

**Cronaca regionale:**  
**GIIPSI: cure infermieristiche  
a domicilio per i bambini  
della Svizzera italiana**

**Vi è etica nella filosofia  
di cura del *Dr House*?**

**Approfondimenti**  
**Stomaterapia. Il confezionamento  
di una stomia e le conseguenze  
per il paziente**

**Triage  
professionale**  
**Aumenta la sicurezza  
e snellisce il lavoro**

Calendario attività ASI-SBK  
Settembre - Dicembre 2009



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

Allegato alla rivista  
"Cure infermieristiche" 9/09

#### **Segretariato ASI**

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

#### **Redazione**

Isabelle Avosti  
Annette Biegger  
Cristina Treter De Lubomierz

#### **Supervisione**

Pia Bagnaschi

#### **Grafica e stampa**

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

Foto copertina: Pronto Soccorso Ospedale La Carità,  
Locarno (foto: Isabelle Avosti)

## SOMMARIO

Settembre 2009 - n. 3

### **3** Editoriale

#### **Cronaca regionale**

**4** GIIPSI: cure infermieristiche a domicilio  
per i bambini della Svizzera italiana  
(C. Taddei-Zamboni)

**6** Vi è etica nella filosofia di cura del *Dr House*?  
(M. Malacrida)

#### **Approfondimenti**

**7** Stomaterapia. Il confezionamento di una stomia  
e le conseguenze per il paziente  
(C. Treter)

**9** Pronto soccorso. Un triage professionale aumenta  
la sicurezza e snellisce il lavoro  
(Florian Grossmann et al.)

#### **Informazioni**

**12** Lettera orientation 2010 plus

**13** Giornata di studio

**14** Congresso infermieristico

#### **Rubrica**

**15** Invito alla lettura

#### **Agenda**

**16** Calendario corsi

## Il triage... non solo al pronto soccorso ma anche nelle scelte della nostra vita.



Quante volte, durante il percorso della nostra esistenza, siamo confrontati con delle scelte paragonabili ad un triage del pronto soccorso, dove, in pochi attimi, bisogna essere in grado di prendere decisioni importanti che, in alcuni casi, ci cambiano poi l'intera vita. Fortunatamente i curanti lavorano in un team che permette loro di condividere prese di posizione specifiche e mirate con i medici ed altre figure professionali competenti. La buona organizzazione di un servizio importante come il pronto soccorso richiede una documentazione esatta, nei minimi particolari, come pure una chiara comunicazione fra i collaboratori. Questo aspetto è indispensabile perché permette agli infermieri di impartire cure mirate, specifiche e di qualità a seconda delle innumerevoli problematiche con cui si vedono confrontati.

La scelta che deve fare un paziente a cui viene proposto il confezionamento di una stomia, è paragonabile ad un triage, cito fra queste l'accettazione in un caso di emergenza di una stomia, anche se solo temporanea. In questo caso bisogna dare la priorità ad un certo tipo di intervento piuttosto che un altro, cioè: stomia sì o stomia no, con tutte le implicazioni che un intervento o l'altro comporta. Non sempre il paziente è consapevole che la sua scelta può cambiare la sua esistenza ed i suoi ritmi. Desidero ricordare che spesso può essere più duro accettare una stomia protettiva che una definitiva, siccome, fino al momento della ricanalizzazione, il paziente vive nel timore per ciò che succederà dopo l'intervento di ricollegamento del tratto intestinale. Malgrado riceva tutte le informazioni del caso, l'incertezza lo accompagna fino all'ultimo.

Durante il triage, quando il personale curante specializzato deve saper dare la priorità al caso più complesso, vengono prese delle decisioni che possono in seguito influenzare per sempre la vita del paziente e della sua famiglia.

Concludo con la seguente riflessione: nel limite del possibile e stato di salute permettendo, bisogna informarsi bene prima di scegliere un certo tipo di trattamento. In seguito però, vale la pena di mantenere la convinzione sulla propria scelta. Questo pensiero positivo sprigiona dall'essere umano importanti risorse che lo aiuteranno in seguito a superare senza troppi ostacoli i suoi problemi e, si spera, a ritrovare la sua salute.

Vi auguro buona lettura.

*Cristina Treter*

# Associazione GIIPSI

## Cure infermieristiche a domicilio per i bambini della Svizzera italiana

Claudia Taddei-Zamboni

### Che cos'è il GIIPSI

(Gruppo Infermiere Indipendenti Pediatriche Svizzera Italiana)

È un'associazione di infermiere pediatriche che lavorano a domicilio, riunite per promuovere le cure pediatriche a domicilio nella Svizzera italiana e fornire un servizio di coordinamento più veloce ed efficace. Finora infatti, ogni infermiera con libero esercizio lasciava il suo numero presso ospedali e studi medici, lasciando a loro il compito di trovare l'infermiera vicina che non fosse in vacanza o già impegnata. Con il numero telefonico unico della Giipsi 079 / 684 55 57 si facilita ora la reperibilità dell'infermiera più vicina al piccolo paziente. A un anno dalla fondazione del gruppo, si può fare un bilancio più che positivo. Sono stati curati ca. 30 bambini dalle 13 infermiere della Giipsi, sollecitate dalle diverse pediatrie del cantone, dai pediatri e dagli ospedali universitari svizzeri.

### Attività

Le infermiere della Giipsi offrono cure pediatriche a domicilio a bambini con malattie acute, croniche o handicap, sempre su pre-

scrizione medica. Le cure vanno dalla semplice medicazione postoperatoria a iniezioni, infusioni, prelievi, controlli e monitoraggio dei segni vitali, istruzione e sostegno alla famiglia. L'obiettivo è di coprire tutto il territorio della Svizzera Italiana.

### Ricerca di collaboratrici

Per questo motivo si cercano altre infermiere specializzate in pediatria che possano aggiungersi al gruppo, anche con una disponibilità minima, di poche ore la settimana, ma che aiuta tantissimo per darsi il cambio, soprattutto nelle valli lontane dalle città. Può tranquillamente essere un secondo lavoro in parallelo ad un altro principale. L'appello si rivolge anche a quelle infermiere pediatriche che hanno smesso di lavorare, magari per fare le mamme e che avrebbero il tempo per fare qualche cura, sempre secondo la propria disponibilità. Il vantaggio di far parte del gruppo è che si può contare sull'aiuto delle colleghe non solo in caso di sostituzione per vacanze o malattia, ma anche per consigli pratici e sostegno in casi difficili.

La maggior parte delle infermiere della Giipsi lavorano a tempo parziale nelle diverse

**Le infermiere della Giipsi offrono cure pediatriche a domicilio a bambini con malattie acute, croniche o handicap, sempre su prescrizione medica**

### Racconto di una piccola paziente :

Mi chiamo Chiara. Ho una malattia genetica e problemi al cuore. Quando sono nata, i medici mi hanno dato poche ore di vita.

