono disporre per assistere pazienti suicidari sono strumenti che permettono di stabilire una relazione di fiducia. Come consiglia la letteratura, per creare una solida relazione interpersonale con un paziente suicidario occorre assumere un approccio privo di pregiudizi. Un atteggiamento empatico contribuisce a prevenire il suicidio. Esprimendo consenso, tolleranza e comprensione nel compimento dei suoi atti infermieristici, il curante trasmette speranza al paziente. Grazie a questa fiducia ritrovata egli si mette in relazione con altre persone, avvicinandosi alla comunità. Un compito importante del curante è creare e mantenere la relazione terapeutica. Inoltre, per dare continuità all'assistenza, il paziente deve poter far capo a un sistema di cure basate sulla relazione. A tale scopo sono importanti tecniche di comunicazione specifiche. La comunicazione con pazienti suicidari richiede elementi di comunicazione verbale, come riflettere, parafrasare, fare domande aperte e chiuse, dimostrare stima. E`altrettanto importante disporre della necessaria sensibilità per saper cogliere la comunicazione non verbale. Prestare ascolto ai racconti dei pazienti favorisce la guarigione ed esprime l'interesse da parte del curante nei loro confronti.

Comunicazione e ADL

Affinché possa assimilare queste caratteristiche, si consiglia al personale infermieristico psichiatrico di frequentare regolarmente corsi di comunicazione e di esercitare le sue capacità, come ad esempio l'ascolto attivo.
L'accompagnamento dei pazienti suicidari nelle attività della vita quotidiana (ADL) è importante per consolidare l'alleanza terapeutica. È compito del curante aiutare a risolvere problemi e costruire una base di speranza per il futuro. A tale scopo si ricorre e si suggeriscono risorse quali ad esempio la riabilitazione sociale del paziente. L'interessato può stabilire un contatto scritto o, attraverso il curante, si può organizzare un colloquio con una sua persona di riferimento. Si può ricorrere anche ai gruppi di auto aiuto. Paziente e curante cercano assieme il tipo di gruppo più idoneo.

Conclusioni e prospettive future

Sulla maggior parte delle misure terapeutiche esaminate esistono studi favorevoli, ma anche alcuni piuttosto critici. La valutazione della veridicità dei risultati si è basata sulla qualità e la trasparenza degli studi. Una delle ipotesi emerse è che contatti regolari tra curante e paziente sono più efficaci della sorveglianza. Tuttavia questa è una considerazio-

Consigli pratici

- rendere sicuro l'ambiente eliminando oggetti pericolosi
- nella fase acuta sorvegliare regolarmente tramite brevi contatti
- empatia e approccio privo di giudizi di valore
- essere in grado di ricorrere a forme di comunicazione terapeutiche: esercitarsi regolarmente nella comunicazione
- cure relazionali per stabilire una relazione e la continuità delle cure
- uso dei contratti di "non-suicidio"
- accompagnamento dei pazienti suicidari nelle ADL e nell'affrontare problemi
- includere sistemi di sostegno sociale

ne dell'autrice e non è comprovata dagli studi considerati.
Riassumendo si può affermare che è scientificamente riconosciuta l'efficacia delle misure adottate dai curanti nell'assistenza ai pazienti suicidari. Queste misure non devono essere applicate in modo isolato. Inoltre, per questi pazienti, la sicurezza dell'ambiente è una misura importante. Altrettanto importante è infine la creazione della relazione basata sulle tecniche della comunicazione e l'atteggiamento dei curanti. Il contratto di "non-suicidio" può rivelarsi uno strumento utile nel processo terapeutico e contribuire a dissuadere i pazienti a compiere un gesto estremo. Nella costruzione della relazione è implementato il concetto di cure relazionali. Maggiore è lo sviluppo dell'alleanza terapeutica, più ampio sarà lo sguardo del paziente verso il futuro e la sua pianificazione.
La semplice sorveglianza, cioè limitarsi a controllare se il paziente mette in pericolo la propria incolumità, non è considerata una misura terapeutica efficace.
Tuttavia, malgrado questa costatazione, occorre progredire nella ricerca per capire se queste misure sono efficaci anche per gruppi di pazienti reduci da un tentativo di suicidio.
Comunque, per stabilire l'efficacia o meno della sorveglianza, sarebbero necessari ulteriori studi. La necessità di un ambiente sicuro dovrebbe essere valutata sulla base di ricerche teoriche e riscontri pratici. A tale scopo ci si dovrebbe chiedere in che tipo di situazione si dovrebbe ricorrere a tale sicurezza e che tipo di profitto se ne potrebbe trarre. Ciò potrebbe essere verificato ad esempio in concomitanza con uno strumento per la valutazione del rischio di suicidio. Sarebbe pure interessante considerare in che modo si può ridurre la messa in sicurezza dell'ambiente dopo una fase di rischio acuto.
Le misure per le persone suicidarie sono valide anche in ambito stazionario, dove il personale infermieristico svolge un ruolo importante. Queste misure dovrebbero essere applicate nella pratica quotidiana.

