



info

Periodico d'informazione sulle attività dell'associazione svizzera infermiere/i
Allegato alla rivista "Cure infermieristiche" N.9/07

Sezione Ticino
Settembre 2007 - n. 3

**Spitex pediatrico
del canton Zurigo**

**Il suicidio assistito
e il disagio del curante**

Riabilitazione sessuale nei cardiopatici

**Calendario attività ASI-SBK
Settembre-Dicembre 2007**

www.asiticino.ch



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

Allegato alla rivista
"Cure infermieristiche" 09/07

Segretariato ASI

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

Redazione

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

Supervisione

Pia Bagnaschi

Grafica e stampa

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

SOMMARIO

Settembre 2007 - n. 3

3 Editoriale

Approfondimenti

- 4** Il suicidio assistito e il disagio del curante
(Daniela Tosi-Imperatori)
- 7** Luciano ha potuto vivere e morire a casa sua
(Sandra Bach, Bea Blaser)
- 10** Riabilitazione sessuale nei cardiopatici
(Maja Keller-Gysi)

Informazioni

- 14** Cardio Centro Ticino - II° Congresso infermieristico
- 15** Corso Centro Alchemilla e AEOUC
Modifica degli statuti

Agenda

- 16** Calendario attività ASI-SBK sezione Ticino

In copertina foto Hanspeter Baertschi

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

Il suicidio assistito? Affare anche degli infermieri...



“Scegliere la propria morte in una società in cui la fatalità e il caso lasciano il posto al controllo degli eventi da parte dell’individuo, entra oggi nel dominio del possibile”. È su questo finale dell’articolo proposto dall’autrice Daniela Tosi-Imperatori, che vorrei iniziare questo editoriale, sentendomi di dire che si può entrare nel dominio del possibile solo a determinate condizioni.

Il suicidio assistito, così come il suicidio in generale, non è un tema facile per nessuno, neppure per i curanti. Molti dibattiti e riflessioni in merito vengono affrontati da teologi, etici, filosofi, psicologi e dalla società in generale. Senza cadere in semplificazioni, direi che un aspetto in particolare riguarda i curanti: semplice, noto a tutti e facilmente comprensibile, ma di davvero difficile attuazione: la relazione.

Perché quando ci si trova di fronte alla richiesta di desiderio di morire, d’improvviso è come se calasse il buio, restiamo senza parole e accade che ci ritiriamo. Ed è a questo punto che vengono meno le condizioni di riconoscimento del soggetto delle cure e della sua possibilità di autodeterminazione. Ritirarsi significa uscire dalla relazione.

È solo mantenendo la relazione che si riconosce l’altro, questo non significa accettare tutto, ma consente forse di comprendere e di non lasciare sola la persona. L’esserci diventa un luogo in cui i bisogni del paziente possono essere espressi ed essere accolti, anche se non necessariamente condivisi.

Il congresso dell’ASI di quest’anno ha posto la relazione in primo piano. Si tratta dello strumento principe degli infermieri. In termini di rispetto dell’utente quale entità distinta e autonoma, può aiutare il suo stesso funzionamento, favorendo e applicando così il concetto di essere fautore delle proprie scelte, anche alla fine della propria vita.

Perché se è vero che non possiamo impedire la volontà del paziente, né tanto meno dobbiamo ingaggiarci in simili azioni, possiamo fare tutto il resto, restando ed entrando in relazione. Ma come? Tentando di vincere le nostre paure e ricorrendo ad un’altra delle nostre specificità che si affianca alla relazione: l’empatia.

L’operatore entra in relazione anche attraverso l’identificazione, che si descrive come un metodo consapevole “per mettersi nei panni dell’altro”, e poterlo fare significa almeno tentare di capire. La capacità di identificazione operativa è frutto di un lavoro di riflessione e di allenamento rispetto ad una capacità di ascolto e osservazione dell’altro. Il fare ed il porsi nella relazione terapeutica acquista una caratteristica fondamentale rispetto alla consapevolezza di sé stessi come curanti e dei relativi riferimenti. Essi si collocano al di sopra e riguardano l’autodeterminazione, la partecipazione, l’autonomia, la responsabilità, essere soggetto delle proprie scelte e della propria vita.

Questi concetti rappresentano delle costanti nella cura e permettono di restare nel dominio del possibile del paziente anche quando, di fronte ad una richiesta come questa, noi infermieri non possiamo e non dobbiamo intervenire.

Buona lettura!
Andreja Rezzonico

Il suicidio assistito e il disagio del curante

di Daniela Tosi-Imperatori
Docente in cure infermieristiche



Foto Bilderbox

nostra società: a questo proposito il Prof. Alberto Bondolfi, teologo e membro della Commissione Nazionale di Etica sostiene che "da una parte lo Stato tenta di prevenire i suicidi causati dallo sconforto attraverso misure di medicina sociale preventiva, d'altra parte non impedisce con la forza il candidato al suicidio a rinunciare alla sua intenzione. Questo stesso Stato non ha statuti che concernono il "diritto al suicidio", ma si limita a prevedere la non punibilità di un'eventuale collaborazione altruistica".

Da un punto di vista etico alcune questioni restano aperte se si considera che il suicidio è una atto

eminentemente individuale, ma la sua realizzazione tocca diverse persone.

Esso pone problemi etici ad almeno tre livelli:

- 1 il suicidio in quanto tale: l'essere umano ha il diritto di mettere fine ai suoi giorni?
- 2 l'assistenza al suicidio: è moralmente giustificabile anche se non è penalmente condannabile purché non sia dettata da motivi egoistici?
- 3 l'assistenza al suicidio e i sanitari coinvolti: la prescrizione della sostanza letale per il medico, e l'assistenza o l'accompagnamento per gli operatori che si trovano confrontati con la situazione pongono un problema etico-deontologico.

Confrontarsi con il progetto di suicidio assistito: dalle difficoltà alle risorse.

Denis Müller, teologo e membro di diverse Commissioni Etiche della Svizzera Romanda a proposito dell'etica del suicidio afferma che "non si può, né da un punto di vista teologico, né da un punto di vista etico, ricusare il diritto libero e personale al suicidio."²

Quando si evoca la questione del suicidio, immancabilmente vi si affianca il tema della religione anche se: "l'uomo tenta di emanciparsi dalle restrizioni religiose e rifiuta l'ingerenza della religione in certi domini come la sessualità, la contraccezione, l'aborto e ora ugualmente nella gestione della fine della vita."³

Il personale curante tende a considerare un progetto di suicidio come un progetto di morte e

Una riflessione, ad ampio raggio, attraverso considerazioni morali ed implicazioni etiche e i loro risvolti emozionali, in una prospettiva d'aiuto per i curanti e per gli assistiti.

Il suicidio assistito: un dibattito d'attualità.

Il tema del suicidio assistito (di seguito SA) è diventato argomento di discussione in diversi consessi e non solo in ambito sanitario; i cambiamenti sociali odierni ci pongono di fronte ad interrogativi legati all'inizio e alla fine della vita ai quali si tenta di dare delle risposte, o che quantomeno obbligano chi si sofferma nella riflessione, a confrontarsi con i propri valori e quelli altrui che, se divergenti, possono suscitare lunghi e ferventi dibattiti.

Questo apporto pone l'accento sul vissuto del personale curante dei vari istituti confrontato con questo delicato argomento.

Quali sono i problemi etici che incontra chi presta assistenza quotidiana allorché è confrontato con una domanda di suicidio assistito, quali i valori in gioco e quale è il ruolo del curante in un progetto di SA?