Ma grazie alla mia voglia di vivere e grazie alla mia famiglia che ha sempre creduto in me, oggi sono una bambina di 3 anni allegra e felice.

Alla fine dell'aprile 2008 sono stata ricoverata all'Ospedale Civico per una polmonite e problemi di respirazione. Respiravo grazie all'ossigeno e ricevevo l'antibiotico.

Dopo 2 giorni i miei genitori hanno chiesto di potermi

portare a casa, perché a casa si guarisce meglio e mi mancava tantissimo il mio fratellone.

La nostra richiesta è stata accolta in quanto il mio pediatra si è messo a disposizione per venire a farmi visita a domicilio ogni sera e un'infermiera pediatrica dell'Associazione GIIPSI veniva tutti i giorni. È stata portata al nostro domicilio la bombola dell'ossigeno di cui avevo ancora bisogno.

La presenza dell'infermiera è stato un grandissimo e validissimo aiuto. Teneva sotto controllo la mia situazione e mi prestava le cure necessa-

rie: antibiotico, controllo della saturazione, controllo del cuore, controllo della respirazione, raccontarmi delle storie e farmi tante coccole! Durante la sua presenza, i miei genitori potevano riposarsi, siccome avevo bisogno di cure 24 ore su 24. Finita la fase acuta della polmonite, usufruisco dell'aiuto dell'infermiera per le cure e i controlli che ho bisogno. Ringrazio di cuore la "mia" infermiera per la gentilezza, per l'amore che mette nel suo lavoro e per l'aiuto che dà alla mia mamma e al mio papà.

Chiara

pediatriche del Cantone, cosa che permette loro di tenersi aggiornate sulle novità e accedere alle formazioni, utili per garantire la qualità delle cure.

Inoltre conoscere già in reparto i piccoli pazienti che poi cureranno a domicilio dà molta fiducia alle famiglie ed è sicuramente un grosso vantaggio. Poter dare la possibilità al bambino malato di godere del calore della cerchia familiare e del suo ambiente è un servizio necessario. ■



**Contatti per maggiori informazioni:** Claudia Taddei-Zamboni, (comitato Giipsi)  
Tel: 076/ 566 51 09 - Email: c.taddei@bluewin.ch

## Racconto di un'infermiera ...80 volte a casa di Maxi

**C**ara Maxi,  
domattina parti per Zurigo. Non sai ancora che è l'inizio di una vita nuova!  
Una vita senza la tua canula nel tracheostoma.  
Per un anno ti ha permesso di vivere! Respirando attraverso un tubicino nella gola.  
Per un anno ti ha fatto soffrire tanto.  
Aspirare il secreto, tenerti legata per medicarti e cambiarti il cinturino tutti i giorni, farti venire la nausea per provare a mandare giù anche solo un po' di tè.  
Non sai ancora come sarà bello poter fare passeggiate, giocare liberamente, andare in piscina, mettere la testa nell'acqua, andare al parco giochi...  
Non sai ancora come sarà bello poter....gridare, gridare!  
Come fanno tutti i bimbi quando hanno tolto la canula!  
Al Kinderspital lo chiamano proprio il reparto dei bimbi che gridano.

Gridare forte, provare tutti i suoni... una voce che non avevi mai sentito. La tua voce.  
E proverai a parlare, a chiamare la mamma, il papà e le tue sorelle.  
Quante cose vorrai imparare!  
I versi degli animali. Cantare. E ridere!  
Lo sai già fare, era bellissimo quando ti facevo solletico...ma ridevi solo con gli occhi e le guance.  
Chissà che dolce la tua vocina!  
Una volta tua mamma ti ha sentito cantare, dolcemente, appoggiata al tuo passeggino...rilassata, cantavi! Ti eri tolta la canula per sbaglio, e riuscivi a cantare con un filo di vocina.  
Questa è l'ultima notte che sto qui a farti compagnia.  
A vegliare che tu abbia una buona notte, che respiri bene, che dormi tranquilla senza ferirti o strapparti la canula.  
A sondarti il pasto tramite il

tubicino che ti va dritto nello stomaco.  
Che bello quando imparerai a mangiare, tutti i gusti...la nutella!  
Le notti che ho passato da te, è vero... mi sono pesate perché non ero più abituata a questi turni, ma ho passato anche tanto tempo a pensare e mi ha fatto bene.  
Di giorno c'è sempre da correre, le faccende di casa, i figli, la spesa, il lavoro in ospedale.  
Di notte, qui sola con te...è un momento speciale che mi mancherà.  
Cara Maxi auguro a te, a tutti i bambini e anche ai miei figli di fare una buona vita.  
Circondata da persone buone, da parole buone, da pensieri buoni, da cose buone.  
Le 80 volte in tua compagnia sono state bellissime.

*(una delle tue infermiere a domicilio)*

## Vi è etica nella filosofia di cura del *Dr. House*?

Martina Malacrida\*

L'obiettivo della nostra ricerca è comprendere meglio l'immaginario collettivo dell'esperienza ospedaliera dei pazienti e dei famigliari. Lo strumento che abbiamo deciso di utilizzare sono le serie televisive mediche, in particolare il *Dr. House*.

Perché proprio il *Dr. House*?

Sicuramente per un interesse personale, ma soprattutto per il personaggio: un medico sofferente che zoppica, che si fa di antidolorifici, che rifiuta di portare il camice, che non rispetta le regole e che ha un istinto insuperabile per la giusta diagnosi.

Un eroe "con macchia" diremmo. Insomma quello che affascina lo spettatore è la sua non perfezione, la sua non standardizzazione, la sua non "mediocre" normalità. E poi – e questa è la sua forza più grande – Gregory House soffre. Un medico che soffre e in più a causa di un errore medico, di una diagnosi mancata, arrivata troppo tardi. Questa sua sofferenza lo rende "avvicinabile". Lo spettatore lo sente vicino in quanto malato più che in quanto medico.

Esiste una relazione tra il *Dr. House* e i principi dell'etica clinica<sup>1</sup>?

Ad un primo sguardo si potrebbe affermare che il principio di autonomia è quello che prevale. Però analizzando più in dettaglio le situazioni etiche nel *Dr. House* l'autonomia del paziente non viene presa in grande considerazione, ma potremmo piuttosto parlare di autonomia quasi assoluta di House. Ad esempio: il non rispetto della volontà del paziente di non essere rianimato, espressa attraverso delle direttive anticipate<sup>2</sup>; oppure il non rispetto per il segreto medico<sup>3</sup>.

L'autonomia di House non deve essere vissuta e analizzata solamente come onnipotenza o paternalismo della classe medica, ma piuttosto come il privilegiare un'etica della cura, un'etica delle responsabilità che porta ad in-

nalzare il principio di beneficenza a discapito del principio di autonomia.

