INFO SBK ASI

Periodico d'informazione sulle attività dell'associazione Infermiere/i
Allegato alla rivista "Cure infermieristiche" 03/06

Sezione Ticino maggio 2006 numero 2

Editoriale

La valorizzazione della professione dell'infermiere diventa indispensabile per collocarsi con autorevolezza e credibilità all'interno del sistema sanitario e della società. È un contributo di rilievo per assicurare ad ogni persona il diritto di accedere a prestazioni di qualità a tutela della salute.
Diventa perciò necessario dare concretezza e oggettività al nostro agire, in funzione di un riconoscimento effettivo ed incisivo all'interno delle istituzioni politiche e delle varie organizzazioni. Le azioni in tal senso si moltiplicano, il progetto "NURSING data" ne é un esempio significativo, ma ognuno di noi può dare un contributo importante.
Info-Asi desidera assumere un ruolo sempre più attivo arricchendosi di nuovi contenuti, convinti dell'importanza di documentare il lavoro che numerosi infermieri dedicano ogni giorno al miglioramento della qualità delle cure.
Il 2005 è stato l'anno della visibilità delle cure, un tema che ha contribuito fortemente ad aumentare la consapevolezza che è importante valorizzare la nostra professione, attraverso un lavoro di ricerca finalizzato a dare risalto alle molteplici e specifiche competenze che la caratterizzano.
Poiché riteniamo che il tema della visibilità possa rappresentare il "fil rouge" degli articoli che desideriamo pubblicare, crediamo sia determinante fare un appello ad un impegno comune.
Non sono necessarie molte risorse: l'impegno richiesto è alla portata del singolo, dell'équipe o dell'istituzione che già da tempo lavorano alla valorizzazione della professione.
Ci piacerebbe che ogni nuovo numero della rivista si arricchisse dei diversi progetti di rinnovamento e di ricerca, dei risultati conseguiti, e anche di semplici riflessioni, in modo da potere costituire con maggiore consapevolezza un luogo

d'incontro e di dialogo tra le diverse realtà professionali del Cantone. Intendiamo far diventare la rivista, oltre che un luogo d'informazione e formazione, testimonianza di quell'utilità insostituibile della specificità infermieristica.
La valorizzazione sociale della professione infermieristica passa in primo luogo dalla coscienza di sé e del proprio valore: " incontrarci" potrebbe aiutare a fare crescere tale consapevolezza.

Ringraziamo Cristina Genovese, che per diversi anni con impegno e passione ha contribuito all'evoluzione di questo periodico e alla costruzione del suo significato.

Raccogliamo con umiltà il suo prezioso testimone.

Geraldine Comodo

Sommario

Pag. 1 Editoriale *Geraldine Comodo*

2 Sommario

Cronaca Regionale

3 **Assemblea Generale Ordinaria 21 marzo 2006**
Centro La Piazzetta Lugano

4 **Emergency un infermiere a KABUL**
Paolo Ferrara

7 **Orientare e curare con il Girasole**
Paola Ferrari

Approfondimenti

10 **Igiene delle mani, un gesto di prevenzione e di rispetto**
Antonella Todaro

12 **Cinque indicazioni per curare meglio**
Pier Maria Mazza

13 **Lista di controllo delle infezioni**
Wipe it out RCN Campaign on MRSA

14 **La suddivisione delle cure è pericolosa e assurda**
Intervista Verena Fiechter

16 **Corso reinserimento ASI TICINO**

Per chi volesse inviarci articoli, progetti o riflessioni da pubblicare é 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.

Per 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

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
Geraldine Comodo
Andreja Gashi-Rezzonico
Isabelle Avosti
Cristina Treter De Lubomierz
Maurizio Quadri

Stampa
Typo-offset Aurora SA

21 marzo - Centro La Piazzetta - Lugano Assemblea generale ordinaria 2006

Durante il 2006, tutti gli organi della Sezione hanno lavorato a pieno regime per tradurre in pratica nel modo più efficace possibile gli scopi statutari.
Durante l'Assemblea Generale Ordinaria vengono passati in rassegna le attività ed i risultati più significativi di iniziative, manifestazioni e giornate di interesse svolte, e vengono ripercorse le tappe più salienti dei gruppi di lavoro e di interesse.
Sostanzialmente il 2005 è stato caratterizzato da un intenso lavoro di collaborazione con enti e istituzioni, nell'intento di promuovere una migliore politica professionale e sociale, e di un importante lavoro a favore dei membri e della qualità delle cure.

In particolare:

- **22 marzo 2005 conferenza "rendiamo visibili le cure"**, con Duilio F. Manara, docente a contratto di teoria e filosofia corso di laurea in infermieristica, Università vita-Salute, S. Raffaele, Milano.
- **12 maggio 2005 - giornata Internazionale infermieri -** gli infermieri s'impegnano per la sicurezza dei pazienti: la lotta contro i medicamenti contraffatti e di qualità inferiore.
- **15 settembre 2005 - maniFESTA,** partecipazione alla giornata nazionale d'azione dei servizi pubblici.
- Ottobre e dicembre 2005: referendum contro il decreto legislativo concernente la limitazione dei sussidi a enti, istituti, associazioni, fondazioni e aziende autonome per 2006-2007. Nel mese di ottobre si è costituita l'**associazione "SOS Sanità, Socialità e Scuola",** composta di da una dozzina di associazioni professionali attive nei settori socio-sanitari, nella scuola, a tutela degli utenti e dai sindacati VPOD e SIT. Questa associazione appoggiata da un comitato di sostegno ha deciso di combattere per via referendaria il decreto legislativo che limita i sussidi cantonali per il 2006-2007. **La sezione ASI TICINO ha aderito al comitato referendario** in quanto fortemente preoccupata per le conseguenze di questo decreto sul settore socio sanitario. Le conseguenze generali del taglio ai sussidi sono una riduzione della prestazione alla popolazione, una rinuncia a soddisfare nuovi bisogni della popolazione già previsti nella pianificazione, una riduzione della qualità delle prestazioni e un peggioramento delle condizioni di lavoro in un settore impegnativo e delicato, in cui il personale è già sottoposto ad un notevole carico di lavoro e stress.La raccolta firme si è conclusa con successo, con 13'000 firme consegnate alla Cancelleria dello Stato il 18 novembre 2005. in data 30 novembre 2005, il Consiglio di Stato ha accolto il referendum e la votazione ha avuto luogo il 12 marzo 2006. Il decreto legislativo è allora stato respinto dal 64,9% dei votanti.
- **22 novembre 2005 - giornata di studio "E' possibile dare visibilità alle cure? Quali gli ostacoli?"** Con la collaborazione della Scuola Superiore di Cure Infermieristiche ed il contributo del Dipartimento della Sanità e della Socialità, Ufficio di Promozione e di Valutazione Sanitaria. Durante l'anno della visibilità, sono stati organizzati cinque incontri con le classi di seconda della Scuola di Diploma di Trevano per presentare agli allievi le professione infermieristica.
- **23 febbraio 2006** - è stato firmato l'accordo di collaborazione tra la Sezione Ticino e le organizzazioni sindacali.
- La Sezione ha seguito le trattative per il rinnovo **del "Regolamento Organico Cantonale per i dipendenti dell'Ente Ospedaliero Cantonale"** in collaborazione con le organizzazioni sindacali

Viene ridefinita la composizione degli organi della Sezione:

Nomine Comitato

Nizzola Claudio	Presidente
Simoni Giacobbe Laura	Vice Presidente
Abbondanza Anna	
Avosti Isabelle	
Dal Borgo Rita	
Ferrari Paola	
Generelli Morena	
Mariani Luzia	
Tomasoni Michela	
Treter De Lubomierz Cristina	
Uhr Guido	

Delegati	**Supplenti Delegati**
Battistella Flaviana	Cinesi Ivan
Corti Ginestra Isabel	Colla Zueger Manuela
Gashi Rezzonico Andreja	Mazzucato Luca
Hohl Maria Luisa	Quadri Maurizio
Sommacal-Boggini Cristina	Scoletta Gian Luigi
Thierauf Marion	

Alla fine dell'Assemblea Generale Ordinaria ha avuto luogo la conferenza:
L'esperienza di un infermiere a Kabul con Emergency
Relatore: Paolo Ferrara - Docente in cure infermieristiche. Coordinatore per la formazione post diploma in cure urgenti.