Sono queste le domande più frequenti che scorrono nella mente di chi si interroga sul soggetto. La questione non può prescindere dal suicidio in quanto tale e dall'ottica in cui ognuno si pone per affrontare questo argomento.

È interessante osservare l'ambivalenza della



Quando si evoca la questione del suicidio, immancabilmente vi si affianca il tema della religione.

¹ BONDOLFI Alberto *L'aide au suicide: quelques considérations éthiques dans le contexte suisse*, Bioetica Forum, NO 43, dicembre 2004, p. 2-4.

² MULLER Denis, *Quelques aspects religieux et éthiques de l'euthanasie active directe*. Revue médicale de la Suisse romande 121, 2001, p. 159-160.

³ SOBEL Jérôme, *Point de vue sur l'assistance au décès*, Revue médicale de la Suisse romande no 121, 2001, p. 163-164.

dunque come uno smacco, una sconfitta. Il curante, sovente, non sa come rispondere alla persona che esprime il desiderio di mettere fine ai suoi giorni; teme di dover affrontare l'argomento, poiché si sente sprovveduto di fronte allo sconforto del paziente, e ha paura che una discussione possa accrescere la sua tristezza e dunque il suo desiderio di morte. Patrice Croquette rileva che quest'attitudine fa capo a una credenza erronea: "...la paura di far nascere l'idea del suicidio, il timore di non saper gestire la situazione, la paura delle reazioni del paziente, o una certa esitazione a parlare di un soggetto tabou, sono tra i fattori all'origine del timore dei curanti di parlare del suicidio"⁴.

Descrivere un progetto di suicidio come un progetto di morte può risultare scorretto. La persona non sceglie necessariamente la morte, ma sceglie una vita più corta: la morte è certa in ogni caso. La persona sceglie una qualità di vita che si iscrive in una traiettoria finale più corta nel periodo finale della vita.

In termini di prevenzione, il dialogo non può che essere benefico per il paziente, e non costituisce in nessun modo una forma d'incitazione al passaggio all'atto. Ma, sfortunatamente, il curante che si sente maldestro nel gestire tale situazione, che ha paura di rispondere in modo inadeguato corre il rischio di sentirsi responsabile per non aver saputo trovare le parole indicate per impedire l'ideazione di un progetto di suicidio. Il curante ha bisogno di condividere il proprio disagio e di essere sostenuto. I bisogni psicologici non riconosciuti dei curanti, siano essi dopo il suicidio di un paziente o in seguito a un altro stress professionale maggiore, possono avere conseguenze importanti sulle future prese in carico nell'assistenza. Lo smacco che rappresenta il suicidio, se non è controllato, può generare nuovi smacchi professionali.

L'infermiere specialista clinico, formato per la supervisione, è un apporto significativo nella gestione di queste situazioni. Il suo lavoro dovrà favorire la possibilità di verbalizzare, di condividere i sentimenti che concernono l'aggressione che rappresenta il suicidio per i valori professionali e personali dei curanti.

La formazione e lo sviluppo di competenze: un impegno etico.

Il comportamento adeguato del curante, la sua capacità di dialogo con la persona che esprime il desiderio di suicidarsi, sono primordiali nell'accompagnamento di costei. Questa apertura alla discussione, intrisa di rispetto, di ascolto, in uno spirito di non-giudizio può portare un reale

solievo al paziente che può in tal modo esprimere liberamente le sue ragioni, la sua tristezza, la sua collera, il suo desiderio che tutto finisca. È perciò essenziale includere delle formazioni per tutti coloro che intervengono e che sono chiamati ad occuparsi di queste persone.

G. Goda, nel suo articolo sul suicidio in età avanzata, non soltanto preconizza il dialogo in queste situazioni, auspicando l'acquisizione di competenze che ciò implica per i curanti, ma vede ugualmente un impegno etico della società nei confronti delle persone anziane che intendono mettere fine ai loro giorni: "l'azione propriamente preventiva del suicidio nelle persone anziane si realizza con il dialogo che permette di affrontare e di elaborare conflitti patologici in un clima rassicurante."⁵ E ancora: "la prevenzione efficace del suicidio nelle persone anziane presuppone un bagaglio di conoscenze significative da insegnare e esperienze trasmissibili nel quadro della formazione clinica. L'obiettivo di questa sensibilizzazione e lo sviluppo della competenza per meglio gestire una crisi suicidale dell'anziano rappresenta ugualmente una certa forma di impegno etico nella nostra società nei confronti della persona anziana".

Sostenere i curanti.

Le richieste di questa pratica negli istituti di cura risultano rare, ciò potrebbe in parte spiegare il motivo per cui il personale non sembra sentirsi sufficientemente informato e preparato⁶.

Nel momento in cui il professionista si trova direttamente confrontato con tale situazione emerge l'urgenza della gestione dei sentimenti e delle emozioni che hanno un peso gravoso sulle spalle del curante. Sentimenti di tristezza, impotenza, frustrazione, colpa, o di negazione e rifiuto della scelta vanno raccolti e discussi in seno al gruppo. Il legame affettivo che si crea tra il paziente e il curante viene interrotto bruscamente nello stesso modo di una morte naturale, ma il lutto è più difficile. Le reazioni emotive possono essere forti se non violente di fronte a una persona che domanda di suicidarsi. Ciò non deve sorprendere poiché il suicidio rimane un atto violento. "Il suicidio resta insomma una tragedia"⁷. A livello professionale il conflitto di valori risiede nello spostamento dal valore della beneficenza verso il valore dell'autonomia, dato dall'evoluzione della società che tende verso una maggiore tolleranza e rispetto della libertà individuale. L'implicazione per il curante diventa allora estremamente problematica poiché una domanda di suicidio assistito va contro la missione primaria della professione.

Nel 2001 l'ASI in una dichiarazione congiunta

La persona non sceglie necessariamente la morte, ma sceglie una vita più corta: la morte è certa in ogni caso.

⁴ CROQUETTE Patrice, *Risques suicidaires et soins infirmiers en milieu hospitalier*, Cahier psychiatriques, No 18, 1995, p. 132.

⁵ GODA Gorge, *Le suicide à un âge avancé*. Cahier Psychiatriques Genevois, No 16, 1994, p. 168.

⁶ F. Matt, Y. Stoudmann, D. Tosi, E. Sorg ASSISTANCE AU SUICIDE EN EMS ET A DOMICILE, Mémoire CEFEC 2005, pag. 23

⁷ Bondolfi Alberto: L'AIDE AU SUICIDE: quelques considérations éthiques dans le contexte suisse, Bioetica Forum, No 43, dicembre 2004.

con la FMH afferma che il suicidio assistito non fa parte della missione delle cure infermieristiche, promuovendo per contro le cure palliative. Alcune linee guida suggeriscono ciò che va considerato per prepararsi al confronto con tali richieste e tali pratiche. Questi suggerimenti sono relativi alle conoscenze che tale pratica comporta, alle riflessioni sui valori individuali del paziente, ma anche a quelli del curante e sui valori della professione.⁸

Esse tengono conto di tre momenti specifici nella pratica del suicidio assistito:

- la conoscenza del tema prima che una domanda di SA si verifichi,
- suggerimenti per affrontare il momento del progetto e dell'attuazione del SA
- indicazioni per affrontare il post-mortem in seguito a un SA.