Per House il principio di beneficenza equivale all'idea di scegliere per il bene del paziente in funzione della sua guarigione e della sua qualità di vita. House in fondo è dell'idea che è compito del medico scegliere il bene del paziente. Probabilmente House non crede sia possibile per un individuo, in questa determinata situazione di grande vulnerabilità e sofferenza, poter scegliere nel migliore dei modi. Un altro principio molto caro a House è quello di giustizia, di giustizia sociale. House sceglie i casi da seguire in base ai sintomi e non in base ai pazienti. Una volta scelti i casi, tutti i pazienti sono uguali, anzi ha una predisposizione verso i pazienti più "deboli" della società. Non a caso decide di curare, tra gli altri: un condannato a morte<sup>4</sup>, una barbona<sup>5</sup>, una giovane donna disoccupata<sup>6</sup>, una mamma schizofrenica<sup>7</sup>. Però House sembra indifferente al fatto che l'ospedale abbia risorse limitate e che le sue scelte etiche, scelte nell'interesse del singolo paziente, contribuiscono a sottrarre risorse a un altro o forse a molti altri pazienti. Potremmo arrivare a dire che l'idea di giustizia sociale per House è rivolta al singolo paziente, non alla comunità dei pazienti. House si concentra sulla singolarità di ognuno, diciamo piuttosto sulla singolarità dei sintomi di ogni suo paziente.

House non vuole essere l'eroe che salva il mondo, ma solo un medico che salva il suo paziente. ■

\***Martina Malacrida**, ricercatrice scientifica presso l'Istituto di ricerca interdisciplinare in etica clinica e medical humanities dell'EOC.

Questa relazione è stata presentata in occasione dell'Assemblea generale dell'ASI sezione Ticino, svoltasi a Bellinzona lo scorso mese di aprile.



**House in fondo è dell'idea che è compito del medico scegliere il bene del paziente**

<sup>1</sup> I 4 principi di T.L. Beauchamp e J. F. Childress: autonomia, beneficenza/ non maleficenza, giustizia, integrità morale dei curanti. Nella nostra analisi terremo in considerazione solo i primi 3 principi dell'etica clinica.

<sup>2</sup> Episodio 9, serie I (*Rianimazione vietata*).

<sup>3</sup> Episodio 11, serie II (*È meglio sapere*); Episodio 23, serie II (*Chi è tuo padre?*); Episodio 22, serie III (*Dimissioni*).

<sup>4</sup> Episodio 1, serie II (*Accettazione*).

<sup>5</sup> Episodio 10, serie I (*Storie di vita diverse*).

<sup>6</sup> Episodio 20, serie III (*Una lezione per House*).

<sup>7</sup> Episodio 6, serie I (*Il metodo socratico*).

# Stomaterapia

## Il confezionamento di una stomia e le conseguenze per il paziente

di Cristina Treter\*

*Quando l'eliminazione dei liquidi corporei non è più controllabile dal paziente, dopo il confezionamento di una stomia digestiva o urinaria.*

La parola stomia deriva dal greco e significa: "bocca, apertura". Ci sono vari tipi di stomie: le stomie digestive, urinarie, le gastrostomie, le tracheostomie. Fra di esse differenziamo inoltre le stomie temporanee o protettive, da quelle permanenti.

Diverse tecniche chirurgiche portano al confezionamento di una stomia. L'operatore crea un'apertura tramite incisione nella parete addominale esterna, mobilita l'intestino e ne estrae un segmento (ansa), lo rovescia e lo abbozza alla cute dell'addome con dei punti mucocutanei singoli per mantenerlo fisso in superficie.

### L'obiettivo generale rimane una gestione autonoma

Iniziamo dal colloquio pre-operatorio. Esso si svolge con il chirurgo e la stomaterapista, nel caso di intervento elettivo. Questo incontro è di grande aiuto al paziente non solo dal lato informativo ed umano (si stabilisce un primo contatto curante-paziente), ma pure da quello pratico. La stomaterapista in questa occasione sceglie con il paziente un punto dove il chirurgo in seguito confezionerà la stomia. Il marcaggio avviene secondo dei criteri predefiniti. È un aspetto molto importante perché permette in seguito al paziente una gestione autonoma della stomia (stomia visibile, accessibile). Si valuta

anche il suo abbigliamento in modo da evitare, nel limite del possibile, un cambiamento del vestiario, considerando che si dovrà già confrontare con una nuova immagine corporea.

Purtroppo però questo tipo di intervento succede spesso in casi d'urgenza. In queste situazioni non è sempre fattibile informare adeguatamente il paziente. Il chirurgo si vede costretto a procedere per non mettere a rischio ulteriormente la vita del paziente ed evitare altre gravi complicazioni. In queste circostanze, non sempre la stomia si trova in una posizione ottimale, complicandone in seguito la sua gestione. Fortunatamente, di regola, queste stomie non sono permanenti.

### Il compito della stomaterapista

Oltre all'accompagnamento nel periodo post-operatorio, dove il paziente viene istruito ed aiutato nella gestione e cura della sua stomia, la stomaterapista svolge il colloquio informativo collaborando con il medico ed i curanti, coinvolgendo, se il paziente lo desidera, la sua famiglia. Lo scopo di questi incontri è quello di aiutare lo stomizzato a ritrovare la sua autonomia e la sua sicurezza nella vita quotidiana. Svegliarsi dopo un complesso intervento chirurgico e ritrovarsi con una stomia senza nemmeno sapere con esattezza che cosa sia, è un vero shock per il paziente e non dobbiamo sottovalutarlo. Alcuni pazienti all'inizio si rifiutano di guardare il cambiamento sul loro corpo. In questa fase delicata è di fondamentale importanza essere vicino al paziente per aiutarlo ad accettare la nuova situazione, rispettando i suoi ritmi e secondo le sue condizioni generali di salute. Un'informazione chiara e corretta lo tranquillizza e diminuisce la sua paura, rassicurando anche la sua famiglia.

### Un team interdisciplinare

Attraverso cure infermieristiche mirate in stretta collaborazione con un team interdisciplinare che comprende oltre la stomaterapista, il medico, i curanti, la nutrizionista, se fosse il caso lo psicologo, a volte la fisioterapista, il servizio sociale e le cure domiciliari, se richieste, si instaura un sostegno costruttivo con il paziente che gli permette di ritrovare un

Lo scopo di questi incontri è quello di aiutare lo stomizzato a ritrovare la sua autonomia e la sua sicurezza nella vita quotidiana



Foto Domasec

equilibrio con la sua persona e la nuova immagine corporea.