UN INFERMIERE A KABUL: ESPERIENZA in una missione umanitaria

con EMERGENCY

Paolo Ferrara, coordinatore della formazione post-diploma infermieri di cure urgenti e pronto soccorso SSSCI, Lugano.

Faccio su e giù con la testa mentre leggo un articolo che riporta i risultati di un intervista della BBC sulle aspettative verso il futuro dei cittadini di 32 paesi del mondo. Ebbene, i più ottimisti risultano gli afgani, insieme agli iracheni, poi i canadesi.
Sorrido, ripenso a quei 5 mesi intensi, incredibili, unici. Indimenticabili. E rido. E piango, brevemente… come facevo lungo il corridoio che univa il Pronto Soccorso ai reparti di degenza dell'ospedale di Emergency per vittime di guerra di Kabul, Afghanistan. Le lacrime talvolta riuscivano a superare quella corazza di difesa necessaria per un'esperienza del genere, e come un fiume in piena, inondavano, rapidamente e con premura, il mio viso… e non solo il mio. Il popolo afgano no, loro piangono raramente, almeno non davanti a noi...***"Onore ed Orgoglio"….***

Ed ***Ironia*** dell'oggi e ***Speranza*** per il domani. Eccoli lì di fronte a me, sempre con il sorriso, abbracciarsi e tenersi per mano. Amin, un inserviente della cucina, gioca con me a pallavolo al termine del turno di lavoro. Gli dico "Amin, ci stanno battendo 7-0… salta a far muro, ok?" …… Amin mi guarda comprensivo, si sfila la protesi del piede destro e sorridendo mi dice" non mi ci sono ancora abituato ma…. proverò a saltare di più tenendo l'equilibrio con il piede "vero"…" Sprofondo nella terra rossa del campo, mi scuso auto-apostrofandomi alcuni aggettivi. Amin mi guarda negli occhi, allunga una mano e mi aiuta a non farmi inghiottire dalla vergogna. Grazie.

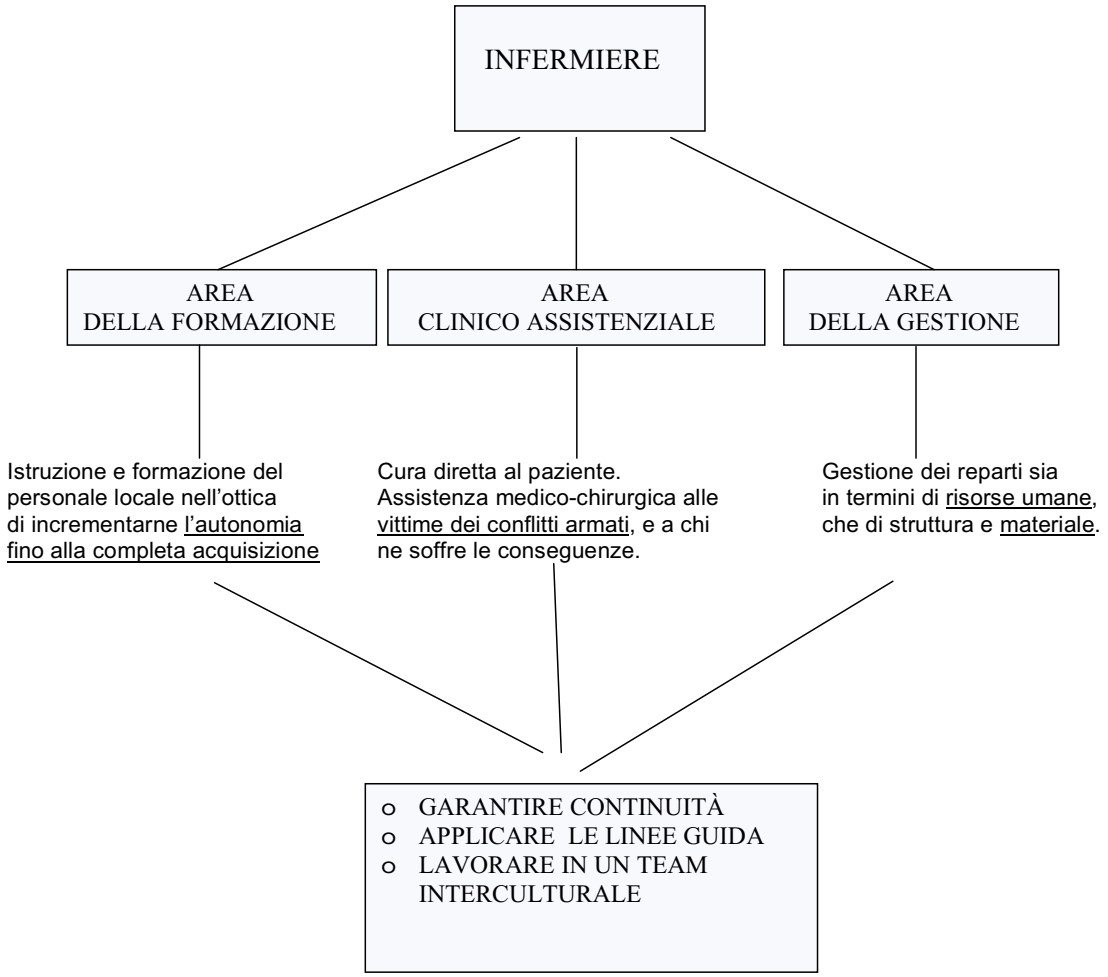
Oltre a fornire assistenza gratuita alle vittime dei conflitti armati, a portare assistenza sanitaria a coloro che subiscono le conseguenze di guerra, fame, emarginazione e povertà, Emergency assume nei suoi ospedali i propri ex-pazienti, … mutilati ed invalidi. Amin è uno di loro.
Ma vediamo di chiarire in cosa consiste una esperienza di questo tipo.

REQUISITI E CANDIDATURA
I requisiti richiesti per una missione di questo tipo prevedono la disponibilità a lavorare in condizioni di bassa tecnologia, il sapersi arrangiare e il possedere esperienza e competenze cliniche particolarmente in ambito chirurgico-ortopedico poiché Emergency è prima di tutto chirurgia a 360 gradi (l'ospedale della Sierra Leone ha un reparto di medicina pediatrica). L'esperienza e una formazione specifica in area critica sono requisiti molto utili per tale missione ma non obbligatori. Le situazioni cliniche con cui ci si confronta riguardano pazienti vittime da mine, armi da fuoco, armi bianche, polifratturati, politraumatizzati, ustionati, traumatizzati cranici. Spesso bambini.
Oltre ai requisiti professionali è richiesta una buona conoscenza della lingua inglese (utilizzata per comunicare sia con il personale locale che tra il team internazionale) e si è sottoposti ad un colloquio con una psicologa per vagliare le motivazioni soggiacenti e vista la pregnanza emotiva di questo tipo di missioni.

La durata è di 5 mesi nei quali si è remunerati, più un mese di ferie pagato. Un giorno libero alla settimana, vitto e alloggio pagati e vita comunitaria: il Team internazionale, composto da tutti i componenti sanitari e non che partecipano alla missione provenienti da ogni parte del mondo, condividono i pasti e gli spazi in una casa comune in prossimità dell'ospedale. Un momento si cena insieme raccontandosi una barzelletta o bevendo un buon caffé, 10 minuti dopo si è in pronto soccorso ad accogliere uno o più pazienti. Possibile. Costante.