Si tratta di costruire quelle conoscenze delle leggi, dei regolamenti e delle filosofie istituzionali che definiscono la possibilità di realizzare un progetto di suicidio assistito.

Ma anche di riflessioni personali, che dovrebbero già far parte della formazione professionale, che ne evidenzino le posizioni di ciascuno rispetto ai valori soggiacenti il tema: il valore della vita, il valore della morte, il valore dell'autodeterminazione, il valore della missione della professione.

Si tratta inoltre di conoscere e saper considerare gli elementi che entrano in gioco a livello profes-

sionale come le direttive anticipate, la capacità di discernimento, o la presa in carico dei familiari.

Conclusioni

Anche se i casi di SA sono poco numerosi, la potenza dei sentimenti negativi che la situazione suscita può innescare un peso considerevole in seno ai gruppi dei curanti: è necessario tenerne conto.

Prima di trovarsi di fronte alla situazione concreta è opportuno prepararsi riflettendo sulla problematica.

Le istituzioni stesse si trovano a volte a disagio di fronte al tema, ma è proprio questo disagio che stimola a mettere in atto alcune strategie di intervento.

Nel caso in cui un'istituzione prevede che i suoi pazienti possano essere accompagnati verso la morte tramite la pratica del SA è importante offrire un sostegno specifico alle équipes che partecipano, così come ai familiari; non è raro che le persone vicine a colui che decide di suicidarsi si trovino sole ad affrontare questo momento.

Pur se i progressi nel campo delle cure palliative hanno permesso di attenuare le sofferenze, si constata un interesse più marcato per altre questioni legate alla fine della vita. Scegliere la propria morte in una società in cui la fatalità e il caso lasciano il posto al controllo degli eventi da parte dell'individuo, entra oggi nel dominio del possibile. ■

BIBLIOGRAFIA

BONDOLFI Alberto *L'aide au suicide: quelques considérations éthiques dans le contexte suisse*, *Bioetica Forum*, No 43, dicembre 2004, p. 2-4.

CROQUETTE Patrice, *Risques suicidaires et soins infirmiers en milieu hospitalier*, *Cahier psychiatriques*, No 18, 1995, p. 132.

GODA Gorge, *Le suicide à un âge avancé*. *Cahier Psychiatriques Genevois*, No 16, 1994, p. 168.

MATT François., STOUDEMANN Yvette., TOSI Daniela., SORG Emanuelle *Assistance au suicide en EMS et à domicile*, *Mémoire CEFEC* 2005, p. 23-25

MULLER Denis, *Quelques aspects religieux et éthiques de l'euthanasie active directe*. *Revue médicale de la Suisse romande* 121, 2001, p. 159-160.

SOBEL Jérôme *Point de vue sur l'assistance au décès*; *Revue médicale de la Suisse romande* no 121, 2001, p. 163-164.

⁸ F. Matt, Y. Stoudmann, D. Tosi, E. Sorg *ASSISTANCE AU SUICIDE EN EMS ET A DOMICILE*, *Mémoire CEFEC* 2005, pag. 23

Posizione etica ASI (Estratto-traduzione I. Avosti)

Definizione

L'assistenza al suicidio consiste nel procurare all'individuo capace di intendere e desideroso di suicidarsi, i mezzi per farlo. Nelle situazioni di fin di vita, l'assistenza al suicidio si distingue dall'eutanasia attiva e volontaria (richiesta dal paziente) dal fatto che la persona deve essere ancora in grado di portare alla bocca e di ingoiare lei stessa il prodotto mortale (o di iniettarselo).

Posizione dell'ASI

L'ASI argomenta la sua posizione come segue:

- a I pazienti devono essere protetti contro i rischi di abusi e di omicidio.
- b La fiducia che il pubblico ripone nei professionisti della salute e la credibilità della professione intera, devono potersi appoggiare su una dichiarazione senza equivoci della missione primaria delle cure infermieristiche: prevenire la malattia, ristabilire la salute, alleviare la sofferenza fisica e mentale.⁹

c Una linea di condotta professionale definita in modo chiaro è una protezione e una guida sia per le infermiere tentate di accedere alla domanda del paziente sia per quelle che non possono accettare l'idea del suicidio.

d Sul piano pratico, l'aiuto al suicidio può implicare per un'infermiera degli atti non professionali e anche condannabili: decidere in solitario e in segreto, procurarsi una sostanza senza prescrizione, ecc.

e Nessuno può costringere un professionista delle cure ad un aiuto al suicidio.

Raccomandazioni

Se l'assistenza al suicidio non fa parte della missione delle cure infermieristiche, non si tratta comunque di abbandonare il paziente nel momento in cui chiede un ultimo aiuto ai suoi curanti. Rispondere al desiderio di suicidio del paziente, in quanto professionista, vuol dire continuare ad accompagnarlo e a curarlo con rispetto e senza giudicare la sua decisione e i suoi sentimenti, né quelli dei suoi cari.

Quello che si può fare:

- Ascoltare con attenzione il paziente ed impegnarsi a fare in modo che tutto quello che è possibile sia fatto, o sia messo in atto, per alleviare le sue sofferenze morali e/o fisiche e ogni disagio legato alla sua malattia.
- Condividere con l'équipe quello che si vive di fronte a questa decisione e cercare sostegno.
- Discutere ed esplorare con il paziente e in équipe le possibilità esistenti per fare in modo che la decisione del paziente di morire possa essere realizzata.
- Accompagnare la sua famiglia e i suoi cari
- Chiedere di essere sollevati della responsabilità delle cure date al paziente se queste cure sono troppo pesanti.
- Assistere, se il paziente, la sua famiglia e voi stessi lo desiderate, ai suoi ultimi istanti di vita.

Quello che non si può fare:

Procurare la sostanza mortale, prepararla e metterla a portata del paziente, neanche su delega del medico.¹⁰

⁹ CII code déontologique du CII pour la profession d'infirmière

¹⁰ A questo proposito ricordarsi che il medico non può delegare nulla riguardo una decisione che ha preso a titolo personale e non professionale.

Spitex pediatrico del canton Zurigo Luciano ha potuto vivere e morire a casa sua

di Sandra Bach, Bea Blaser*

L'esempio di Luciano Vassalli illustra che cosa significhi per un bambino gravemente malato o incurabile poter vivere e morire a casa propria e in che cosa consistono le cure.

Luciano è stato seguito da Kispex per sei anni: in un primo periodo in modo terapeutico, poi, negli ultimi mesi, con cure palliative.

L'ospedale pediatrico di Zurigo ci segnala un ragazzino di 9 anni con una granulomatosi settica (immunodeficienza congenita). Luciano è privo di qualsiasi difesa naturale contro batteri e funghi e soffre regolarmente di gravi infezioni e accessi. Deve essere continuamente ospedalizzato per lunghi periodi. Per permettere a Luciano di vivere fuori dall'ospedale, i medici decidono che le infusioni con gli antibiotici e gli altri medicinali via Port a Cath-System possono essere somministrati anche a casa con visite quotidiane del Kispex¹. Fino ad allora Luciano aveva trascorso più della metà della sua vita in ospedale. Grazie al Kispex ha potuto finalmente vivere a casa con la sua famiglia.

Interventi quotidiani

Dopo aver chiarito quali sono le esigenze occorre organizzare le cure a domicilio. A volte l'adattamento del luogo di lavoro alla situazione architettonica, strutturale e familiare può costituire una grande sfida per i curanti. Le infermiere sono costantemente sollecitate per garantire protezione, confort e atmosfera familiare rispettando le regole di igiene. Spesso devono pure dar prova delle loro capacità organizzative e ricchezza di idee.