L'essere umano ha tante risorse, nel momento del bisogno affiorano, permettendogli di riprendersi in mano. Per noi curanti è fondamentale valutare le difficoltà iniziali che questo tipo di paziente incontra e non diminuirle. Per esempio, la comunicazione non verbale è un grande aiuto. Attraverso la mimica, il paziente ci trasmette importanti informazioni che non si sente ancora di verbalizzare. Anche la nostra mimica non sfugge al paziente. Specialmente quando, durante il cambio della sacca, l'odore è penetrante. All'inizio egli vive questo momento con grande imbarazzo, paragonabile al paziente che perde il controllo del suo liquido corporeo.

Una parola di conforto onesta, reale, lo aiuta a superare meglio questo confronto per lui sgradevole. Inoltre, può essere uno stimolo per volere apprendere in fretta la gestione autonoma della stomia, se le sue condizioni psico-fisiche glielo permettono.

### Un sostegno mirato

Non va dimenticato che spesso questi pazienti sono confrontati oltre alla stomia, con la diagnosi di un cancro. Pertanto, nella nostra funzione di curanti, non dobbiamo scordarci del fardello che pesa sul paziente e la sua famiglia. Non da ultimo, dopo la dimissione certi pazienti iniziano dei trattamenti di radioterapia o chemioterapia. Un peso notevole da elaborare. Il nostro compito, in stretta collaborazione con il medico, è proprio quello di dimostrare la nostra presenza, la nostra comprensione ed insieme programmare la dimissione in modo mirato ed adattato al singolo individuo ed alla sua casistica.

Durante gli incontri ambulatoriali in stomaterapia proposti al paziente dopo la dimissione, tutti questi aspetti vengono nuovamente discussi ed elaborati con il paziente e la sua famiglia, coinvolgendo, dove è necessario, il medico. La stomaterapista si occupa inoltre di consigliare il paziente riguardo al materiale da utilizzare più idoneo al suo tipo di cute e stomia. Si esercita con il paziente mostrandogli utili trucchi del mestiere. Lo mette al corrente delle istituzioni presenti sul territorio in grado di fornirgli eventuali sostegni, quali il gruppo d'interesse per pazienti stomizzati e le loro famiglie (ILCO), come pure la Lega contro il Cancro.

### La carta dei diritti

Il reinserimento professionale, quindi nella società, la possibilità di tornare a praticare lo sport, eccetto quelli estremi, suggerimenti pratici nel caso desiderasse intraprendere un

viaggio, lo stoma-pass che contiene informazioni in merito al tipo di stomia ed al materiale in uso, nel caso di un ricovero fuori Cantone o all'estero, tutti questi aspetti rientrano nei diritti del paziente stomizzato. La carta dei diritti è stata creata in collaborazione con la IOA (International Ostomy Association). È pertanto obiettivo essenziale dell'Associazione delle Stomaterapiste che tutti i pazienti con una stomia permanente o temporanea siano aiutati a ritrovare una qualità di vita soddisfacente, dopo questo tipo di intervento. Questa regola è valida in tutti i paesi del mondo.

Oggigiorno le tecniche chirurgiche hanno visto una grande evoluzione. Questo ci permette di evitare che il paziente viva la stomia come una mutilazione. Auspicabile per un percorso riabilitativo competente e professionale, rimane la stretta collaborazione dei Curanti nelle loro varie funzioni, in modo da poter garantire ai pazienti una continuità delle cure nel rispetto e nella trasparenza.

La stomia non deve isolare colui che la porta, tanto meno deve rimanere un tabù. Il dialogo, l'ascolto, la comprensione come pure il sostegno individuale agevolano l'accettazione della nuova situazione e delle sue sfide. Dopo ogni tramonto, segue una nuova alba, l'impossibile diventa possibile, la paura si trasforma in fiducia e nuova voglia di vivere.

\***Cristina Treter**, infermiera in cure generali, specializzata in stomaterapia e consulente dell'incontinenza presso l'Ospedale Civico e Italiano di Lugano. ■

**Una parola di conforto onesta, reale, lo aiuta a superare meglio questo confronto per lui sgradevole**



foto Donsac

# Pronto soccorso Un triage professionale aumenta la sicurezza e snellisce il lavoro

di Florian Grossmann et al.\*

*Al pronto soccorso sono spesso i curanti che stabiliscono i primi contatti con i pazienti. Adeguati strumenti di triage permetterebbero loro di valutare l'urgenza degli interventi conferendo maggiore professionalità e sicurezza alle loro decisioni. Presso l'Ospedale universitario di Basilea è stato introdotto un processo di triage standardizzato che va in questo senso.*

È un venerdì pomeriggio, due pazienti arrivano al pronto soccorso: una donna ha un'eruzione cutanea pruriginosa, manifestatasi dopo il pranzo; un ragazzo ha un panno inzuppato di sangue avvolto attorno alla mano sinistra. Chi deve essere curato per primo?

Per i curanti del pronto soccorso situazioni di questo tipo fanno parte della routine quotidiana ed è chiaro che il principio "first come – first served" non vale. La priorità viene data ai pazienti con problemi di salute che mettono la vita in pericolo. Tuttavia questi problemi non sono sempre riconoscibili a prima vista. Nella maggior parte dei casi sono i curanti che stabiliscono i primi contatti con i pazienti, valutano l'urgenza del problema e stabiliscono quindi l'ordine degli interventi. Questo processo è chiamato triage.

## Affidabilità e validità

Il triage svolto dai curanti è un concetto noto in tutto il mondo nell'assistenza ai pazienti in

pronto soccorso (Krey, 2007). Le decisioni inerenti il triage sono ben motivate se vengono prese in modo sistematico e coerente e se tutti gli interessati parlano la stessa lingua. Per garantire la congruenza delle decisioni tra i vari attori sono stati sviluppati degli strumenti di triage, grazie ai quali, per mezzo di criteri obiettivi, si può stabilire l'urgenza degli interventi. Gli strumenti di triage, che dividono i pazienti in cinque categorie di urgenza, secondo le associazioni americane dei curanti e medici urgentisti, valgono come standard di riferimento (Fernandes et al., 2005). La Società Svizzera di Medicina d'Urgenza e di Salvataggio (SSMUS) raccomanda strumenti di triage a quattro o cinque livelli. Affinché uno strumento sia efficace si devono provare la sua affidabilità e validità con metodi scientifici. L'affidabilità consiste nell'attendibilità della valutazione, in base alla quale due utenti indipendenti che si occupano dello stesso paziente giungano allo stesso grado di ur-

**Per garantire la congruenza delle decisioni tra i vari attori sono stati sviluppati degli strumenti di triage**

## Emergency Severity Index (ESI) Cinque livelli, quattro punti decisionali

L'Emergency Severity Index (ESI) (Gilboy et al., 2005) è un algoritmo per il triage a cinque livelli con quattro punti decisionali (A-D). La particolarità dell'ESI rispetto ad altri strumenti di triage è che nei pazienti che non richiedono un trattamento urgente o imminente, oltre all'urgenza del sintomo principale, per l'assegnazione di un livello di triage viene considerato anche il presumibile bisogno di risorse (punto decisionale C). In questo modo pazienti con problemi di salute complessi possono essere distinti da quelli con problemi meno complessi e assegnati ai relativi percorsi terapeutici.