Un'esperienza di Vita

Il lavoro dello staff internazionale si realizza in 3 dimensioni complementari, e nello specifico infermieristico:



La ***GIORNATA TIPO*** quale infermiere internazionale è caratterizzata dal ritrovo insieme al team internazionale al pronto soccorso alle ore 8 per ascoltare la consegna del chirurgo locale circa i pazienti valutati nelle ultime 24 ore, visita medica in terapia intensiva, poi in sub-intensiva e in tutti i reparti (circa 100 posti-letto totali). Ogni infermiere è responsabile di uno o più reparti in funzione del proprio curriculum professionale specifico.

La formazione del personale è una delle attività che richiede il maggior impegno quotidiano ed è fondamentale per rendere un popolo autonomo, professionalmente. Tale formazione, realizzata con progetti di training individuale teorico-pratico, ha lo scopo di raggiungere e mantenere un alto livello di standard di cura. Uno dei criteri base di Emergency per valutare la qualità è quella di domandarsi se "ti faresti curare nel reparto in cui operi.."

In tale missione ho realizzato un programma di formazione teorico e clinico-pratico verso gli infermieri sia del Pronto Soccorso che delle Cure Intensive, di cui ero responsabile. Le verifiche hanno mostrato risultati eccellenti ed inaspettati grazie prima di tutto al forte desiderio di migliorarsi degli afgani, alla loro ***motivazione.***

Ogni 3-4 giorni, si è reperibile 24 ore su 24 (infermiere on call): si è chiamati via radio dal personale del PS per valutare i pazienti al pronto soccorso e nei casi che lo richiedono attuare il triage. In serata l'infermiere on call visita tutti i reparti per valutare i pazienti, ascoltare, discutere e risolve-

re problemi di cura. L'infermiere rimane a totale disponibilità del personale dell'ospedale per l'intera notte in caso di problemi o necessità di ricovero.

ELEMENTI SIGNIFICATIVI DI UNA MISSIONE

Progetti di formazione concreti e realistici calati nel contesto sono una base fondamentale su cui operare giornalmente, sia a livello clinico che organizzativo.

In stretta collaborazione con il/la Team Leader del reparto (cioè il capo-reparto) assicurare pertinenza, efficacia ed efficienza nel garantire sempre un elevato standard di qualità di cura.

La flessibilità mentale e la capacità di apertura al cambiamento, nonché la capacità di esprimere, difendere e rivalutare la propria opinione, sono caratteristiche fondamentali per la buona riuscita del lavoro di un team internazionale e di differenti culture, dove la condivisione, la comunicazione e la vita in comunità sono il quotidiano.

Difficoltà e rischi: il forte coinvolgimento emotivo; l'accettazione dei limiti intrinseci alla missione legati alla vita di comunità, la riduzione della privacy, il limite tecnologico, il limite terapeutico, l'incontro frequente ed intenso con la dimensione più cruenta della vita in un paese in via di sviluppo quali la povertà estrema, la miseria e la pressoché assenza della parola prevenzione.
Il riscontro di aspetti negativi (ma anche positivi..!!!) ma irrinunciabili del proprio carattere prima latenti o controllati, esacerbati dal tipo di esperienza, dei quali rendersi consapevoli.

Un'esperienza dove i rapporti umani sono di profondo rispetto. Occorre far incontrare i limiti culturali all'intento sanitario e spesso sono proprio le risorse culturali locali a giocare un ruolo decisivo per tale ponte.

Emergency riesce in ciò che si prefigge grazie alla coerenza tra i valori che contempla e alla loro concretizzazione: la ***qualità del personale*** che vi opera è determinante. Umiltà, pragmatismo, realisticità, flessibilità ma anche determinazione, rispetto dell'altro e capacità di risolvere i problemi sono alcune attitudini fondamentali per una missione. Il rischio di cadere nell'autorità invece dell'autorevolezza è presente e potenzialmente dannoso. Le diversità devono essere prima di tutto riconosciute e accettate da ambo le parti più che superate, nella misura di metterle a favore dello scopo della missione: garantire cure sanitarie gratuite e pertinenti alla domanda in termini di salute. Lo scambio e l'apertura reciproca sono risorse preziose ed irrinunciabili sia sotto il profilo puramente professionale che umano. Dinanzi ad un problema offrire fiducia in termini di esternare in modo trasparente l'incertezza nella sua pregnanza e non giudicare la persona ma l'atto sbagliato; imparare dall'errore è un altro importante punto chiave dei rapporti interculturali, soprattutto se capace di essere fatto anche verso se stessi. Magari, all'afghana, con un bel pizzico di auto-ironia…

Da poco è nato il gruppo **EMERGENCY TICINO**, informazioni e materiali sono disponibili presso il sito www.emergency.it, oppure scrivendo direttamente ai responsabili del gruppo Ticino emergency-ticino@bluewin.ch.
Chi volesse dare il suo contributo: EMERGENCY TICINO, CCP 65-796446-1, CP 1435, 6501 BELLINZONA.

Orientare e curare con il Girasole

L'esperienza della Casa per Anziani Malcantonese di Castelrotto nell'apertura di un reparto protetto per gli ospiti degenti affetti da demenza

Dopo un'attenta ricerca ed un progetto durato circa un anno, il 20 febbraio 2005 è stato ufficialmente aperto all'interno della Casa per Anziani Malcantonese un reparto specifico deputato all'accoglienza di persone, abitanti la Casa, affette da importanti problematiche cognitive e/o comportamentali.
La realizzazione del progetto e la sua buona riuscita sono stati frutto di uno stretto ed affiatato lavoro di gruppo nel quale ciascun membro ha offerto il proprio contribuito con entusiasmo e grande disponibilità: i conduttori del progetto, il responsabile delle cure e la futura responsabile del reparto, per le capacità di coinvolgimento e per il complesso ed attento lavoro di pianificazione; il personale di cura per l'impegno professionale ed umano sorprendente; la direzione che ha creduto, sostenuto ed appoggiato questo progetto; gli ospiti ed i parenti per la fiducia e la pazienza; gli operai per la velocità e la precisione nei lavori di ristrutturazione.

La statistica

Nella primavera del 2003 la Casa ospitava un'utenza con un'età media di 85,2 anni. Tra i 90 ospiti accolti 38 di essi (il 41%) presentava una forma di demenza. La demenza su base vascolare rappresentava il 58% dei casi, quella di tipo Alzheimer il 26%, la demenza di tipo misto (Alzheimer/vascolare) l'8%, e il rimanente 8% era rappresentato da demenza di origine multifattoriale.

Le ragioni del cambiamento

La crescente presenza nella Casa Anziani di persone dementi ha progressivamente reso evidente la netta divergenza tra i bisogni di questo gruppo di utenti rispetto alla popolazione anziana abitante la casa con capacità cognitive conservate.
Diveniva ogni giorno più evidente la necessità da parte del personale di differenziare l'offerta di spazi, ambienti, attività, cure perché molto diversa tra le due parti.
Le problematiche legate all'integrazione e alla convivenza delle persone dementi con gli altri abitanti della casa non garantivano più un ambiente conviviale e sereno. "Agli occhi delle persone anziane che da sempre hanno vissuto credendo e confidando nell'importanza di regole comportamentali, le persone dementi, che con il loro comportamento di non conformità , distruggono, insieme alle regole, tutto un modo di concepire e conoscere il senso delle cose, un mondo di sicurezze e certezze, una vita di sacrificio e fatica, non possono essere capite e accettate. Tali comportamenti non conformi vanno a creare in loro sentimenti di impazienza e di mal sopportazione che portano all'insorgenza di comportamenti anche aggressivi verso le persone dementi le quali, non potendo capire il perché di tali aggressioni, rimproveri, costrizioni, reagiscono a loro volta con violenza e/o con l'isolamento"(1).
Tutte queste ragioni, nonché le difficoltà del personale curante e di animazione nella gestione di tale coabitazione, hanno rappresentato gli elementi principali che hanno dato l'avvio ad un progetto che potesse migliorare la qualità delle cure offerte, rendendole mirate e personalizzate, nella considerazione delle esigenze dei singoli residenti e delle loro famiglie. La creazione all'interno della Casa Anziani stessa di un reparto adatto all'accoglienza di persone dementi con disturbi cognitivi e/o comportamentali è stata la valida risposta a tale progetto.