La bibliografia completa e la tesi di bachelor possono essere richieste a Tessa Allgaier, tessa.allgaier@usz.ch.
L'articolo in versione originale tedesca è stato pubblicato su "Cure infermieristiche, 11/2016, p.16).

È scientificamente riconosciuta l'efficacia delle misure adottate dai curanti nell'assistenza ai pazienti suicidari

Letteratura

Ufficio federale della sanità pubblica (2015). Epidemiologia del suicidio e del tentato suicidio in Svizzera, consultato il 19.7.16

World Health Organisation (2014). Suicide data, consultato il 4.5.16 http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicide-prevent/en/

Schuler, D., & Burla, L. (2012). Obsan. Psychische Gesundheit in der Schweiz. Retrieved from Neuchâtel, Schweiz

* **Tessa Allgaier**, Bsc cure infermieristiche, infermiera SUP interdisciplinare IMC, Ospedale universitario Zurigo, tessa.allgaier@usz.ch
* **Thomas Schwarze**, MNS, collaboratore scientifico, SUP Salute Berna Ricerca applicata e sviluppo cure infermieristiche, Thomas.Schwarze@bfh.ch

Iniziativa popolare: un'occasione da non perdere

di Veronique Dayane

Avete mai sentito dire da un paziente: "l'infermiera non aveva tempo, è dovuta scappare via per occuparsi di un altro paziente. Certo che … ne hanno da fare queste infermiere!" oppure "Vi ammiro, fate un lavoro straordinario!"
Due facce della stessa medaglia! Il rischio, sempre maggiore, di rendere il lavoro svolto da infermieri competenti, professionali, appassionati e responsabili un vero fardello è dietro l'angolo. Carenza di personale, remunerazioni non adeguate rispetto ai compiti da svolgere sempre più complessi e articolati, offerte di formazione e specializzazione costose e impegnative sono alcuni punti che mettono a repentaglio gli obiettivi più importanti del lavoro infermieristico: la qualità delle cure, l'efficienza del sistema sanitario e, soprattutto, la sicurezza e la soddisfazione del paziente.
Sembra un luogo comune, eppure sappiamo bene che la carenza di personale infermieristico è un dato di fatto e questo problema sarà oltremodo risentito in futuro a causa dell'invecchiamento della popolazione e della carenza di nuove leve in questo settore professionale. Questa carenza è dovuta anche all'abbandono della professione in età lavorativa. Per porvi rimedio, oggi molti professionisti vengono assunti dall'estero, svuotando così la riserva di personale necessaria nei loro paesi. Vogliamo davvero che anche gli infermieri, gli angeli vestiti di bianco, diventino a rischio di estinzione?
L'ASI risponde con fermezza e coraggio: NO! Gli infermieri sono determinati, vogliono farsi sentire e ottenere il giusto riconoscimento e maggiore autonomia delle loro competenze per garantire delle cure di buona qualità. Perché il loro lavoro è indispensabile.

Gli infermieri sono determinati, vogliono farsi sentire e ottenere il giusto riconoscimento e maggiore autonomia delle loro competenze

Proprio per questo la nostra associazione lancia la sua iniziativa popolare. Sabato 21 gennaio è iniziata ufficialmente la raccolta delle firme. In Ticino questa azione non poteva che iniziare nella capitale, in cui sono state raccolte circa 300 firme in un solo giorno.