Con il punto decisionale A ci si pone la domanda se si tratta di un paziente con sintomi che minacciano in modo acuto le funzioni vitali. Qualora la risposta fosse affermativa, il processo

di triage sarebbe concluso e il paziente verrebbe assegnato al livello 1 dell'ESI.

Se la risposta fosse negativa, si passa al punto decisionale B: l'infermiera addetta al triage valuta se questo è un paziente che non dovrebbe aspettare. Tre situazioni portano ad una risposta positiva.

- 1) Esiste una situazione di rischio elevato.
- 2) Il paziente presenta la comparsa di un nuovo stato confusionale, letargia o disorientamento.
- 3) Il paziente ha forti dolori o soffre molto. Se uno dei criteri è confermato, il processo di triage è terminato, il paziente viene assegnato al livello 2 dell'ESI.

Con il punto decisionale C l'infermiera addetta al triage valuta quante

risorse richiede il paziente, finché si possa decidere per un ricovero stazionario, un trasferimento o la dimissione. In questa decisione rientrano misure diagnostiche e terapeutiche che partono da esami fisici (ad esempio laboratorio, ECG, radiografie, medicazioni delle ferite). I pazienti che non hanno bisogno di risorse vengono assegnati al livello 5 dell'ESI e coloro che hanno bisogno di una risorsa al livello 4.

Se il paziente ha bisogno di due o più risorse, l'infermiera addetta al triage arriva al punto decisionale D. Qui si valutano i segni vitali del paziente. Se si situano oltre determinati valori, chi si occupa del triage deve ponderare se assegnare il paziente al livello 2. Se rientrano nei limiti definiti, il paziente viene assegnato al livello 3.

genza. La validità si riferisce invece ai contenuti dello strumento, ciò significa che i pazienti assegnati ad un alto grado di triage sono effettivamente più a rischio di quelli con un grado inferiore.

Finora sono stati tradotti in tedesco due strumenti di triage diffusi su scala internazionale: l'Emergency Severity Index (ESI) e il Manchester Triage Scale (MTS), entrambi concetti a cinque livelli.



### Triage svolto dai curanti

Il pronto soccorso dell'Ospedale universitario di Basilea (USB) è il più grande della regione. A livello infermieristico presenta il 72.2% di posti a tempo pieno (suddivisi fra 83 infermiere/i diplomate/i e sette assistenti di cura). Nel 2008 sono stati curati 41'500 pazienti, di cui il 72 per cento a livello ambulatoriale. A rendere evidente la necessità di un triage sistematico e strutturato è l'elevato numero di pazienti che si presentano spontaneamente, cioè che non vengono portati in ambulanza. Questi pazienti soffrono infatti dei più svariati disturbi – dall'infarto acuto alla piccola ferita. Siccome al pronto soccorso i curanti sono in prima linea, in questo reparto dell'USB è stato lanciato un progetto di sviluppo pratico, allo scopo di introdurre il triage svolto dai curanti, debitamente formati. Un gruppo di lavoro interdisciplinare ha innanzitutto elaborato un profilo con i requisiti per i curanti addetti al triage (formazione nelle cure d'urgenza o lunga esperienza in pronto soccorso) e ha scelto uno strumento di triage. Sulla base dei risultati pubblicati e delle esperienze raccolte con strumenti di triage scegliamo l'Emergency Severity Index (ESI),

un algoritmo per triage sviluppato da curanti e medici urgentisti americani (Gilboy, Tanabe, Travers, Rosenau & Eitel, 2005).

L'algoritmo è stato tradotto in tedesco in un processo standardizzato (Martin, Vincenti & Spirig, 2007), cosicché per la prima volta si dispone di una traduzione tedesca dell'ESI

scientifico e accurato, autorizzato dai suoi ideatori.

### Adattamenti necessari

Per i curanti che svolgono il triage è stato creato un programma di formazione, inoltre una volta al mese hanno luogo degli incontri destinati all'aggiornamento e alla discussione di casi. Fin dall'inizio del progetto era chiaro che sarebbe stato necessario adattare gli spazi del pronto soccorso per creare le condizioni necessarie per il triage. Le nuove esigenze erano: accesso diretto alle zone di cura e al contempo massima vicinanza all'entrata e al portone del pronto soccorso con sala d'attesa integrata, dove avviene la registrazione amministrativa.

L'introduzione di un triage sistematico attraverso i curanti richiedeva inoltre una nuova descrizione del processo di ammissione per i pazienti spontanei e una chiara comunicazione con tutti i settori interessati. Fra questi figurano l'amministrazione, i medici e i curanti che lavorano in pronto soccorso e i diversi policlinici. Tutto ciò ha reso necessario diversi colloqui con i rappresentanti dei relativi gruppi professionali. Nell'aprile 2008, dopo aver proceduto alla realizzazione di tutte le modifiche strutturali, al reclutamento e alla formazione dei curanti e svolto tutti i preparativi, è iniziata una fase pilota, seguita da un'inchiesta rivolta a tutti i gruppi professionali coinvolti.

### Prova superata

Dalla valutazione di questa inchiesta è emersa una grande soddisfazione nei confronti del rinnovamento. La maggior parte degli intervistati si è espressa positivamente sia per quanto riguarda la sicurezza dei pazienti, sia per il tipo di modalità. Diverse osservazioni hanno comunque evidenziato anche dove si poteva migliorare. La prima grande prova – il campionato europeo di calcio – è stata superata con successo dai curanti. Tutti gli obiettivi del progetto per stabilire un triage sistematico dei pazienti spontanei sono stati conseguiti.

Ora i pazienti del pronto soccorso, subito dopo aver svolto la procedura amministrativa



Per i curanti che svolgono il triage è stato creato un programma di formazione



**Tutti gli obiettivi del progetto per stabilire un triage sistematico dei pazienti spontanei sono stati conseguiti**

va, vengono visti e interrogati da un'infermiera formata per il triage, viene stabilita l'urgenza e fissata la priorità per l'ulteriore presa a carico. Tornando all'esempio del venerdì pomeriggio all'inizio dell'articolo: la donna con l'eruzione cutanea racconta all'infermiera addetta al triage di aver mangiato per sbaglio un biscotto che conteneva noccioline, alle quali è allergica. Ha già preso i suoi medicinali d'emergenza. Questa situazione presenta una situazione ad alto rischio, la paziente viene posta al livello 2 dell'ESI e subito accompagnata da un'infermiera in zona cura. Il ragazzo racconta di essersi tagliato il dito con un coltello mentre stava lavorando. Viene posto al livello 4 dell'ESI. Viene informato sulla procedura e sugli eventuali tempi di attesa, se necessario gli verrà somministrato un analgesico



co e viene accompagnato in sala d'attesa.