L'iter

Il responsabile delle cure e la futura responsabile del reparto, quali coordinatori del progetto, hanno avviato il cambiamento con un'attenta opera di sensibilizzazione verso i colleghi ed i superiori. Il confronto con altre istituzioni che avevano già compiuto questa scelta, la frequentazione di corsi di aggiornamento specifici per poter accrescere la conoscenza sono stati i passi successivi.
La scelta di dove collocare il reparto protetto all'interno della struttura, la tipologia di ristrutturazione da apportare in base alle disponibilità economiche e alle caratteristiche tecniche dell'edificio, la scelta del personale che avrebbe voluto/dovuto lavorare in un reparto così specifico e diverso da quello abituale, gli incontri pedagogico-didattici con la futura nuova équipe, la concettualizzazione di una nuova mentalità di erogare le cure, la sensibilizzazione degli ospiti e dei parenti, il loro sacrificio nel sopportare i disagi recati dai lavori, dal cambiamento di camera, e del compagno, del personale, sono solo un breve elenco, non certo esaustivo, del lavoro affrontato.
Un accenno specifico merita l'attenzione che è stata posta nell'accompagnamento della nuova equipe e dei famigliari degli ospiti nel rivisitare le proprie rappresentazioni sulla creazione di un reparto "riservato" solo alle persone dementi perché, sentimenti quali la ghettizzazione e l'isolamento, avrebbero potuto precludere e giocare a sfavore nella buona riuscita ed accettazione del progetto.
Il gruppo curante, formato da 6 infermiere, un'assistente geriatrica e 5 assistenti di cura, si è spontaneamente costituito attraverso la scelta volontaria di persone della casa fortemente motivate ed interessate a questa realtà specifica.

I cambiamenti strutturali

Le modifiche architettoniche hanno dovuto necessariamente considerare la costruzione preesistente e le risorse finanziarie disponibili, trovando una dovuta negoziazione fra ciò che si sarebbe voluto e ciò che sarebbe stato possibile realizzare, cercando di garantire, comunque, la maggior indipendenza possibile al reparto.
È stata quindi creata una sala pranzo dotata di cucina, due locali appositi per lo svolgimento di attività occupazionali/terapeutiche, l'accesso diretto al giardino nel quale è stato realizzato un percorso calpestabile privo di barriere architettoniche e che da la sensazione di non avere fine. Gli arredi, infine, in parte nuovi e in parte di seconda mano sono stati scelti per rendere più casalingo l'ambiente.

Un reparto chiamato Girasole

Il reparto "protetto", che l'équipe ha battezzato con il nome di Girasole, ospita 15 persone dementi con problemi cognitivi comportamentali e di disorientamento.

I criteri di scelta degli utenti

La definizione dei criteri secondo i quali operare la scelta per l'ingresso nel reparto sono prettamente di carattere infermieristico e si basano su un'attenta valutazione delle persone e sulla loro conoscenza. I comportamenti più pericolosi e/o disturbanti, le possibilità di un recupero delle risorse residue (aumento dell'autostima, delle capacità fisiche ed organizzative della propria vita quotidiana) rappresentano le fondamenta dalla quale partire per la selezione degli abitanti del Girasole.
Le basi definite prioritare e fondamentali per la scelta fra tutte le persone dementi presenti nella casa sono essenzialmente due: la sicurezza personale dell'utente e la sicurezza per gli altri utenti.
Da tali punti fermi sono derivate le caratteristiche comportamentali per la selezione delle persone da accogliere:

- Persona autonoma nella mobilizzazione ma che non riconosce i pericoli
- Persona che ha paura, che si agita negli ambienti affollati e rumorosi
-- Persona che si presenta diffidente, aggressiva, paurosa perché non è più in grado di adeguarsi alle situazioni nuove o capirle
-- Persona con comportamenti ripetitivi, disturbanti e logorroici
-- Persona con aggressività legata allo stadio della malattia
-- Persona con espressioni di autolesionismo, dovuto eventualmente al bisogno di attirare attenzione o per disperazione
-- Persona che soffre di vagabondaggio
-- Persona che compie atti ripetitivi e/o compulsivi , accumulando e nascondendo oggetti vari

L'entrata di un utente nel reparto (da un altro reparto o dal domicilio) viene discussa e concordata tra il responsabile delle cure, la capo reparto e il direttore sanitario.
La capo reparto e le infermiere compiono delle rivalutazioni periodiche per stabilire l'idoneità dell'utente per questo modello d'abitazione. Un eventuale trasferimento avviene solo dopo attenta valutazione e discussione tra tutte le persone coinvolte, ben coscienti che ogni cambiamento è segnato da stress, paura, insicurezza e sensi di perdita sia per le persone dementi, sia per i loro famigliari e sia per il personale curante coinvolto.

Gli obiettivi di cura

Gli obiettivi di cura possono essere raggruppati in un unico motto: "massima libertà, in massima sicurezza". L'équipe persegue l'obiettivo di garantire uno spazio/ambiente nel quale le persone con problemi cognitivi/comportamentali possano riacquistare la libertà di movimento e la libertà/capacità decisionale (quindi autostima e dignità) senza incorrere in pericoli, siano essi ostacoli architettonici o culturali.
La convivenza in spazi "familiari" di persone con le stesse problematiche cognitive, infatti, non evidenzia quelle condizioni che obbligano le stesse a confrontarsi con le regole di educazione e di vita comunitaria alle quali non possono più adattarsi.

La concezione delle cure

Nel rispetto e in armonia con la concezione delle cure della Casa, i concetti cardine che guidano l'agire di tutto il gruppo curante del reparto protetto sono:

- la condivisione delle strategie di cura pianificate ed accettate fra l'équipe curante, l'utente (laddove possibile), e le persone a lui vicine
- l'ambiente familiare di vita nel quale l'anziano percepisca un sentimento di appartenenza e di utilità, nonostante i limiti del deterioramento psico-fisico, e dove la quotidianità è strutturata in base ai desideri ed ai bisogni dei suoi abitanti

Per promuovere questi punti fondamentali e per favorire l'instaurarsi di una relazione di fiducia e d'aiuto si privilegiano tecniche di relazione e comunicazione fondate sul metodo Validation e Gentle Care, la vicinanza fisica ed il contatto, l'attività di economia domestica e la presenza di animali da compagnia.
Il reparto protetto è stato concepito per essere "aperto" all'interno su diversi spazi comuni (compreso il giardino), "adatto" e "sicuro" per la convivenza di persone con queste problematiche.