Tra il Kispex e i medici curanti esiste una stretta e intensa collaborazione. Siccome lo stato di salute di Luciano è sempre instabile, spesso sono necessari quotidiani contatti telefonici per adeguare le prescrizioni. Insieme si stabilisce anche un piano di cura personale per Luciano, nel quale vengono elencati la rianimazione, i medicinali e i loro effetti, eventuali problemi, i desideri di Luciano e della sua famiglia e numeri di telefono importanti.

Da anni il Kispex esegue interventi giornalieri

presso Luciano per la somministrazione di infusioni e diversi medicinali. E siccome Luciano è una persona attiva, il Kispex interviene anche in luoghi insoliti: all'opera durante un suo concerto (una raccolta di fondi a favore del Kispex), alla presentazione dei suoi libri, durante la corsa per sponsorizzare il Kispex, ecc. Anche i genitori vengono assistiti dal Kispex e delucidati su particolari procedure terapeutiche, ad esempio su come possono somministrare ossigeno al figlio. L'équipe curante di Luciano si riunisce a scadenze regolari. In questo modo si garantisce una cura unitaria e si elaborano eventi difficili.

Nella primavera 2006 le condizioni di Luciano peggiorano. Segue un periodo in cui la speranza di un miglioramento si alterna con il peggioramento delle sue condizioni, accompagnate dal timore che non riesca a farcela. Dopo molti colloqui tra Luciano, la sua famiglia e i medici appare chiaro che non esiste più la speranza di una guarigione e si tratta di garantire a Luciano una buona qualità di vita affinché possa organizzare attivamente il tempo che gli rimane.

In questo lungo periodo abbiamo avuto modo di scoprire la forte personalità di Luciano, che è servita da stimolo a tutti. Luciano: *"Ho imparato a vivere con la mia malattia. La mia vita ed io siamo diventati amici."* Per lui la sincerità è molto importante. Già da bambino si è sempre confrontato con la morte. Chiede all'infermiera di stargli vicino quando avrà forti dolori o quando morirà. Nel 2001 aveva dipinto un albero della vita e aveva commentato: *"Questo è un albero della vita con due serpenti, due scorpioni velenosi e una lucertola velenosa. L'albero è in pericolo e potrebbe essere avvelenato in qualsiasi momento e morire. Tutto potrebbe improvvisamente finire anche se è molto bello e ha molto coraggio."*

Luciano ha sempre più disturbi fisici. La sua mente è molto attiva, ha molti progetti e una grande sete di vita, vuole fare e sperimentare molte cose – tuttavia è sempre più limitato dal suo corpo. Afferma in tutta chiarezza: *"Mi scoccia! Così non è più divertente! Sono stanco."* Per i suoi familiari il fatto che potrebbe morire presto è difficile da accettare. Le fasi di rivolta, tristezza e accettazione vengono comprensibilmente vissute in modo diverso. Luciano sente le tensioni attorno a lui. Vuole prendere una decisione per sé stesso. Le infermiere del Kispex accompagnano Luciano, rispondono sincera-



foto Dick Vredenburg

Malgrado la sua grave malattia, Luciano ha sempre avuto una grande voglia di vivere

A volte l'adattamento del luogo di lavoro alla situazione architettonica, strutturale e familiare può costituire una grande sfida per i curanti.

¹ Kispex è il servizio di cure pediatriche a domicilio del canton Zurigo



Luciano partecipa attivamente alle sue cure

mente alle sue domande, ascoltano le sue riflessioni e lo sostengono nella ricerca e nel percorso del proprio cammino.

Gioia di vivere, malgrado tutto

Luciano conserva la volontà di organizzare il tempo che gli resta in modo attivo e all'insegna della gioia di vivere, desidera morire a casa e spera in una dolce morte. Luciano: *"Non ho paura di morire, ma di dover restare solo."*

Luciano è contento quando arrivano le infermiere del Kispex, che gli danno sicurezza e strutturano le sue giornate. Grazie al piano di cura Luciano sa esattamente chi viene. Ogni infermiera ha le sue particolarità. Con una discute sui film più recenti, con l'altra parla di cucina e con la terza di eventi naturali. Ovviamente ha le sue preferite, nelle quali nutre particolare fiducia. Con loro parla dei suoi problemi, dei suoi sentimenti e delle sue paure. A seconda delle condizioni di Luciano e del suo stato d'animo, durante le visite regna il silenzio, oppure si chiacchiera di tutto ciò che può interessare un giovane ragazzo, spesso emerge il suo senso dell'umorismo e allora si ride molto.

Assistenza 24 ore su 24

Sandra Vassalli, la mamma di Luciano, sente che Luciano va sempre peggio. A questo punto viene attivato il picchetto telefonico 24 ore su 24. I genitori e Luciano ora hanno la certezza che possono rivolgersi giorno e notte ad un'infermiera e che, se necessario, il Kispex può intervenire sul posto. Ci sono innumerevoli situazioni che possono essere risolte attraverso questo servizio

di picchetto. Un esempio: alle tre di mattina suona il telefono. Luciano e i suoi genitori sono stati svegliati dall'allarme del PCA. Luciano ha paura dei dolori! Sa che non riceve gli analgesici se il PCA non funziona correttamente.

L'infermiera può risolvere il problema al telefono con i genitori. Luciano si tranquillizza e si riaddormenta sapendo di ricevere regolarmente i suoi medicinali. Un'altra sera, alle 8, è lo stesso Luciano che telefona. Da un po' ha dolori che non sono passati neppure con la somministrazione delle dosi di analgesici a disposizione. L'infermiera del servizio di picchetto organizza un intervento d'emergenza per somministrare un analgesico e preparare nuove dosi supplementari. Il controllo sulla scala del dolore mostra che l'indice si è sensibilmente abbassato. Luciano si è rilassato e può perfino di nuovo ridere.

Una propria rilevazione del dolore

Il tema del dolore accompagna Luciano da quando è nato. Siccome fa molto volentieri dei lavoretti manuali e dipinge, realizza il suo proprio barometro del dolore. In questo modo può comunicare a modo suo l'intensità dei dolori. In parte reagisce autonomamente iniettandosi per via sottocutanea Nubain attraverso l'Insuflon o ingerendo analgesici per bocca (medicamenti di riserva, che si trovano in un apposito dispensatore). Nelle fasi di dolori particolarmente acuti si ricorre al PCA (Patient Controlled Analgesia) via Port a cath. Le relative cassette vengono preparate quotidianamente dal Kispex. Questi sistemi offrono a Luciano la massima libertà, responsa-

Nelle fasi di dolori particolarmente acuti si ricorre al PCA (Patient Controlled Analgesia) via Port a cath.

Due settimane dopo la morte di Luciano tutta l'équipe curante si riunisce per riflettere su tutto il decorso, per discutere delle modifiche che potranno essere utili nei prossimi interventi

bilità, migliore qualità di vita e possibilità di partecipare alle decisioni. Luciano impara a conoscere bene i suoi dolori e sa esattamente in quale situazione ha bisogno del PCA e quando ricorrere alla terapia sottocutanea o per bocca.