\***Florian Grossmann**, MSc, e i co-autori **Marc Müller**, **Kristian Schneider** lavorano come infermieri al pronto soccorso dell'Ospedale universitario di Basilea,

**Jacqueline S. Martin** lavora nel reparto di scienze infermieristiche cliniche presso l'USB.

La versione originale dell'Emergency Severity Index può essere scaricato da: [www.ahrq.gov/research/esi](http://www.ahrq.gov/research/esi), la versione tedesca può essere richiesta a: [Fgrossmann@uhbs.ch](mailto:Fgrossmann@uhbs.ch).

Per le indicazioni bibliografiche si rimanda a *Cure infermieristiche*, n. 6/09, p.27.

Sullo stesso numero è pure stata pubblicata la versione originale in lingua tedesca di questo articolo. ■

## Un esempio di triage in Ticino Ente Ospedaliero Cantonale EOC

### Team

Il team del Servizio di emergenza e pronto soccorso, che garantisce le prime cure urgenti, è composto da medici e da infermieri specializzati. Questo team si avvale della collaborazione di medici specialisti, che nel bisogno sono coinvolti nella cura del paziente.

L'organizzazione e il coordinamento dell'attività sono affidati ad un medico caposervizio, formato in cure urgenti, che lavora in stretta collaborazione con il capo reparto infermieristico.

**Il Servizio di emergenza è aperto tutti i giorni 24 ore su 24**

### Struttura

I casi di medicina e chirurgia sono trattati presso il Servizio di emergenza e pronto soccorso principale, mentre i Servizi di pronto soccorso di gineco-

logia, maternità e pediatria sono dislocati nei rispettivi reparti.

### Accesso alle cure

All'arrivo in Pronto soccorso il paziente è accolto da un infermiere (infermiere di triage), che provvede a fare una prima valutazione dei sintomi basandosi su criteri d'urgenza e specifiche linee guida. A seguito di questa valutazione verrà assegnato un codice di emergenza che determinerà la priorità di accesso alle cure.

### Codici di emergenza

**1**

**Codice rosso:** pazienti che presentano un pericolo di vita immediato.

**2**

**Codice giallo:** pazienti che presentano gravi ferite o gravi disturbi delle funzioni vitali.

**3**

**Codice verde:** urgenza minore, pazienti con lesioni che non interessano le funzioni vitali.

**4**

**Codice bianco:** situazione di non urgenza.

### Tempi di attesa

Nel caso in cui i tempi di attesa si allungassero, i pazienti saranno regolarmente aggiornati dal personale, che farà tutto il possibile per accelerare la loro presa a carico.

È importante informare il team del Servizio di emergenza e pronto soccorso dell'eventuale peggioramento dello stato di salute durante l'attesa. In questo caso lo stato di urgenza sarà rivalutato.

[www.eoc.ch](http://www.eoc.ch)

### Lettera orientation 2010 plus

Care socie, cari soci, durante la recente assemblea dei delegati, svoltasi a Berna lo scorso 18 giugno, è stato affrontato lungamente l'argomento "Orientation 2010 plus". Questo progetto prevede 2 varianti di modifica degli statuti dell'ASI: "Apertura" e "Associazione mantello".

La prima propone di aprire l'ASI a tutte le figure professionali con un diploma riconosciuto in ambito sanitario (in modo particolare OSS e assistenti di cura dipl CRS) e anche agli istituti sanitari in qualità di "membri collettivi o straordinari", dando così la possibilità ai loro dipendenti di ricevere prestazioni dalla sezione (ma non dall'ASI centrale) altrimenti riservate solo a membri paganti una tassa d'iscrizione.

La seconda invece propone di dare eventualmente, a quelle stesse figure professionali, uno statuto di "ospite" per salvaguardarne gli interessi ed aiutarle in caso di bisogno.

Su queste 2 varianti la Svizzera si trova divisa in modo quasi equo: la Svizzera tedesca sostiene la variante "Apertura"; la Svizzera francese ed italiana, non potendo optare per lasciare l'ASI così com'è, sostiene la variante "Associazione mantello".

#### "Apertura"

PRO	CONTRO
In CH tedesca gli OSS lavorano a stretto contatto con gli infermieri anche negli ospedali. Chi li vuole nell'ASI sostiene di avere così maggior peso a livello politico quando ci si batte per il salario, quando vengono decisi il loro percorso di formazione e le loro competenze.	Gli OSS non occupano lo stesso spazio lavorativo in tutti i cantoni. A livello politico hanno più peso tante associazioni che si battono per i propri diritti che non una che cerca di rappresentare tante figure con interessi diversi e magari conflittuali. La formazione è di competenza federale.
Ci sarebbero più iscritti e aumenterebbe l'introito dovuto alla tassa di iscrizione.	Non è detto che OSS e Ass di cura vogliano entrare a far parte dell'ASI dove si sentirebbero "controllati e gestiti" dagli infermieri. Un'associazione così variata non sarebbe veramente rappresentativa di nessuno e molti infermieri darebbero le dimissioni.
Aumenterebbero le partecipazioni ai corsi di formazione continua organizzati dall'ASI.	Vi sono già partecipanti provenienti da queste professioni e la tassa ridotta per i membri, porterebbe quindi ad una perdita.
	Ci sarebbero difficoltà nel formare un comitato centrale equo e rappresentativo per tutti.
	Bisognerebbe elaborare un nuovo nome ed un nuovo logo che, oltre a generare confusione, costerebbe parecchio denaro. Queste spese rischiano di andare a discapito delle piccole sezioni.
	Includendo altre figure professionali non saremmo più riconosciuti a livello europeo (EFN) ed internazionale (CII).

#### "Associazione mantello"

PRO	CONTRO
Rispetto alla prima variante sembra che OSS e Ass di cura non abbiano un vero ruolo all'interno dell'associazione.	Non sono ben definiti i reali vantaggi che avrebbero queste altre figure professionali entrando in questa associazione e soprattutto che vantaggi ne trae l'ASI attuale.
Sarebbe un punto di riferimento per queste professioni (che comunque hanno o stanno formando delle proprie associazioni).	Come associazione mantello esiste già la FSAS (Federazione Svizzera Associazioni Sanitarie) e si rischia di entrare in un conflitto di competenze.

Si rischia in entrambi i casi di creare solo caos e dispendio di energie e denaro. L'ASI si è costruita negli anni passati una propria identità e un proprio ruolo all'interno della società. Qualsiasi modifica vanificherebbe ogni sforzo precedente.

**Per saperne di più: leggere sul numero di Cure Infermieristiche 06/2009 a pagina 67 la presa di posizione del Comitato ASI Ticino**

Biegger Annette, Mariani Cristina e Sassi Monica, delegate comitato ASI Ticino.