… a distanza di un anno dall'apertura

Il bilancio è senza ombra di dubbio altamente positivo e, molto sinteticamente, le ragioni sono queste:

- le persone dementi ed i loro famigliari vivono

un impatto meno traumatico nell'inserimento nella struttura
- è aumentato il numero delle persone dementi che partecipano alle attività proposte (apparecchiare la tavola, riordino della cucina, preparazione di pasti, ecc.)
- quasi totale assenza di mezzi di contenzione fisica
- riduzione dell'impiego di contenzione farmacologia
- aumento delle cadute, ma con minori conseguenze patologiche
- soddisfazione e motivazione molto alta nell'équipe di cura
- soddisfazione dei famigliari per la presa a carico
- intensificazione e miglioramento della relazione con i famigliari

Oltre al mantenimento e al continuo miglioramento delle cure offerte, il personale del reparto avverte il bisogno di aumentare le proprie capacità e competenze rispetto alla gestione delle situazioni di cris e alla relazione e comunicazione con l'utenza accolta. La formazione e l'esperienza pratica giocano un ruolo molto importante ed è per questo che l'investimento in questi termini è da incentivare e potenziare. Prima dell'apertura del reparto tutti i componenti dell'équipe hanno partecipato a 2 giornate di corso sul Metodo Validation e ad un'ulteriore giornata sul metodo Gentle Care; sono stati compiuti e continuano degli stages esterni in strutture già operanti da anni con persone dementi (in Svizzera ed in Italia); 2 persone si sono certificate come operatori Validation ed altre 2 hanno appena iniziato il corso; a partire da maggio 2006, con la collaborazione del Dott. Pio Fontana è previsto un corso di formazione in 8 incontri sugli aspetti legati alla demenza.
A distanza di poco più di un anno dall'apertura del reparto Girasole tutto il personale della Casa Anziani apprezza la tranquillità e la serenità dei suoi abitanti e non tornerebbe sicuramente più indietro. Il contributo e la voglia che ciascuno ha messo e dovrà continuare a mettere è stato il motore vivace e potente che ha permesso di iniziare un cammino di cure migliori e di soddisfazione professionale. La strada è ancora lunga … ma sappiamo e siamo sicuri … che è la via giusta.

Paola Ferrari
Responsabile della formazione
Ospedale e Casa per Anziani Malcantonese

Bibliografia

Bortolotti G. - "Senso e scopo di un'Unità Abitativa per persone affette da demenza", Scuola Superiore per le Formazioni Sanitarie, lavoro di certificazione, Stabio 2002
Bortolotti G., Omati C. - "Novità nella Casa per Anziani di Castelrotto", Novità n°1 ASGRL, gennaio 2005

Per le persone interessate alla tematica:

Böhm Erwin, Verwirrt mir nicht die Verwirrten, Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege, Bonn, Psychiatrie Verlag, 1999

Böhm Erwin, Alte verstehen, Grundlagen und Praxis der Pflegediagnosen, Bonn, Psychiatrie Verlag, 2000

Böhm Erwin, Ist heute Montag oder Dezember?, Erfahrungen mit der Uebergangspflege, Bonn, Psychiatrie Verlag, 1999

Corsi Mario, Franci Alberto, Classificazione degli utenti nelle case per anziani, Criterio, Isorisorse basate sui tempi di assistenza primaria, Padova, Ed. SUMMA, 1996

Christ Mary Ann, Hohloch Faith J., Nursing gerontologico, Strumenti di studio e apprendimento, Padova, Ed. SUMMA, 1993

Gebert Alfred, Kneubühler Hans Ulrich, Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung Pflegeheimen, Plädoyer für ein gemeinsames Lernen, Bern, Verla Hans Huber, 2001

Korecik Jasenka, Pflegestandards Altenpflege, Heidelberg, Sprinter Verlag, 1996

Pettinati Carla, Spadin Patrizia, Villoni Daniele, Vademecum Alzheimer, Milano, Ed. A.I.M.A., 1996

Zanetti Ermellina cur., L'assistenza all'anziano affetto da demenza, Milano, Ed. Lauri srl., 1999

Zanetti Ermellina cur., Gli strumenti di valutazione in geriatria, Milano, Ed. Lauri srl., 1998

Zanetti Ermellina cur., Il nursing delle demenze, Fizzonasco di Pieve Emanuele, Ed. Lauri srl., 1997

SBK/ASI, Norme di qualità per la cura e l'assistenza alle persone anziane, Berna, 1994

Siti internet

http://www.alzheimer.ch
http://www.euro.centre.org/No65.htm
http://www.alzheimer.it

Igiene delle mani, un gesto di prevenzione e rispetto

Antonella Todaro, Infermiera in Prevenzione Infezioni,
Ospedale Regionale di Lugano

swisshandhygiene.campaign
organizzata da SwissNOSO

Un gesto di prevenzione e rispetto, così Swissnoso, in collaborazione con l'Ufficio Federale della Sanità Pubblica, ha lanciato il 26 gennaio 2006 la campagna nazionale che vuole combattere, attraverso una maggiore igiene delle mani, le infezioni nosocomiali ed al quale l'Ente Ospedaliero Cantonale ha aderito con tutti i suoi ospedali.
Da decenni, ma potremo dire da più di 150 anni, si conosce la diretta relazione tra igiene delle mani e la diminuzione delle infezioni nosocomiali, eppure questo gesto semplice è disatteso una volta su due in tutta la Svizzera.
Storicamente il primo medico a palesare questa relazione è stato il Dr. Ignaz Sommelweis, medico ginecologo. Nella clinica in cui lavorava, il tasso di mortalità delle partorienti dovuta a febbre puerperale era del 10% in un reparto e 3% nell'altro. Accurate riflessioni ed osservazioni, lo portarono a dedurre che il problema poteva risiedere "in sala autoptica" e, con l'abitudine del tempo degli studenti in medicina di effettuare l'autopsia prima di spostarsi in sala parto, il "problema" venisse in qualche modo "trasferito". Egli introdusse allora il lavaggio delle mani con calce sodata prima di entrare in sala parto e….. il tasso di mortalità del reparto in cui gli studenti visitavano le partorienti scese sotto il 3%. Siamo nel 1850, ed è stata "inventata" la cura più efficace contro le infezioni nosocomiali: l'**igiene delle mani**; la più efficace, ed aimè, da sempre, la più sottovalutata e disattesa da tutte le figure professionali implicate nella cura.
Ma perché i curanti sono tanto restii ad effettuare questo semplice gesto di prevenzione?
Questa è la domanda chiave che si è posto il Dr. Prof. D. Pittet, responsabile medico dell'"Unità di Controllo e Prevenzione delle Infezioni" dell'ospedale universitario di Ginevra (HUG), che, raccogliendo l'eredità di Sommelweis, si è cimentato nell'impresa colossale ed ambiziosa di capire le motivazioni di questo comportamento "anomalo" e di cercare di modificarlo attraverso un progetto messo in pratica al HUG dal 1994.
L'entità del successo di questo progetto ha portato alla modifica delle linee guida internazionali sull'igiene delle mani, come pure è stato l'istigatore dell'idea di allargare i programma a livello federale, poiché l'infezione nosocomiale dovuta all'inosservanza dell'igiene delle mani è un problema nazionale.