Se verrà approvata, la Confederazione sarà costretta a lavorare per regolamentare le prestazioni del personale infermieristico che potranno essere fornite con o senza prescrizione medica e per migliorare le condizioni di lavoro degli infermieri, rendendo così più attrattiva la professione e incentivare di conseguenza la scelta dei giovani per intraprendere una formazione in questo ambito.

Foto Pia Bagnaschi

Intervista

Bisogna uscire dall'ombra

Sempre a proposito dell'iniziativa appena lanciata, ci è sembrato interessante chiedere il parere ai diretti interessati. Per questo abbiamo rivolto le stesse tre domande ad altrettanti intervistati, di vari gradi di formazione: una studentessa in cure infermieristiche, allieva SSSCI del secondo anno di formazione; un infermiere in formazione post-diploma, esperto in cure intense e un'infermiera diplomata che svolge la sua attività in ambito oncologico da 3 anni.

Per la prima volta nei suoi oltre cent'anni di esistenza, l'ASI lancia un'iniziativa popolare. Che impatto potrà avere questa decisione sull'immagine della professione?

Ambra Musto (allieva SSSCI, 2.anno): Ritengo che il lancio dell'iniziativa possa avere una grande risonanza per la professione. È un'occasione per dare visibilità e permettere ai "profani" di venire a conoscenza di tutti que-

gli aspetti che sono poco noti (competenze, formazione, responsabilità). È un modo perché tutti possano rendersi conto che l'infermiere non è "l'assistente del medico" ma un professionista consapevole che è in grado di analizzare, assumersi responsabilità e prendere decisioni in modo autonomo nel rispetto delle proprie competenze. Tutto questo a patto che i promotori dell'iniziativa, e tutti coloro che prenderanno parte alla raccolta firme, siano preparati adeguatamente per dare spiegazioni esaustive e corrette.

Gianmaria Bertoli (infermiere in formazione post diploma esperto in cure intense): Credo che ci sia una sorta di immaginario comune radicato nella popolazione che vede l'infermiere come subordinato del medico, una figura che esegue gli ordini medici. Penso perciò che questa iniziativa, indipendentemente dal suo possibile successo finale, cioè che venga o meno approvata dalla popolazione, è comunque un'occasione per fare chiarezza, per sfatare dei miti, per parlare ed informare la popolazione. Dà la possibilità di far conoscere l'infermiere come un professionista che oltre a collaborare con altre figure, ha delle competenze proprie e una sua capacità di pensare e di decidere.

Catarina Letras (infermiera diplomata, da 3 anni lavora presso il reparto di cure palliative dello IOSI, Bellinzona.): Credo che l'impatto di questa iniziativa possa essere molto positivo per l'immagine della professione. La visione del pubblico generale rispetto alla nostra professione è molto variata e spesso non corrisponde più all'attualità quindi, con questa iniziativa, la popolazione potrà avvicinarsi alla nostra realtà e capirne l'importanza.

L'iniziativa popolare si prefigge tre obiettivi principali:
- *garantire il futuro delle cure (qualità)*
- *salvaguardare la sicurezza dei pazienti (personale sufficiente)*
- *dare maggior autonomia alle infermiere (efficienza del sistema sanitario)*

Quale dei tre ritiene sia il più importante?

Ambra Musto: Premettendo che tutti gli aspetti sono importanti, dovendo fare una scelta, ricade sicuramente sulla qualità delle cure nonostante la ritengo imprescindibile dalle altre due. Come studentessa in cure infermieristiche sono costantemente confrontata con riflessioni sulla centralità del paziente. È lui sicuramente il nostro focus: è importante un'assistenza individualizzata, pianificata e mirata. Noi veniamo formati per offrire al paziente il meglio possibile, bisogna tuttavia considerare che siamo comunque degli essere umani e, molte volte, lo stress può incidere negativamente sulla qualità delle nostre prestazioni. In questo senso ritengo quindi che un'ottima qualità delle cure possa essere garantita se anche le condizioni di lavoro sono adeguate. A riguardo esiste della letteratura (non prettamente infermieristica) che prova quanto un lavoratore soddisfatto è un lavoratore che produce al massimo delle proprie potenzialità. Nel nostro ambito, dal momento che ci occupiamo delle persone - e della loro sofferenza - , è necessario che questo sia più che mai rispettato.