Il letto come piattaforma

La vita quotidiana a casa dà a Luciano sicurezza e struttura. Luciano: *"Sarebbe brutto vivere l'ultima fase in ospedale. Quelle quattro pareti bianche fanno passare la voglia. Anche a casa mi ritrovo fra quattro pareti, ma da me, nella mia camera. È molto meglio e ho più energia per uscire e fare qualcosa."*

La sua camera è il suo regno, il suo letto un luogo sicuro e protetto. Gli piace rannicchiarsi nella sua coperta e nascondersi sotto. Negli ultimi tempi la sua camera è diventata la piattaforma per le visite. Fino all'ultimo gioca con il suo amico con i videogiochi, costruisce mariolette con una conoscente, guarda la televisione, trascorre un po' di tempo con le sue sorelle e i genitori. Quando se la sente fisicamente va in cucina e si prepara piatti di pasta molto salata, crêpe super sottili o una bistecca ben rosolata. Le sue sorelle condividono le sue giornate, giocano e litigano con il fratello, lo possono vedere in qualunque momento. Gli amici lo possono venire a trovare quando vogliono, anche solo pochi minuti arricchiscono la sua giornata.

Gli ultimi tempi

Più Luciano perde mobilità, più alto diventa il rischio di decubiti e irritazioni cutanee. Riceve un apposito materasso e cuscini. Siccome fa fatica a camminare, si ricorre alla sedia a rotelle. Poiché quando è costipato Luciano ha forti dolori addominali, si controlla regolarmente l'attività intestinale. Si controllano e si curano le mucose della bocca e del naso, che, dovendo ricorrere all'ossigeno, seccano e si irritano facilmente. Si cerca di alleviare i dolori dovuti al raccorciamento dei tendini attraverso dei massaggi. Se necessario si massaggia anche l'addome. Luciano fa capo alla libertà di non assumere più certi medicinali di cui conosce molto bene l'efficacia.

Le ultime vacanze

Per Luciano le vacanze sono sempre state un diversivo molto apprezzato. Per il Kispex ciò significa imballare casse di materiale e prendere contatto con la farmacia della destinazione scelta. Poi si parte, assieme all'infermiera Kispex e a tutta la famiglia. I genitori pagano di tasca propria una gran parte dei costi supplementari. Le ultime vacanze nel giugno 2006 sono molto importanti per Luciano. Può prendere consapevolmente congedo da tutti e da tutto. Vuole vede-

re e vivere ancora una volta il più possibile. Nel frattempo ha bisogno dell'ossigeno, è sulla sedia a rotelle e mangia molto poco. Malgrado ciò di tanto in tanto ha una gran voglia di fare e di vivere.

Le ultime ore

Luciano non sta bene. Ha le mani e i piedi freddi, alterna momenti di sonnolenza e di agitazione. Vuole la mamma vicino a sé. Sandra Vassalli telefona al servizio di picchetto dicendo che il figlio sta male e che vede dei segni premonitori, ad esempio l'albero davanti alla sua camera che sta seccando. Sente che il figlio potrebbe morire, non vuole essere sola e chiede all'infermiera di raggiungerli. Poi si siede accanto al figlio e lo prende fra le braccia. Entrambi sanno che il sostegno del Kispex sta arrivando. Luciano muore fra le braccia di sua mamma. Poco dopo arriva l'infermiera. Trasmette calma e sicurezza alla famiglia e l'aiuta a prendere congedo da Luciano. Quindi si occupa delle ultime cure, lo veste con i suoi abiti preferiti e aiuta nello svolgimento delle formalità del caso. Arriva il medico per constatare il decesso e scrivere il certificato di morte. L'infermiera fa in modo che la famiglia abbia il tempo necessario per congedarsi da Luciano. Luciano resta ancora a casa per i giorni seguenti, nella sua camera, attorniato da tutti gli oggetti che hanno avuto un grande significato nella sua vita. Parenti e amici possono congedarsi personalmente da lui. Su desiderio dei genitori un'infermiera del Kispex sarà presente anche al momento dell'estremo saluto.

Due settimane dopo la morte di Luciano tutta l'équipe curante si riunisce per riflettere su tutto il decorso, per discutere delle modifiche che potranno essere utili nei prossimi interventi e per congedarsi ancora una volta da Luciano. Poco tempo dopo la responsabile prende telefonicamente contatto con i genitori.

Luciano ha lottato 16 anni e si è tranquillamente addormentato nell'arco di quindici minuti a casa sua. Era convinto che dopo la morte avrebbe continuato a vivere. Luciano: *"Quando si muore l'anima diventa disoccupata e deve cercare un nuovo posto di lavoro."* ■

***Sandra Bach e Bea Blaser** lavorano come infermiere diplomate presso il Kispex.

(Questo articolo è stato pubblicato nella versione originale tedesca su "Cure infermieristiche", n.12/2006, p. 13)

Riabilitazione sessuale nei cardiopatici

di Maja Keller-Gysi*



Foto Ute Grabowsky/photothek

Speso dopo un infarto o un intervento al cuore i pazienti sviluppano delle paure che si ripercuotono anche nella loro sessualità. Con la riabilitazione cardiaca i curanti possono fornire informazioni, abbattere miti e aiutare i pazienti ad affrontare le preoccupazioni. Una delle mie teorie infermieristiche preferite è il modello terapeutico integrato di Silvia Käppeli. Mette in relazione aspetti bio-medici delle cure con aspetti psicosociali e spirituali. Stimola i curanti a non orientarsi solo in base alle diagnosi mediche, ma a considerare nelle cure il vissuto individuale e soggettivo dei pazienti e dei loro familiari, cioè la dimensione dell'esperienza (Käppeli 1993). Ma anche noi curanti abbiamo delle zone grigie nella nostra percezione, e il nostro punto di vista soggettivo ci rende difficile vedere le cose nel modo in cui le vede e le sente il paziente.

L'esperienza chiave

È successo a me. Ho avuto un'esperienza chiave con un paziente. Un uomo anziano dopo un'operazione di bypass riuscita mi chiese se poteva prendere il Viagra. Il paziente mi sembrava imbarazzato. Avevo l'impressione che porre questa domanda non era stato facile per lui. Ho pure notato che aveva scelto una tranquilla domenica mattina. Non sapevo che cosa rispondere e gli dissi, come avevo fatto prima in situazioni del genere, di rivolgersi al medico.

Questo fatto si trasformò in esperienza chiave poiché mi resi conto di quanto mi sorprese la domanda di quel paziente. Non potevo immaginarmi che quell'anziano signore avrebbe potuto avere il desiderio di fare sesso e di prendere il Viagra. Avevo giudicato la situazione in base ad una semplice supposizione, una mia idea.