Non mi soffermerò sugli aspetti metodologici dello studio, ma piuttosto sulle riflessioni legate ad alcuni fattori influenzanti il comportamento che sono scaturite dall'analisi del problema:

- *le convinzioni personali*
  che tale gesto non sia fondamentale nella prevenzione delle infezioni
- *i limiti strutturali dei nosocomi*
  un lavandino per camera spesso lontano dal letto del malato
- *l'indicazione al gesto*
  lavaggio / disinfezione, quando?
- *la durata del gesto*
  90 secondi per il lavaggio sociale delle mani
- *la densità di opportunità*
  più è alto il numero delle opportunità, più il gesto è disatteso

In sostanza bisogna riuscire a rispondere alla domanda:
"può un curante che deve avere un igiene delle mani almeno venti volte all'ora, lavare le mani utilizzando 90 secondi, dovendo percorrere almeno quattro metri per raggiungere il distributore più vicino (sempre che sia pieno e funzionante)?"
Possiamo veramente chiedere ciò in buona fede? E soprattutto possiamo sperare che le nostre richieste siano accolte? Un breve esercizio matematico ci può aiutare a rispondere:

20opp x 90sec = 1800sec = 30 min

(20 opportunità ora, 90 secondi un lavaggio mani, 30 i minuti da impiegare nel lavare le mani durante un'ora di lavoro)
Questo piccolo calcolo ci indica quanto poco adatte fossero le indicazioni date e come fosse utopico che si potessero seguire.
Fondamentale quindi era la necessità di trovare una modalità di igiene delle mani che permettesse al personale di adempiervi in tempi accettabili e coerenti con i ritmi di lavoro attuali.
Nasce così la confezione tascabile di soluzione

idroalcolica per la disinfezione delle mani, e nascono le nuove indicazioni all'igiene che sono una piccola rivoluzione nel quotidiano del curante. Il lavaggio delle mani non è più l'atto di prima scelta, ma lo si deve effettuare solo ed esclusivamente se vi è dello sporco visibile sulle mani, o se si è entrati in contatto con del liquido biologico. Si prediligerà quindi la disinfezione con soluzione idroalcolica ad ogni opportunità.
Quattro i perché della scelta della soluzione idroalcolica:

1. perché è più efficace del lavaggio, agendo anche sui batteri della flora residente
2. perché più rapida, con soli 20 secondi di manovra totale, si ha complessivamente 7 minuti per 20 opportunità ora, un tempo assolutamente compatibile con i ritmi di cura

   20opp x 20sec = 400sec= 7 min
3. con la confezione tascabile non devo spostarmi dal letto del paziente, posso quindi svolgere le attività con maggiore continuità
4. perché gli emollienti presenti in tutte le soluzioni idroalcoliche in commercio, permettono di evitare le dermatosi cutanee di cui spesso il personale curante soffre. Questi emollienti non sono presenti nei saponi neutri che di conseguenza favoriscono i problemi cutanei.

Quest'ultima affermazione è sempre accolta con scetticismo dai curanti, che associano erroneamente le irritazioni cutanee alla disinfezione e non, come in effetti è, al lavaggio.
La campagna "swisshandhygiene" ha dapprima valutato l'osservanza nei 100 ospedali partecipanti, con dei risultati in linea con tutti gli studi esistenti, il gesto viene effettuato una volta su due, ed in generale dopo l'atto di cura, maggiormente disatteso è il gesto prima di toccare il paziente o di effettuare cure asettiche. Attraverso delle attività di sensibilizzazione, si è cercato di portare il messaggio sull'importanza del gesto nella prevenzione delle infezioni nosocomiali. Una seconda rilevazione dell'osservanza parte in maggio 2006, per valutare l'impatto delle attività proposte.
L'Ente Ospedaliero Cantonale ha, come detto, partecipato al progetto, favorendo la riflessione sul tema attraverso una conferenza stampa il 26 gennaio, in parallelo a quella federale, e ad attività differenziate, sia "serie" che ludiche. In quelle serie possiamo annoverare delle attività di formazione, sia d'aula che capillare sui reparti, elaborazione di poster interni, organizzazione di punti espositivi a tema, il messaggio lanciato si poneva su due assi:

- **"come"** ossia l'importanza della tecnica corretta di disinfezione per poter, nel minor tempo possibile (20 secondi) coinvolgere tutta la mano.
- **"quando"** ossia i cinque momenti inderogabili in cui la disinfezione delle mani deve essere effettuata

Per la parte più ludica in un ospedale si è optato per la partecipazione di un mimo diplomato alla scuola Dimitri, che ha elaborato un mini spettacolo itinerante portato nei reparti di cura e ad un concorso "crea l'immagine" rivolto al personale, che ha premiato tre tra le moltissime opere presentate. Inoltre, richiami discreti con decorazioni e segnali disseminati nella struttura.
È fondamentale però essere coscienti che questo è solo il punto di partenza e che l'attenzione al gesto deve essere mantenuta e sollecitata nel tempo, ed è fondamentale che ogni singolo curante si impegni a mantenere alta la qualità del suo operato anche attraverso una corretta igiene delle mani, un segno di rispetto verso il paziente.

Per concludere vorrei solo accennare che la questione delle infezioni nosocomiali non è un problema svizzero, ma, sottostando alle leggi della globalizzazione, ha una diffusione mondiale, ragion per cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nell'ambito del suo progetto "Sfida mondiale per la sicurezza del paziente" ha dedicato quest'anno alle "Cure pulite, cure sicure" diffondendo a livello planetario gli stessi principi che noi nel nostro piccolo diffondiamo quotidianamente.

Letture sul tema

Boyce JM, Pittet D; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee; HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HIPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Am J Infect Control. 2002 Dec;30(8):S1-46. (PDF)

Pittet D, Widmer A. Hygiène des mains:nouvelles recommandations. Swiss-NOSO 2001 Dec;8(4).

(PDF-français) (PDF-Deustch) (PDF-Italiano)

Larson EL. APIC guideline for handwashing and hand antisepsis in health care settings. Am J Infect Control 1995; 23:251-269.

Pittet D, Boyce JM. Revolutionising hand hygiene in health-care settings: guidelines revisited. Lancet Infect Dis 2003; 3:269-270. (PDF)

Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, Perneger TV. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme. Lancet. 2000 Oct 14;356(9238):1307-12.

Cinque indicazioni per curare meglio

La mano che nutre, pulisce, cura ed accarezza, è uno dei veicoli piu efficaci dei microbi. Sia a casa, in ditta, in ufficio, al ristorante o all'ospedale, la mano non deve rovinare quello che da con i microbi che trasporta

(Prof. Jacques Grosset, Microbiologia, Ospedale La Pitié-Salpétrière, Pariggi)

Attualità sulla disinfezione della mani

Mazza Pier Maria, ospedale Regionale di Locarno, infermiere in prevenzione e controllo infezioni ospedaliere piermaria.mazza@eoc.ch