Gianmaria Bertoli: Partendo dal presupposto che il paziente è sempre al centro delle cure, sembra una frase fatta, ma per me è il valore fondamentale della professione, trovo che l'aspetto più importante sia salvaguardare la sicurezza del paziente. Lo ritengo un obiettivo importante sia per il paziente che per il personale stesso, è risaputo che un numero adeguato di infermieri riduce il numero di infezioni, la durata dell'ospedalizzazione, la mortalità; inoltre, carichi di lavoro troppo elevati, deteriorano la salute dell'infermiere.

Catarina Letras: Premettendo che i tre obiettivi sono fondamentali per la crescita della nostra professione, credo che quello più importante per chi non è "del mestiere" sia la salvaguardia della sicurezza dei pazienti, mentre per gli infermieri ritengo sia quello relativo all'aumento di autonomia, in quanto permetterebbe di garantire una riduzione dei costi, ma soprattutto si valorizzerebbe maggiormente il ruolo della professione, riconoscendo le conoscenze e competenze degli infermieri.

Che slogan userebbe per invitare i suoi colleghi a sostenere l'iniziativa?

Ambra Musto: "Puntare sulla qualità per garantire qualità!"

Gianmaria Bertoli: Non uso parole mie, ma leggendo la rivista "Cure infermieristiche", mi hanno colpito le parole di Helena Zaugg, presidente dell'ASI: "uscire dall'ombra". Secondo me l'infermiere non si sa valorizzare, resta nell'ombra e svolge il suo lavoro, non protesta, gli viene dato un compito che svolge senza clamore, con umiltà. Forse questa è l'occasione per uscire dall'ombra, che non vuol dire mettersi in mostra con forza e presunzione, ma far conoscere il nostro ruolo e le nostre competenze.

Catarina Letras: "Basta lamentele e frustrazione: firmate l'iniziativa e assieme lotteremo per la nostra professione!" ■

Basta lamentele e frustrazione: firmate l'iniziativa e assieme lotteremo per la nostra professione!

La parola che cura

Di Michela Castiglioni

È realistico pensare a una proposta di formazione di tipo narrativo-autobiografico rivolta ai professionisti della cura medico-sanitaria e in modo più specifico ai volontari che operano in contesti oncologici? Quali scelte epistemologiche, di metodo e procedurali implica il fare propria questa opzione e assumere questo sguardo, all'interno e all'esterno della formazione? È a interrogativi di questo genere che il libro cerca di rispondere. E lo fa, oltre che dal punto di vista teorico, passando anche attraverso la ricostruzione di un concreto percorso di ricerca-formazione che ha al suo centro la dimensione della narratività, della narrazione e della pratica di scrittura sperimentata dai curanti, dai volontari e dai pazienti di un'associazione di volontariato oncologico, il Triangolo di Lugano, e della Clinica Sant'Anna di Sorengo. ■

Micaela Castiglioni è ricercatrice e docente di Educazione permanente e degli adulti e di Pedagogia generale all'Università degli Studi di Milano-Bicocca. È responsabile e coordinatrice scientifica del Gruppo di ricerca Condizione adulta e processi formativi e del Gruppo di ricerca interuniversitario IRACLIA (Pratiche narrative e di scrittura nei contesti educativi, di cura e medico-sanitari) presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Informazioni

Sezione Ticino SBK ASI

Assemblea generale ordinaria

Giovedì 23 Marzo 2017 - 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 05.04.2016
4. Rapporto della Presidente ed approvazione
5. Presentazione dei conti 2016
   Rapporto Revisori dei Conti
   Approvazione dei conti d'esercizio 2016 e scarico al Comitato
6. Preventivo 2017 ed approvazione
7. Nomine statutarie
8. Iniziativa popolare "Per cure infermieristiche forti"
9. Diversi

Salva le date

Sezione Ticino SBK ASI

ADICASI
Associazione dei direttori delle Case per anziani della Svizzera Italiana

L'ASI-SBK sezione Ticino in collaborazione con ADICASI organizza il
2° congresso primaverile - Giovedì 23 marzo