Una corretta percezione

Nello stesso periodo in cui il paziente mi ha posto la sua domanda, avevo letto una frase attribuita ad Albert Einstein in sintonia con la mia esperienza chiave: "La teoria determina ciò che possiamo percepire" – Mi sono detta che se non ho una conoscenza teorica sul tema della sessualità nei pazienti cronici, è difficile percepire i problemi sessuali di questi pazienti. E se la mia teoria consiste nel minimizzare o rendere tabù il desiderio sessuale delle persone malate, ciò non mi permette di considerare realmente le richieste, la prospettiva dei miei pazienti. E non seguo neppure il modello di Käppeli. Da queste riflessioni è nata l'idea del mio lavoro di diploma. Con la mia ricerca volevo elaborare una base di conoscenze che mi permettessero di capire la relazione tra paziente, malattia cardiaca e disturbi della funzione sessuale. Volevo pure trovare una risposta alla domanda sul ruolo che mi spetta quale curante in relazione alla questione "essere uomo/donna". Questo mi ha portato al seguente interrogativo: perché i pazienti cardia-

Se non ho una conoscenza teorica sul tema della sessualità nei pazienti cronici, è difficile percepire i problemi sessuali di questi pazienti

Con la mia ricerca volevo elaborare una base di conoscenze che mi permettessero di capire la relazione tra paziente, malattia cardiaca e disturbi della funzione sessuale.

ci hanno spesso disturbi della funzione sessuale? Come si possono aiutare questi pazienti? In che cosa potrebbe consistere la consulenza sessuale di pazienti cardiaci? Che ruolo ho in qualità di infermiera nella consulenza dei nostri pazienti? Dove sono i limiti, gli interfaccia nei confronti di altri gruppi professionali del team interdisciplinare? Per la struttura del mio lavoro ho usato il modello PLISSIT (vedi riquadro) dell'americano Jack Annon. Ho attribuito i disturbi della funzione sessuale dei pazienti cardiaci secondo la loro complessità ai vari livelli del modello e indicato la collaborazione e gli interfaccia del team interdisciplinare. Sono così giunta alla conclusione che i curanti possono offrire un'ottima consulenza per quanto riguarda i primi due livelli "Permission" e "Limited Information". I due livelli successivi ("Specific Suggestions" e "Intensive Therapy") sono riservati ai medici e agli specialisti.

Il modello PLISSIT

Ora vi presento il modello e i suoi quattro livelli. "Permission" significa, secondo Annon, dare il permesso al cliente. I problemi di cui si parla in questo livello, non sono ancora problemi veri e propri, bensì preoccupazioni, pensieri, che i pazienti si fanno, spesso inutilmente. La soluzione consiste nel fatto che un professionista garantisce al cliente che il suo vissuto e il suo atteggiamento sono assolutamente normali e che non occorre cambiare nulla. In questo senso al cliente viene dato "il permesso". Ad esempio, se a un paziente dopo un infarto al miocardio, che ha mantenuto una normale funzione cardiaca, viene detto che può riprendere la sua attività ses-

conoscenza di base. Nella mia ricerca su questo livello mi sono quindi occupata dei seguenti temi: concetti sessuali, sessualità nelle varie fasi di vita, forme di manifestazioni di disturbi della funzione sessuale, sessualità nella vecchiaia, sessualità nei malati cronici e con difficoltà a parlare della sessualità.

Un concetto sessuale particolarmente interessante è il concetto della sessualità come campo di esperienza, concetto fondamentale di un libro di Buddeberg (Buddeberg 1996). Buddeberg dice che il consulente non deve solo chiedere che cosa non funziona più (concetto della sessualità come funzione corporea), ma soprattutto in che modo il cliente vive la sua situazione. Per me qui sta il punto. Il concetto corrisponde al modello di Kämpeli, dove pure si tratta di considerare il coinvolgimento soggettivo del paziente nelle cure.

Permesso per un colloquio

Nel mio lavoro ho proposto degli interventi per ogni livello del modello PLISSIT. Nel livello "Permission" ho incontrato un problema che Annon non ha considerato. Quale psicoterapeuta Annon parte dal presupposto che i clienti si rivolgono a lui per parlargli delle loro difficoltà sessuali. Da noi la situazione è diversa. I pazienti non vengono per parlare della loro sessualità, bensì perché hanno un problema di salute. La sessualità è un tabù per pazienti, medici e curanti. Per questo al livello "Permission" bisogna abbattere questo tabù, e dare il permesso al paziente di parlare dei suoi problemi sessuali. Inoltre è importante poter valutare il momento opportuno per questo colloquio. Nella riabilitazione cardiaca il colloquio per l'anamnesi può offrire la cornice idonea.

È comunque meglio trovare un luogo opportuno o il momento della dimissione. Quando il tema viene affrontato il paziente ha la libertà di continuare la discussione o di interromperla. È meglio tematizzare la sessualità durante il colloquio, quando il paziente ha già stabilito una certa confidenza. Siccome le difficoltà sessuali sono spesso vissute come fallimenti, è meglio non porre domande riguardanti i sintomi, la perdita di funzioni e problemi, ma piuttosto la soddisfazione o i cambiamenti (Zettl 2000).

In che modo tematizzare?

Nella letteratura si trovano molti suggerimenti su come si può tematizzare la situazione sessuale del paziente: Buddeberg (1996) considera come la più appropriata la seguente domanda aperta inserita nel colloquio di anamnesi: "Come va per quanto riguarda la sua sessualità?" Essa mostra la disponibilità di base del paziente di parlare della sua sessualità. Zettl pro-

Il modello PLISSIT

Un concetto flessibile e semplice

Agli inizi degli anni 70 normalmente i problemi sessuali venivano discussi e curati nell'ambito di una classica psicanalisi, cioè una terapia a lungo termine.

Tuttavia l'americano Jack Annon era convinto che molti problemi sessuali potevano essere risolti più rapidamente e in modo più semplice. Sviluppò un modello a livelli, semplice e flessibile, per la consulenza sessuale, utilizzabile da diversi professionisti del settore sanitario.

In questo modello PLISSIT P significa "Permission" (permesso), LI "Limited Information" (informazione limitata), SS "Specific Suggestions" (suggerimenti specifici) e IT "Intensive Therapy" (terapia intensiva). Ad ogni livello aumentano le esigenze tecniche e temporali nei confronti dei consulenti. Ogni consulente decide fino a che livello può e vuole seguire i suoi clienti.

suale abituale senza precauzioni e senza limitazioni, si tratta di una consulenza a livello di "Permission".

Affinché si possa offrire una consulenza a questo livello, cioè affinché si possa dire al cliente che non si deve fare problemi, si deve avere un'idea di che cosa è normale in ambito sessuale e dove risiedono i limiti del patologico. Occorre una



foto Bilderbox

pone il seguente approccio: "La sua malattia ha avuto delle ripercussioni sulla sua sessualità?" McInnes (2003) ritiene che il paziente dovrebbe capire qual è il nesso delle domande con la sua situazione. La domanda potrebbe essere così formulata: "Chiedo sempre ai pazienti come va la loro relazione e la loro sessualità, poiché le malattie e certi medicinali possono cambiare la sessualità. Come vanno le cose da questo punto di vista?"

"Limited Information" significa, secondo Annon, fornire al cliente informazioni limitate. A questo livello il cliente ottiene informazioni specifiche, tecniche sui suoi problemi personali. Annon sottolinea che si deve informare in modo limitato poiché informazioni generali, esaustive sul tema influenzano raramente l'attitudine del cliente nei confronti del suo problema. Tuttavia affinché si possa informare in modo limitato occorre capire esattamente il cliente e la sua situazione. E il ciclo si richiude. Riprendiamo di nuovo Käppeli, che dice che nelle cure bisogna considerare gli aspetti psicosociali e spirituali, e Buddeberg, che parla del concetto della sessualità come campo di esperienza. Per Annon l'offerta sta nella parola "limited" (limitato). Si tratta di capire lo stato d'animo del cliente, la sua esperienza soggettiva e unica dell'"essere nel mondo".

Che cosa ci aiuta a rilevare e a capire il vissuto soggettivo, lo stato d'animo del paziente? In che

modo possiamo educare la nostra presa di coscienza in proposito? Si tratta di un procedimento simile al cerchio ermeneutico. Il cerchio ermeneutico dice: per capire il singolo elemento, occorre capire il tutto. Ma affinché possiamo capire il tutto, dobbiamo capire il singolo elemento.