Tutti noi conosciamo l'importanza della disinfezione delle mani per proteggere noi stessi dalle infezioni correlate alla cura dei pazienti e per ridurre il rischio di trasmissione delle infezioni nosocomiali. Questo argomento è da sempre proposto nelle formazioni infermieristiche, tuttavia, durante le osservazioni strutturate eseguite per la campagna Swisshandhygiene, abbiamo registrato una "fedeltà" verso l'igiene delle mani di poco superiore al 50% (precisamente del 56%). Per "fedeltà" intendiamo il numero di gesti di disinfezione delle mani osservate diviso il numero di indicazioni raccomandate.
Ma quali sono le indicazioni per eseguire la disinfezione delle mani? Esistono delle procedere di cura più rischiose per il collaboratore e per il paziente? Quali sono i principi generali che sottostanno all'igiene delle mani? Iniziamo a rispondere proprio a questa ultima domanda, allargando il discorso parlando delle infezioni da MRSA (Staffilococca aureo meticillino resistente). Come sapete, il vero serbatoio di queste infezioni è il paziente colonizzato da questo germe. Anche a seguito di un contatto banale, è possibile trasferire dei germi dal paziente colonizzato ad un altro paziente tramite le nostre mani. Pertanto è indispensabile disinfettare la mani dopo ogni contatto con un paziente anche in seguito a contatti ritenuti banali. Se tutti gli operatori sanitari recepissero questa indicazione per l'igiene delle mani, la trasmissione intraospedaliera dell'MRSA sarebbe uguale a zero. Questo principio fondamentale è contenuto in tre indicazioni: prima di un contatto paziente, dopo contatto paziente e dopo contatto con un oggetto (nella camera del paziente).
Esaminiamo le indicazioni con degli esempi pratici.
Prima di un contatto con il paziente e dopo un contatto con il paziente: stringere la mano, visitare il paziente, mobilizzarlo, misurare la pressione arteriosa, vestire o svestire il paziente, praticare una seduta di fisioterapia, ecc. come potete vedere, non si tratta degli atti di cura invasivi, ma tuttavia è necessario disinfettarsi le mani per proteggere noi stessi, i pazienti e l'ambiente di lavoro dalla colonizzazione batterica, a volte rappresentata da germi multiresistenti sicuramente non desiderabili. L'indicazione dopo contatto con un oggetto (nella stanza del paziente) è giustificata dalla importante contaminazione fatta dal paziente stesso che, soggiornando nella stanza, ne contamina le superfici.
Altri due principi cardine della prevenzione delle infezioni nosocomiali si ritrovano nelle ultime due indicazioni: prima di un gesto invasivo e dopo esposizione ai liquidi biologici. Nel primo caso vogliamo assicurare al paziente un livello di sicurezza elevato. Pertanto prima di eseguire una medicazione, prima di aspirare delle secrezioni, prima di eseguire una iniezione è indispensabile provvedere all'igiene delle mani. Il razionale è semplice: più il gesto di cura è invasivo e maggiore è il rischio di acquisizione di una infezione nosocomiale, in quanto vengono "saltate" le normali protezioni del nostro organismo.
L'indicazione dopo esposizione ai liquidi biologici si ritrova nelle seguenti situazioni: dopo l'esame delle mucose, dopo aver eseguito un prelievo venoso, dopo aver tolto una medicazione, dopo aver svuotato un sacchetto per la raccolta delle urine, ecc.. In questi casi la contaminazione delle mani è importante e pertanto è indispensabile disinfettarle immediatamente dopo il gesto di cura, anche per proteggere noi stessi.
Curare i pazienti implica sempre un certo rischio biologico, che però possiamo minimizzare ricorrendo alla disinfezione alcolica delle mani che ci consente di "decontaminare le mani" senza dover cercare un lavandino. Concludendo, curare i pazienti significa esporre noi stessi a degli agenti e i pazienti alle infezioni nosocomiali. L'obiettivo delle cinque indicazioni è quello di focalizzare l'attenzione del personale curante verso dei momenti di cura ben specifici per rendere le cure infermieristiche (e non solo!) più sicure per la nostra salute e quella dei nostri pazienti.

Per ulteriori informazioni:
http://www.swisshandhygiene.ch

le infezioni nosocomiali riguardano 1 paziente su 10

Lista di controllo delle infezioni

Le precauzioni standard sono fondamentali, quali protezioni sicure che dovrebbero essere usate sempre con ogni paziente. Utilizzate la seguente lista come guida.

Ha lavato le sue mani?
Lavarsi le mani è l'unica fra le procedure piu' importanti per ridurre la trasmissione di malattie . Utilizzi una tecnica convalidata per un'accurata igiene delle mani prima di ogni contatto diretto con il paziente e dopo ogni attività che possa aver contaminato le sue mani. In seguito le asciughi bene usando teli di carta monouso.

Ha bisogno di utilizzare un equipaggiamento di protezione personale?
E' possibile eseguire una valutazione in merito al rischio di contaminazione con sangue o liquidi corporei. Utilizzi guanti monouso, grembiule, mascherina, occhialini o proteggi occhi per la propria protezione e quella del paziente contro il rischio di contaminazione, come pure quando utilizza sostanze chimiche e farmaceutiche pericolose.

Previene ferite da taglio o punzione?
Utilizzi strumenti appuntiti con la massima cautela, evitando di richiuderli nella loro custodia (aghi). Subito dopo eliminare, in modo sicuro, nell'apposito contenitore.

Getta il materiale di scarto in modo adeguato?
Si assicuri di aver ricevuto la giusta istruzione su come eliminare il materiale di scarto in modo adeguato, compreso i codici colorati dei sacchi utilizzati per eliminare diversi tipi di materiale di scarto.

Reagisce subito quando rovescia dei liquidi?
Quando rovescia dei liquidi, si assicuri che le superfici contaminate vengano disinfettate , se necessario, con un disinfettante chimico appropriato. E' indispensabile avere una nozione sull'utilizzo di disinfettanti chimici.

Decontamina scrupolosamente le apparecchiature?
Pulisca, disinfetti e sterilizzi meticolosamente apparecchiature riutilizzabili come è appropriato accertandosi che sia sicuro per il prossimo uso.

Mantiene un ambiente pulito?
Si assicuri che il suo luogo di lavoro abbia una lista di pulizia scritta e monitorata riguardo l'igiene dell'ambiente, che contenga entrambi: l'oggetto e l'ambiente e la frequenza d'intervento.

Sa come si deve comportare in caso d'incidente?
Prestare attenzione alla ferita, lavarsi bene sotto l'acqua fredda. Se capita che i liquidi corporei sono spruzzati negli occhi, sciacqui con acqua fredda. Se invece ci si spruzza in bocca, non inghiottire, sciacqui diverse volte con acqua fredda. Riferisca dell'incidente e chieda consiglio ad esperti in materia.

Da ultimo, conosce le linee guida del suo posto di lavoro?
Si assicuri che comprende e segue le direttive del suo posto di lavoro! Sotto tutti gli aspetti!

Wipe it out RCN Campaign on MRSA, pubblicato in aprile 2005, estratto da Internet.
RCN: Royal College of Nursing UK.
Tradotto liberamente da Cristina Treter infermiera in cure generali.

Verena Fiechter

„LA SUDDIVISIONE DELLE CURE È PERICOLOSA E ASSURDA"

Con il suo libro "Pflegeplanung" (Pianificazione delle cure), Verena Fiechter ha connotato le cure come una disciplina autosufficiente. Oggi si oppone alla suddivisione tra cure di base e terapeutiche. Verena Fiechter ci parla della sua vita movimentata e ricca di esperienze.

Cure infermieristiche: Assieme a Martha Meier nel 1981 ha pubblicato il libro "Pflegeplanung" ("Pianificazione delle cure"), la prima opera del genere in ambito germanofono. Da che cosa è nata questa idea?
Verena Fiechter: Eravamo convinte che fosse necessario pianificare, strutturare e pensare le cure in modo coerente; avevamo bisogno di un sistema, una base; ciò che diceva il medico non bastava. Con la pianificazione delle cure e il processo di cura avremmo voluto anche parlare di "diagnosi infermieristica" e "anamnesi", ecc., invece parlammo di "condizione effettiva", poiché pensavamo che in caso contrario avremmo avuto problemi con i medici.

Perché ha scelto questa professione?
E`un'idea che ho sempre avuto. Volevo diventare suora missionaria e ho iniziato molto presto a documentarmi e informarmi in proposito.

Qual era il motivo principale: il fatto di aiutare o di poter viaggiare e scoprire nuovi paesi?
Era misericordia. Quando vedevo le immagini dei lebbrosi, pensavo che bisognava aiutare questa povera gente. Ne avevo sentito parlare fin da bambina.

Nella Sua famiglia c'era un missionario o qualcuno che ne parlava?
No. Quando ne parlavo con i miei genitori mi dicevano sempre che per fare questo dovevo essere mite e ubbidiente, caratteristiche che credevo di non possedere.

Non ubbidiva volentieri?
Imparai a ubbidire. Ma essendo la seconda di sette figli dovevo anche assumere delle responsabilità, poiché dovevo curare i miei fratelli più piccoli.
I miei genitori non mi hanno spinto in questa direzione. Ma quando dissi di voler diventare infermiera per poi andare in missione, mi hanno assecondata.

La Sua scelta è stata dettata dalla religione?
Sì, ho una viva relazione con la parola del Signore. Per me è vitale.