Sezione Ticino SBK ASI EDUQUA SCEF 034

FORMAS

Croce Rossa Ticino
Associazione cantonale di CRS
Settore Corsi
EDUQUA SCEF 060

L'ASI-SBK sezione Ticino in collaborazione con FORMAS e CRS Ticino organizza un
pomeriggio di studio - Martedì 11 aprile

Informazioni: segretariato ASI Ticino Chiasso. Tel. + 41 91 6822931

CALENDARIO ATTIVITÀ ASI-SBK SEZIONE TICINO

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

DATA	CORSO	TERMINE ISCRIZIONE	ANIMATORE	PARTECIPANTI	LUOGO
4 MAGGIO 2017	MOVITIVARE II LIVELLO	03.04.2017	NADIA FERRARI GRANDI	operatori ramo sanitario che hanno seguito il primo livello	Bellinzona
5 MAGGIO 2017	TRASCURARE EMOTIVAMENTE L'ANZIANO: UNA FORMA DI MALTRATTAMENTO O UNA DIMENTICANZA GIUSTIFICABILE?	03.04.2017	ALFREDO BODEO	operatori ramo socio-sanitario	Giubiasco
8 MAGGIO 2017	APPROCCIO ALL'INCONTINENZA	05.04.2017	CRISTINA TRETER DE LUBOMIERZ	operatori ramo sanitario	Chiasso
10 MAGGIO 2017	LA GESTIONE DEI FAMILIARI IN CASA PER ANZIANI	10.04.2017	CHRISTIAN MUSSO	infermieri assistenti geriatrici operatori sociosanitari	Giubiasco
11 – 12 MAGGIO 2017	RIFLESSOLOGIA DEL PIEDE: ORGANI DI SENSO	10.04.2017	ANTONIO MAGLIO	operatori ramo sanitario con formazione base in riflessologia	Bellinzona
12 MAGGIO 2017	CURA ENTERO – UROSTOMIE	10.04.2017	GIOVANNA ELIA	infermieri assistenti geriatrici	Lugano
15 MAGGIO 2017	LA POLIFARMACOTERAPIA FATTORE A RISCHIO DI CADUTA NEGLI ANZIANI: L'IMPORTANZA DELL'OSSERVAZIONE COSTANTE	12.04.2017	MORENA GENERELLI	infermieri assistenti geriatrici	Chiasso
18 – 19 MAGGIO 2017	TRAINING ASSERTIVO	12.04.2017	VINCENZO SANTORO	operatori ramo socio-sanitario	Mendrisio
22 MAGGIO 2017	"ATELIER DI PRATICA" IN CURE PALLIATIVE: ASSISTENZA SPIRITUALE DI BASE, VALUTAZIONE E INTERVENTI	17.04.2017	GIOVANNI SALA SILVIA WALTHER VERI	infermieri assistenti geriatrici operatori sociosanitari	Lugano
29 – 30 MAGGIO 2017	LA SUPERVISIONE DI EQUIPE	26.04.2017	MARIANO CAVOLO	aperto a tutti	Chiasso
1 – 2 GIUGNO 2017	RIFLESSOLOGIA E DIGITOPRESSIONE DELLA MANO	02.05.2017	ANTONIO MAGLIO	operatori ramo sanitario con formazione base in riflessologia	Bellinzona
6 GIUGNO 2017	MALTRATTAMENTI, COERCIZIONE E BIENTRAITANCE	03.05.2017	MAURO REALINI	infermiere/i operatori sociosanitari aiuto infermieri operanti in case anziani, istituzioni sociosanitarie, servizi aiuto domiciliare	Lugano
8 – 9 GIUGNO 2017	LA GESTIONE DELLO STRESS	08.05.2017	VINCENZO SANTORO	operatori ramo socio-sanitario	Bellinzona
12 GIUGNO 2017	ARTE TERAPIA: APPROFONDIMENTO	10.05.2017	ROBERTA PEDRINIS	operatori ramo socio-sanitario che hanno seguito il primo livello	Bellinzona
12 – 13 GIUGNO 2017	LA COMUNICAZIONE NELLE RELAZIONI DI CURA – SECONDO LIVELLO	10.05.2017	BARBARA SANGIOVANNI	operatori ramo sanitario che hanno seguito il primo livello	Novazzano

Sezione Ticino
SBK
ASI

EDUQUA
SCEF 034

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