In altre parole: per poter capire il vissuto soggettivo del paziente dobbiamo capire i retroscena di una malattia cardiaca e viceversa. Sapendo ciò, la nostra teoria ci aiuta quindi a interpretare e a capire quello che in pratica viviamo con il paziente. D'altra parte attraverso ciò che veniamo a sapere e riflettiamo nella pratica porta ad una maggiore comprensione del tutto. La nostra teoria consiste quindi nelle nostre conoscenze teoriche e pratiche e contribuisce a determinare ciò che possiamo percepire e osservare.

Il superamento è fondamentale

Nel capitolo "Limited Information" era importante per me capire in che contesto si manifestano le malattie cardiache e come vengono elaborate. Mi sono quindi concentrata sui seguenti temi: la manifestazione e i retroscena della malattia coronarica, il superamento dell'infarto cardiaco e il relativo intervento chirurgico, i miti sessuali e il loro superamento.

Mi sono così resa conto che molti disturbi della funzione sessuale nei pazienti cardiaci hanno a che fare con il concetto infermieristico di superamento. Molti pazienti sviluppano paure e depressioni. Queste danno origine ad un atteggiamento che porta ad evitare l'ostacolo. Viene evitato tutto ciò che sollecita il cuore, che lo affatica e quindi, nell'immaginario del paziente, che potrebbe causare delle complicazioni. Familiari apprensivi favoriscono ulteriormente questo sviluppo negativo. Nell'ambito della sessualità questa problematica del superamento si esprime attraverso il mito della morte improvvisa per amore, l'idea diffusa che i malati cardiaci durante l'atto sessuale potrebbero morire per un improvviso arresto cardiaco provocato dallo sforzo fisico e l'eccitazione emotiva. L'intervento centrale a questo livello consiste quindi nel sostenere il paziente nel superamento della sua malattia cardiaca. Infatti se il paziente riesce a superare bene la sua malattia, ha compiuto un importante passo per la sua salute sessuale. L'informazione e la consulenza mirata dei

Molti pazienti sviluppano paure e depressioni. Queste danno origine ad un atteggiamento che porta ad evitare l'ostacolo. Viene evitato tutto ciò che sollecita il cuore

pazienti nel senso di "Limited Information" è una possibilità per aiutare i pazienti nel superamento di un ostacolo.

Coinvolgere gli specialisti

Nei due primi livelli del modello PLISSIT i curanti possono consigliare bene i pazienti. Nei due livelli successivi è necessario l'intervento di specialisti. "Specific Suggestions" significa, secondo Annon, formulare proposte specifiche al cliente. Gli si propongono misure, una terapia, per la quale deve dare il suo consenso. Nel mio lavoro ho inserito in questo livello i disturbi della funzione sessuale di origine somatica. Nella letteratura la disfunzione erettile nell'uomo è posta in primo piano. Fra le cause figurano l'arteriosclerosi (non delle arterie coronariche, bensì delle più fini arterie del pene), insufficienza cardiaca o effetti collaterali di medicamenti cardiaci. A questo livello occorrono interventi medici, in particolare del cardiologo e l'urologo. Per "Intensive Therapy" Annon intende un approccio intensivo nei confronti della situazione individuale del cliente, la ricerca di una soluzione su misura. In questo livello si offre consulenza a pazienti per i quali le possibilità di consulenze di più basso profilo e semplici, brevi terapie, non hanno dato risultati. Molti consulenti sono confrontati a questo proposito con limiti tecnici e di tempo. È quindi indispensabile coinvolgere gli specialisti.

In base all'esempio della situazione del paziente con ICD (Implantable Cardioverter Defibrillator) ho richiamato l'attenzione su situazioni nelle quali i disturbi della funzione sessuale sono solo una parte di una problematica psicosomatica molto complessa. In questo caso è

necessario intervenire collaborando in modo interdisciplinare.

Maggiore sicurezza nella pratica

Il mio lavoro di diploma ha portato dei cambiamenti nella mia pratica. Le conoscenze che ho potuto acquisire mi danno la sicurezza necessaria per affrontare spesso il tema della sessualità durante il colloquio per l'anamnesi. Mi sono poi occupata intensamente con il tema del superamento e mi rendo conto che la mia presa di coscienza in proposito è diventata molto più differenziata. Posso così entrare meglio in contatto con i pazienti.

Last but not least noi curanti abbiamo pure funzioni inerenti il "managed care". Vedo più cose di prima, affronto possibili problemi, sono però più rapidamente confrontata con i miei limiti d'azione. Faccio allora in modo che i pazienti ricevano il sostegno necessario attraverso colleghi di altri gruppi professionali.

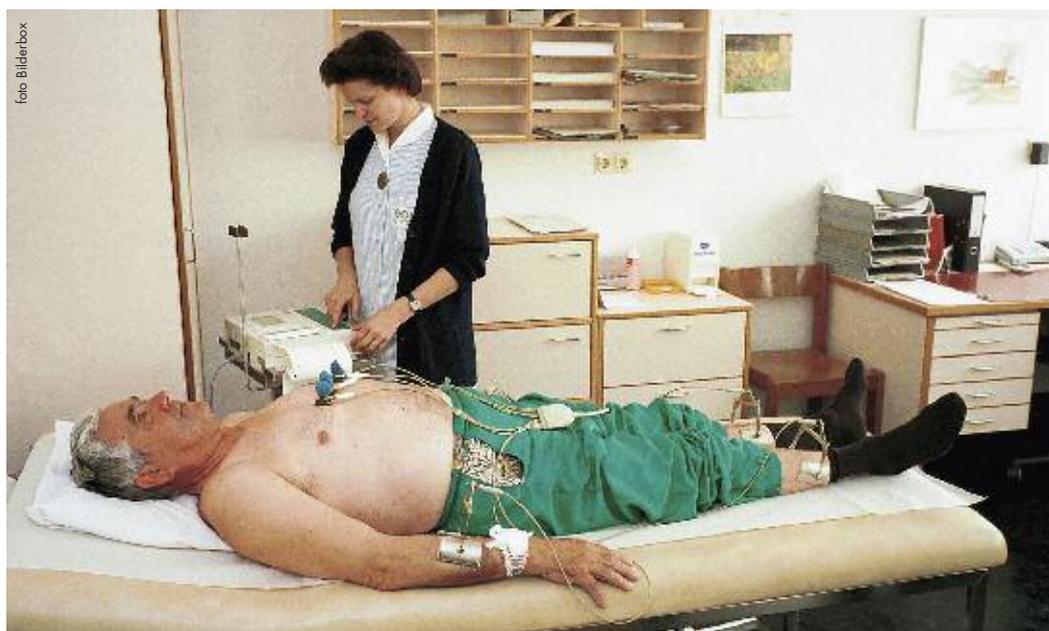
Fonte: "Sexualität und Herzkrankheit", lavoro di diploma liv. I, cure di riabilitazione, centro di formazione ASI Zurigo, 2005.

*Maja Keller-Gysi lavorava come infermiera dipl. liv.I. Ora è vice-responsabile del centro Spitex Hottingen a Zurigo. Contatto: keller-gysi@bluewin.ch

Questo articolo è stato pubblicato in lingua tedesca su *Cure infermieristiche*, n.3/2007, p.18

BIBLIOGRAFIA

- Annon, Jack S. (1974): *The Behavioral Treatment of Sexual Problems*, Volume I: Brief Therapy, Kapiolani Health Services Honolulu.
- Buddeberg, Claus (1996): *Sexualberatung. Eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater*. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage.
- Käppeli, Silvia (hrsg.) (1993): *Pflegekonzepte: gesundheits-, entwicklungs- und krankheitsbezogene Erfahrungen*, Hans Huber Verlag Bern.
- McInnes, Rosemary A. (2003): *Chronic illness and sexuality*, MJA, Jg. 179 (5), p. 263-266.
- Zettl, Stefan (2000): *Krankheit, Sexualität und Pflege. Hilfestellungen für den Umgang mit einem Tabu*. Verlag W.Kohlhammer.