## Giornata di Studio

**SUPSI**

Scuola Universitaria Professionale  
della Svizzera italiana

Dipartimento Sanità



Scuola Specializzata Superiore  
in Cure Infermieristiche

# CURA E PAURA L'AGGRESSIVITÀ NEI CONTESTI SANITARI

**4 DICEMBRE 2009**

AULA MAGNA - UNIVERSITÀ DELLA SVIZZERA ITALIANA



Congresso Infermieristico - Prima edizione

# “Assistenza infermieristica all’EOC: parliamone!”

Giovedì 22 ottobre 2009 - Palazzo dei Congressi - Lugano

L’idea di organizzare questo convegno è nata dalla volontà di far conoscere a tutti gli infermieri sia dell’ospedale multisito EOC sia di altre strutture l’evoluzione in corso all’interno della nostra area infermieristica: penso ai molti progetti che si stanno sviluppando, all’aumentata complessità della nostra attività e, soprattutto, a tutto quanto sta cambiando nella pratica clinica quotidiana. Due sono gli obiettivi che si prefigge questo Congresso: il primo è di creare un punto di incontro e di confronto tra le diverse esperienze infermieristiche presenti sia all’interno dell’EOC sia con i colleghi attivi presso altre strutture sanitarie e gli allievi dei vari corsi formativi socio-sanitari. Il secondo è quello di promuovere lo sviluppo della pratica clinica infermieristica al fine di migliorare la qualità delle cure. Nello specifico vorremmo affrontare questi argomenti: promozione delle innovazioni nella pratica clinica infermieristica; valorizzazione degli aspetti pratici del lavoro quotidiano; l’emozionalità quale dimensione fon-

damentale della nostra esperienza quotidiana. Come ospiti, oltre ai collaboratori dell’EOC, abbiamo il piacere di avere Leah Kinnaird (USA), che condividerà con noi la sua vasta esperienza nelle cure infermieristiche basate sulla relazione e sul governo clinico condiviso, Pierluigia Verga (Italia), che approfondirà gli aspetti emozionali e Giò Rezzonico che ci narrerà la sua esperienza personale come paziente. Durante le pause vi invitiamo a visitare l’interessantissima area espositiva con numerosi poster e a curiosare tra i vari stand. Sono convinta che le presentazioni orali, i poster e i filmati offriranno un ricco spunto per discussioni, riflessioni e lo sviluppo di nuove idee. Penso che con questo Congresso potremo dare un contributo importante per affrontare le sfide che ci riserva il futuro così da poter garantire il nostro impegno nel sostenere, consigliare e curare i nostri pazienti. A tutti un cordiale benvenuto!

Inf. Msc **Yvonne Willems Cavalli**  
Capo area infermieristica EOC



## PROGRAMMA

<p>07.45 Registrazione</p> <p>08.30 Apertura del congresso e saluto delle autorità: Yvonne Willems Cavalli Daniele Lotti, presidente Consiglio di amministrazione EOC Carlo Maggini, direttore generale EOC</p> <p><b>Cure infermieristiche: innovazioni nella pratica clinica</b> Moderatori: Monica Bianchi, Davide Ponti, responsabili servizi infermieristici</p> <p>09.00 <b>Cambiamenti organizzativi all’EOC da nord a sud: due esperienze. Lo shock iniziale che diventa opportunità di crescita professionale</b> Scilla Allegranza, capo reparto infermieristico (Acquarossa)</p> <p><b>Il Dipartimento donna bambino si presenta</b> Silvia Osmetti, infermiera capo reparto (Mendrisio)</p>	<p>09.25 <b>Specialista clinico: fautore del cambiamento dell’ORBV</b> Elena Schiantarelli, specialista clinico (Acquarossa)</p> <p>09.40 <b>Percorso formativo innovativo come importante opportunità di crescita</b> Anneva Tozzini, responsabile serv. infermieristico (Bellinzona)</p> <p>09.55 Pausa caffè</p> <p>10.25 <b>Dalla raccolta dati all’assessment infermieristico</b> Giovanna Colatrella, capo settore infermieristico (Locarno)</p> <p>10.40 <b>La documentazione di cura: uno strumento per l’evoluzione del nursing in emodialisi. Dalla tecnica alla cura della persona</b> Vittorio Larocca, infermiere (Lugano)</p> <p>10.55 <b>Accoglienza e triage nei Servizi di Pronto Soccorso EOC</b> Leone Gianinazzi, infermiere capo reparto (Bellinzona)</p>
---	--

11.10	<b>Progetto di sviluppo di un follow-up clinico infermieristico presso il Centro di Senologia della Svizzera Italiana</b> Lucia Manganiello-Danesi, infermiera spec. clinica (Bellinzona)	14.00	<b>Primary Nursing: viaggio all'interno del cambiamento</b> Roberto Guggiari, infermiere capo reparto (Lugano)
11.25	<b>Improving patient care through the voice of nurses</b> (traduzione simultanea). <b>Migliorare la cura del paziente dando la parola alle infermiere.</b> Leah Kinnaird, infermiera RN, EdD (CHCM, Miami, USA)	14.15	<b>Dalla paura in poi... curare meglio i pazienti sostenendo le emozioni dell'équipe</b> Monica Bonato, infermiera (Mendrisio)
12.10	Pausa pranzo  <b>Cure infermieristiche e aspetti emozionali</b> Moderatori: Chiara Canonica, Rosy Bernasconi, responsabili servizi infermieristici	14.30	<b>Humor nelle cure oncologiche: chance o utopia?</b> Christa Pedrazzoli, infermiera capo reparto (Bellinzona)
13.30	<b>Cure infermieristiche ed emozioni nella relazione infermiere paziente</b> Pierluigia Verga, infermiera pedagoga e psicologa	14.45	Pausa caffè
		15.15	<b>Andata e ritorno dalla malattia</b> Giò Rezzonico
		16.00	<b>Chiusura del congresso con diaporama "Insieme verso il futuro..."</b> Yvonne Willems Cavalli

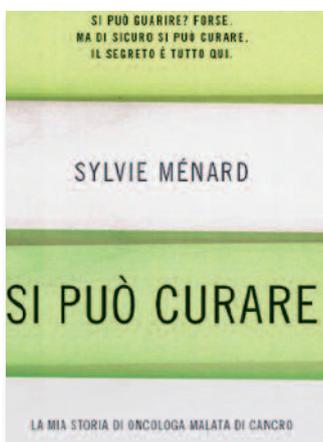
## INFORMAZIONI GENERALI

<b>Termine di iscrizione</b>	20 settembre 2009
<b>Certificato di frequenza</b>	Verrà consegnato al congresso
<b>Iscrizione e costi</b>	CHF 100.- per persone esterne Gratuito per i collaboratori EOC