Nel 1948 andò in Cina, dove rimase per tre anni. Quale fu la ragione?
Fui mandata dalla missione di Basilea nel loro ospedale missionario a Meixian. Lì si trovavano quasi esclusivamente impiegati cinesi. Quando arrivai, trovai due medici e due curanti svizzeri. Dopo la caduta del comunismo, un medico e un'infermiera lasciarono il paese, il secondo medico andò in vacanza, e così nell'ospedale rimasero solo due infermiere svizzere. In un primo tempo dovevo andare a Kalimantan/Borneo. Sei settimane prima della fine della mia formazione di levatrice mi volevano mandare lì. Rifiutai, senza diploma di levatrice non sarei partita. Poi improvvisamente mi mandarono in Cina.

Parlava cinese?
Sì, lo imparai sul posto. La gente parlava solo cinese. Mi piaceva molto. Studiavo un'ora al giorno con una cinese. E`una lingua molto chiara e interessante! Anche durante il mio soggiorno di 18 anni in Africa imparai la lingua del posto. E`importante per poter parlare anche con chi non conosce l'inglese. Lo studio del francese e dell'inglese mi annoiava, ma quelle lingue tanto diverse mi affascinavano.

Dev'essere stata un'esperienza molto interessante vivere tre anni in Cina.
E`stato meraviglioso, ma anche molto difficile. L'ospedale è stato occupato, prima dall'esercito di Tschang-Kai-Tschek e poi da quello di Mao Zedong. Ma ho sempre avuto delle buone esperienze con i militari di entrambe le fazioni. Avevo ricevuto dal governo un salvacondotto e potevo lavorare in pace. Ci furono anche delle sparatorie, ma con me la gente è sempre stata gentile.

Quali erano le condizioni negli ospedali?
Era molto più elementare che in Svizzera, ma si poteva operare tutto. Era difficile sterilizzare gli strumenti e durante le operazioni in piena notte si doveva lavorare con la torcia. A Meixian c'era anche una scuola per infermiere. I medici davano le lezioni teoriche, io mostravo le cose pratiche finché le mie conoscenze di cinese mi permisero di andare oltre.

Esiste ancora l'ospedale missionario a Meixian?
No, è diventato un ospedale governativo. Ci sono andata ancora due volte (nel 1986 e nel 1996) e ho incontrato gente che conoscevo, ma molti sono morti durante la rivoluzione culturale.

Come fu il viaggio in Cina?
Tutta sola, andai dapprima a Londra. Poi presi la nave per Hongkong: il viaggio durò 31 giorni. Ad Hongkong c'erano molti Europei respinti dalla Cina e quindi faceva uno strano effetto che io volessi recarmi proprio in Cina. Ad Hongkong non ricevetti il permesso di soggiorno, così dovetti procedere fino a Canton, in Cina, e lì richiesi un visto per tornare ad Hongkong, dove dovetti aspettare il mio bagaglio. Poi mi imbarcai per Swatau. Normalmente la traversata durava una notte, ma ci fu un forte tifone e accumulammo quattordici ore di ritardo. Quindi proseguii all'interno del paese verso la destinazione. In tutto, il viaggio durò quasi tre mesi.

Non è mai successo nulla?
No, a volte mi sentivo mancare dalla paura, ma avevo la fede che mi dava la forza di andare avanti.

Poi tornò a casa e nel 1952 partì per il Ghana.
Quando arrivai a Agogo, nell'ospedale non c'era personale curante, tranne quattro o cinque "infermieri dell'esercito". Sviluppai la scuola, partendo dal nulla fino al riconoscimento da parte dello stato. All'inizio parallelamente mi occupavo anche della gestione dell'ospedale della "Missione basilese", che più tardi fu assegnato alla chiesa presbiteriana.

In Ghana è quindi diventata una specie di "madre delle cure".
Restai 18 anni, finché la formazione funzionò senza di me. Vi tornai due volte, per tenere dei corsi.

Oggi rifarebbe la formazione di infermiera?
Così com'è oggi non so. La professione in sé è bella, ma le condizioni sono problematiche.

Lei ha vissuto molto all'estero, ha visto paesi totalmente diversi, molto poveri. Questo rende tutto relativo. Tuttavia si sente di dire che da noi momentaneamente le cose non vanno troppo bene?
Al momento, a causa delle misure di risparmio, le cure sono alle strette. Sarebbe necessario formare i familiari. In Ghana lo facevamo.

Che cosa consiglierebbe ai curanti svizzeri?
I curanti dovrebbero dire con chiarezza e determinazione alle autorità che cosa è necessario per le cure, affinché non ci siano ulteriori limitazioni e smantellamenti.

Quali sono le attuali sfide per le cure in Svizzera?
Un paio di anni fa sono stata io stessa paziente e ho vissuto un'esperienza particolare. Non riuscivo ad ingerire niente e chiesi una crema. I curanti mi dissero che se ne occupava il servizio alberghiero. Potevo scegliere fra tre menu, ma non ricevetti la crema. Non mangiai nulla, ma non se ne accorse nessuno. Ero troppo debole per protestare. Quindi, come paziente, mi rassegnai. Questo è un pericolo. Chi assume la responsabilità: il servizio alberghiero, i curanti, i medici? Questo interrogativo deve trovare una risposta. E contro il rischio della suddivisione tra cure di base e terapeutiche di nuovo tornata di attualità, ci battevamo già 25 anni orsono, quando abbiamo scritto il libro "Pianificazione delle cure". La suddivisione delle cure è pericolosa e assurda.

Intervista: Margrit Bachl
Traduzione: Pia Bagnaschi

Verena Fiechter è infermiera e levatrice diplomata. Ha seguito una formazione in cure intense e di capo infermiera e il "Wardsisters Course" presso il Royal College of Nursing a Londra. Dal 1948 al 1951 ha diretto il servizio di cure all'ospedale di Meixian, in Cina. Dal 1952 al 1969 è stata Principal Nursing Tutor presso il Nurse Training College a Agogo, in Ghana, dove ha promosso la formazione infermieristica. Dal 1970 al 1972 ha contribuito allo sviluppo del curriculum della formazione infermieristica quadriennale integrata in Svizzera. Dal 1973 al 1983 ha insegnato alla scuola per quadri di Zurigo e Aarau. Ha collaborato in seno a vari gruppi di lavoro e ha ottenuto diversi riconoscimenti, ad esempio quello di membro onorario dell'associazione ghanese delle infermiere e dell'ASI. Il libro "Pflegeplanung" (Pianificazione delle cure) è stato ristampato più volte.

ASI SBK

EDUQUA

Centro di Formazione ASI-SBK Sezione Ticino

CORSO DI REINSERIMENTO PROFESSIONALE PER INFERMIERI/E DIPLOMATI/E 2006

Segretariato:
via Simen 8
6830 Chiasso
telefono 091/682 29 31
fax 091/682 29 32
e-mail:
segretariato@asiticino.ch
www.asiticino.ch

Il Centro di Formazione ASI-SBK Sezione Ticino in collaborazione con il Dipartimento Educazione, Cultura e Sport del Cantone Ticino (DECS) organizza il corso di Reinserimento Professionale 2006.
La formazione permetterà agli/alle infermieri/e di attualizzare e/o adattare le proprie conoscenze professionali al contesto sanitario Cantonale.
La durata complessiva del corso é di circa 60 giorni (formazione teorica e pratica). Da Ottobre 2006 a Maggio 2007.
Al termine della formazione verrà rilasciato un attestato ASI-SBK/DECS

TAGLIANDO RICHIESTA INFORMAZIONI

Desidero ulteriori informazioni sul corso di reinserimento professionale

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____

_____

Telefono _____ e-mail _____

Segretariato ASI

Via Simen 8
6830 Chiasso

Tel. 091/ 682.29.31
Fax 091/ 682.29.32
Email: segretariato@asiticino.ch