II° Congresso infermieristico

Dalla valvulopatia alla sostituzione di una valvola cardiaca, ...un percorso tutto ticinese

Sala ARAGONITE, MANNO, Lugano, sabato 1 dicembre 2007

08:30 – 08:45	Registrazione	
08:45 – 09:00	Introduzione	<i>T. Moccetti</i>
		<u>Moderatori:</u> <i>T. Cassina</i> <i>P. Rusca</i>
09:05 – 10:50	Valvulopatie cardiache	<i>G. Pedrazzini</i>
10:00 – 10:30	Pausa Caffè	
10:30 – 10:50	Sintomatologia della disfunzione valvolare	infermieri
11:55 – 11.35	Quali esami per valutare la funzionalità delle valvole cardiache	<i>Dr. Faletra</i>
11:40 – 12:00	Preparazione agli esami di diagnostica	infermieri (Day hospital) (Eco TE, coronarografia, TAC...)
12:00 – 13:15	Pausa Pranzo	
		<u>Moderatori:</u> <i>S. Bernasconi</i> <i>P. Deelen</i>
13:15 – 13:30	Preparazione infermieristica all'intervento di sostituzione valvolare	infermieri reparto
13:35 – 14:40	Sostituzione valvolare; implicazione anestesologiche e chirurgiche	<i>R. Mauri</i> <i>F. Siclari</i>
14:45 – 15:15	Pausa Caffé	
15:15– 15:40	La circolazione extra-corporea (CEC)	Cardiotecnico
15:45– 16:05	Il ruolo dell'infermiere anestesista	Infermieri anestesia
16:10– 16:30	Sorveglianza post chirurgia	infermieri CI
16:30	Conclusioni	<i>T. Cassina</i>



Centro Alchemilla
 via Stazione 1 6828 Balerna
 +4191 683 50 28
 alchemilla@acpnet.org
 www.acpnet.org/alchemilla



ASSOCIAZIONE PER L'OMEOPATIA UNICISTA CLASSICA
 della Svizzera italiana

Centro Alchemilla e AOUC
 organizzano il corso

BASI TEORICHE DI MEDICINA OMEOPATICA

Introduzione allo studio dell'omeopatia
 con L. Groth Modenato, omeopata

30 lezioni il giovedì dalle ore 17.30 alle 20.30
 Inizio: giovedì 4 ottobre 2007

Il programma del corso è ottenibile su richiesta,
 telefonando al Centro Alchemilla



Comunicazione ASI Ticino

MODIFICA DEGLI STATUTI DELLA SEZIONE ASI TICINO APPROVATA DALL'ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA DELLA SEZIONE TICINO IL 21 MARZO 2007 E RATIFICATA DAL COMITATO CENTRALE IL 5 LUGLIO 2007, CON ENTRATA IN VIGORE IL 5 LUGLIO 2007

Articolo 19 Assemblea generale ordinaria

2. Il Comitato rende nota con sufficiente anticipo la data dell'Assemblea generale. Le mozioni e le proposte di candidatura dei membri devono essere inoltrate al Segretariato all'attenzione del Comitato almeno 8 settimane prima dell'Assemblea generale.



CALENDARIO ATTIVITÀ ASI-SBK SEZIONE TICINO

SETTEMBRE – DICEMBRE 2007

CORSI – CONFERENZE – ATELIER – ASSEMBLEE

DATA	CORSO	TERMINE ISCRIZIONE	ANIMATORE	PARTECIPANTI	LUOGO
18 – 19 – 20 SETTEMBRE 2007	KINESIOLOGIA: TOUCH FOR HEALTH I	20.08.2007	Marlène Scalisi	aperto a tutti	Bellinzona
28 SETTEMBRE 2007	QUANDO PRENDERSI CURA DEI NOSTRI PAZIENTI PUÒ TRADURSI NEL DOVERCI PRENDERE CURA DI NOI STESSI: LA SINDROME DEL BURNOUT NELLE PROFESSIONI SOCIALI	27.08.2007	Alfredo Bodeo	operatori del ramo socio sanitario	Stabio
11 – 12 OTTOBRE 2007	AUTOSTIMA E FIDUCIA IN SE STESSI	10.09.2007	Vincenzo Santoro	operatori del ramo socio sanitario	Stabio
17 – 18 – 19 OTTOBRE 2007 7 – 8 – 9 GENNAIO 2008 1 – 2 APRILE 2008	RIFLESSOLOGIA DEL PIEDE PARTE NEURO MUSCOLARE	17.09.2007	Antonio Maglio	operatori del ramo sanitario con formazione di base in riflessologia	Bellinzona
22 – 23 OTTOBRE 2007	L'ARTE TERAPIA CON IL BAMBINO IN SITUAZIONE DI DISAGIO	24.09.2007	Roberta Pedrinis	aperto a tutti	Lugano
5 – 6 – 7 NOVEMBRE 2007	ANIMAZIONE E CREATIVITÀ CON GLI ANZIANI	08.10.2007	Viviana Altafin Mary Ardia	operatori del ramo socio sanitario	Stabio
8 – 9 NOVEMBRE 2007	QUALE ASCOLTO NEI CONFRONTI DEL PAZIENTE APPARTENENTE AD UN DIVERSO CREDO RELIGIOSO	08.10.2007	Alfredo Bodeo	operatori del ramo socio sanitario	Stabio
13 NOVEMBRE 2007	IMPACCHI E COMPRESSE I LIVELLO	15.10.2007	Lilia Nodari Cereda	operatori del ramo sanitario	Agno
15 – 16 NOVEMBRE 2007	RIFLESSOLOGIA ZONALE DEL VISO	15.10.2007	Antonio Maglio	operatori del ramo sanitario con formazione di base in riflessologia	Bellinzona
19 – 20 NOVEMBRE 2007	LA RELAZIONE COME CURA	22.10.2007	Patrizia Gasparetti	aperto a tutti	Stabio
23 NOVEMBRE 2007	IL BISOGNO DI RELAZIONE DELL'ANZIANO	22.10.2007	Michele Battaglia	operatori del ramo socio sanitario	Stabio
26 – 27 NOVEMBRE 2007	KINESIOLOGIA EDUCATIVA I (EDU – K)	29.10.2007	Marlène Scalisi	aperto a tutti	Bellinzona
4 – 5 DICEMBRE 2007	LABORATORIO "COMICITÀ E SALUTE"	05.11.2007	Sonia Fioravanti Leonardo Spina	operatori del ramo sanitario	Bellinzona
10 – 11 DICEMBRE 2007	IL CONCETTO DI LAVORO IN EQUIPE MULTIPROFESSIONALE	12.11.2007	Mariano Cavolo	aperto a tutti	Stabio
17 – 18 – 19 DICEMBRE 2007	KINESIOLOGIA: TOUCH FOR HEALTH II	19.11.2007	Marlène Scalisi	aperto a tutti coloro che hanno partecipato al seminario "Kinesiologia: touch for health I"	Bellinzona

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