**Segretariato:** Area infermieristica EOC  
Viale Officina 3  
6501 Bellinzona  
Tel. +41 (0)91 811 13 13  
Fax +41 (0)91 811 13 16  
E-Mail [areainf@eoc.ch](mailto:areainf@eoc.ch)  
URL [www.eoc.ch](http://www.eoc.ch)

## Rubrica

# Invito alla lettura Si può curare



*Sylvie Menard, sessant'anni, nata a Parigi, sposata con un figlio, è direttore del Dipartimento di Oncologia sperimentale dell'Istituto dei Tumori di Milano, dove lavora dal 1969. Ex allieva di Umberto Veronesi, attualmente fa parte del Comitato per la umanizzazione della medicina voluto dal ministro Livia Turco.*

**D**opo quasi quarant'anni passati a cercare nuovi farmaci contro il cancro, nel 2005 le viene diagnosticato un mieloma multiplo. Come per tutti la prima reazione è di paura, smarrimento, disperazione. Da esperta, Sylvie sa cosa la aspetta. Quello che ancora non sa, ma che imparerà, è che l'orrore di sapersi malata ha un'altra faccia, fatta dalla capacità di gioire della propria buona salute finché c'è, della voglia di vivere fino in fondo il tempo sempre più lungo che le nuove cure possono assicurare, e del cambiamento radicale della sensibilità e di opinione rispetto a temi come il diritto dei malati a una vita degna, il testamento biologico, l'eutanasia.



# Agenda

## CALENDARIO ATTIVITÀ ASI-SBK SEZIONE TICINO

CORSI – CONFERENZE – ATELIER – ASSEMBLEE

SETTEMBRE – DICEMBRE 2009

DATA	CORSO	TERMINE ISCRIZIONE	ANIMATORE	PARTECIPANTI	LUOGO
11 settembre 2009 23 ottobre 2009	Riscoprirsi con la malattia	10.08.2009	Priska Deluigi-Bosshard Fabiana Lazzereschi	operatori del ramo socio-sanitario	LUGANO
16 – 17 – 18 settembre 2009 19 – 20 novembre 2009 27 – 28 – 29 gennaio 2010	Digitopressione	17.08.2009	Antonio Maglio	operatori del ramo sanitario con formazione di base in riflessologia	BELLINZONA
24 – 25 settembre 2009	Laboratorio comicità è salute: la scintilla del cambiamento	24.08.2009	Leonardo Spina Tatiana Giudici	operatori del ramo sanitario	BELLINZONA
28 settembre 2009	Cure palliative e dispnea	24.08.2009	Claudia Gamondi Palmesino Silvia Walther	infermieri/e assistenti geriatrici/che operatori sociosanitari	LUGANO
1 – 2 ottobre 2009	Paura e fobie: retaggio antico o disagio moderno?	31.08.2009	Vincenzo Santoro	operatori del ramo socio-sanitario	STABIO
5 – 6 – 7 ottobre 2009	Kinesiologia: Touch for Health I	07.09.2009	Marlène Scalisi	aperto a tutti	BELLINZONA
12 – 13 ottobre 2009	Il concetto di lavoro in équipe multiprofessionale	07.09.2009	Mariano Cavolo	aperto a tutti	LUGANO
16 ottobre 2009	Il perenne dilemma tra il rispetto dell'esistenza umana, l'accanimento terapeutico, il ricorso all'eutanasia,...quando il ciclo della vita volge al tramonto	14.09.2009	Alfredo Bodeo	operatori del ramo socio-sanitario	LUGANO
20 ottobre 2009	Impacchi e compresse	21.09.2009	Lilia Nodari Cereda	operatori del ramo sanitario	LUGANO
26 – 27 – 28 ottobre 2009	Stress: riconoscerlo, viverlo, alleviarlo o eliminarlo	28.09.2009	Marlène Scalisi Siri Anna Strigl	aperto a tutti	BELLINZONA
30 ottobre 2009	Il piano di cura negli istituti per anziani	28.09.2009	Michele Battaglia	infermieri/e	STABIO
9 novembre 2009	Cure palliative e stato confusionale acuto	05.10.2009	Claudia Gamondi Palmesino Silvia Walther	infermieri/e assistenti geriatrici/che operatori sociosanitari	LUGANO
13 novembre 2009	Cura entero – urostomie	12.10.2009	Giovanna Elia	infermieri/e assistenti geriatrici/che	LUGANO
16 - 17 novembre 2009	Kinesiologia educativa I (Edu-K)	12.10.2009	Marlène Scalisi	aperto a tutti	BELLINZONA
23 novembre 2009	La fragilità nell'anziano: interventi di prevenzione delle cadute negli anziani	19.10.2009	Morena Generelli	operatori del ramo sanitario	LUGANO
24 novembre 2009	Il frutto amaro della misoginia	19.10.2009	Marina Valcarenghi Sonny Buletti Cristiana Finzi	operatori del ramo socio - sanitario	LUGANO
26 – 27 novembre 2009	Guarir dal ridere: il ruolo delle emozioni positive nei processi di cura	26.10.2009	Sonia Fioravanti Tatiana Giudici	operatori del ramo sanitario che hanno partecipato al laboratorio "Comicità e salute"	BELLINZONA
3 – 4 dicembre 2009	Autostima e fiducia in sé stessi	02.11.2009	Vincenzo Santoro	operatori del ramo socio-sanitario	STABIO
10 – 11 dicembre 2009	La comunicazione verbale e non verbale con la persona affetta da demenza	09.11.2009	Marco Malnati	infermieri/e assistenti geriatrici/che operatori sociosanitari	STABIO
14 – 15 – 16 dicembre 2009	Kinesiologia: Touch for Health II	09.11.2009	Marlène Scalisi	aperto a tutti coloro che hanno partecipato al seminario "Kinesiologia: Touch for Health I"	BELLINZONA
11 – 12 gennaio 2010	La gestione dei conflitti in équipe multiprofessionale. Un metodo maieutico come aiuto per migliorare l'ambiente di lavoro	07.12.2009	Mariano Cavolo	aperto a tutti coloro che hanno partecipato al seminario "Il concetto di lavoro in équipe multiprofessionale"	LUGANO
18 – 19 gennaio 2010	Kinesiologia educativa II (Edu-K)	14.12.2009	Marlène Scalisi	aperto a tutti coloro che hanno partecipato al seminario "Kinesiologia educativa I"	BELLINZONA
15 – 22 gennaio 2010	Trattamento ulcera crurale venosa e/o arteriosa e cura delle lesioni cutanee – cura e prevenzione delle ulcere diabetiche	14.12.2009	Fabio Cattaneo Giovanna Elia	infermieri/e	LUGANO
27 – 28 – 29 gennaio 2010	La cura terapeutica degli adulti affetti da malattie neurologiche/concetto Bobath Focus: pazienti colpiti da ictus cerebrale con emiparesi	18.12.2009	Claudia Evers	assistenti e ausiliari di cura	BRISSAGO

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