

## Editoriale

**La medicina moderna ha un nuovo obiettivo: promuovere l'uso delle informazioni scientifiche come base delle scelte assistenziali, permettendo di orientare i comportamenti dei professionisti verso l'efficacia e l'appropriatezza.**

Proporre però interventi di assistenza e cura, dei quali ne sia documentata la validità scientifica è una meta ancora da raggiungere!

Di cambiamenti nella comunità infermieristica, in questi termini, se ne sente da molto parlare, ma il vero significato appare sfuggente e difficile da concretizzare nella quotidianità lavorativa.

Promuovere la qualità dell'assistenza è una responsabilità che anche l'infermiere deve riconoscere ed assumere, attraverso decisioni, iniziative ed interventi messi in atto in base al proprio livello di conoscenze maturate dall'aggiornamento continuo e dall'esperienza.

Autonomia, responsabilità, continuità delle cure, competenza professionale e gestionale, flessibilità, progettualità, verifica, oggettività.

Si ha un po' il timore che tutti questi "processi" finiscano per "imbrigliare" le manovre infermieristiche in una rigidità eccessiva che non permetta più di cogliere i bisogni specifici che caratterizzano i singoli pazienti e vada, inoltre, a soffocare la "personalità" con la quale ogni singola unità operativa si orienta.

D'altro canto, aumentano le preoccupazioni relative all'inevitabile incremento delle responsabilità che una crescita professionale di questa portata comporta.

Oggi l'infermiere è spronato a modificare notevolmente il proprio modo di pensare e la propria attitudine, uscendo dalla logica di lavoro per "mansioni", per entrare nel cuore del processo assistenziale.

Ma come?

Alla base di una necessaria evoluzione della professione infermieristica si trova l'importante valore che la salute oggi rappresenta: *la salute è un diritto che afferma la persona in quanto soggetto, con la sua dignità e centralità.*

Se la società si rende garante, quindi, nei con-

fronti del cittadino del soddisfacimento di un bene primario qual'è, tra gli altri, l'assistenza sanitaria rendendo le cure e le iniziative organizzative visibili all'utenza, viene da sé che anche l'operatore dovrà elevarsi ad un ruolo di professionista con il proprio ambito di indipendenza rispetto alle altre figure sanitarie.

In tal modo, la percezione del ruolo dell'infermiere, nella società di oggi, migliorerà in misura in cui sarà in grado di svolgere con competenza il proprio lavoro, descrivendo, motivando e qualificando scientificamente ed umanamente il valore dell'assistenza. Questo senza perdere le esperienze positive precedenti, ma pensando al significato di ogni atto che si mette in pratica. Significa abbandonare gli automatismi e prendere coscienza del senso di ogni gesto e di ogni cosa detta, che andranno ad incidere in sfere interne alla realtà lavorativa, ed esterne nell'ambito sociale.

Un cambiamento di tale portata coinvolge tutti e a tutti i livelli, ripensando sia i processi assistenziali che le logiche gestionali.

Lavorare per processi dunque, significa integrare più professionalità che si attivano su un percorso di lavoro orientato al raggiungimento di un obiettivo comune: la salute del paziente.

L'ingrediente fondamentale?

La risorsa umana, che rimane sempre e comunque fondamento per il raggiungimento di qualsiasi obiettivo!

**Cristina Genovese**

# Sommario

2

- Pag. 1 Editoriale  
2 Sommario

## Cronaca Regionale

- 3 **Comunicare con pazienti intubati**  
Un esempio di scientificità ed appropriatezza
- 6 **Associazione ticinese deboli d'udito (ATiDU)**  
Una persona debole d'udito in ospedale

## Approfondimenti

- 8 **Quando l'uomo diventa malato**  
Guenda Bernegger
- 12 **Nascita dello GIDSI**  
Gruppo d'infermiere in diabetologia della Svizzera italiana
- 14 **Gli anziani e PIPA attraversano le strade di Bellinzona**

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

**Redazione**  
Mariano Cavolo  
Maurizio Quadri  
Cristina Genovese  
Rita Luque

**Stampa**  
Typo-offset Aurora SA

# Comunicare con i pazienti intubati

Un esempio di scientificità ed appropriatezza

**Generalmente le persone intubate riescono difficilmente ad esprimersi verbalmente e a farsi capire. La comunicazione può essere facilitata per mezzo di strumenti semplici e adeguati, ma richiede pure un investimento personale da parte dei curanti.**

La comunicazione con i pazienti intubati o traqueotomizzati è difficile nella misura in cui questi pazienti non hanno voce, sono deboli e stanchi. Il tubo endotracheale impedisce all'aria di entrare a contatto con la laringe e il paziente non può produrre alcun suono. Questo rappresenta un notevole stress per la persona intubata. Perciò le infermiere di cure intense per adulti dell'Ospedale universitario di Ginevra hanno voluto riflettere sul problema. Si è così formato un gruppo di tre infermiere con l'obiettivo di ricercare e creare dei mezzi che potessero facilitare la comunicazione con i pazienti intubati. L'inchiesta si è limitata all'identificazione di strumenti semplici, che non richiedessero un apprendimento da parte del paziente o del curante. Gli strumenti elettronici non sono stati considerati a causa della loro fragilità, della loro manutenzione e del loro costo.

Abbiamo lavorato su diversi livelli, per proporre dei mezzi corrispondenti alle preferenze dei pazienti e ai bisogni dei curanti. I colloqui di gruppo hanno permesso di focalizzare meglio le aspettative e le difficoltà dei curanti, come pure di raccogliere le idee. Consultando la letteratura si sono potuti identificare i desideri dei pazienti in cure intense e gli strumenti utilizzati in altri centri. Quest'articolo presenta l'approccio adottato nell'ambito del nostro progetto.

## Le preoccupazioni delle équipe curanti

Abbiamo realizzato due colloqui di gruppo di circa 45 minuti presso sedici curanti (infermiere e personale ausiliario) nei reparti di cure intense di chirurgia e di medicina. I colloqui sono stati registrati, trascritti, e si sono raggruppate le varie idee a seconda del tema trattato.

Il contenuto dei dialoghi era ricco e traduceva un'esperienza approfondita dei curanti, come pure un interesse per questo soggetto. Per i curanti il primo ruolo della parola è orientare il paziente e spiegargli ciò che succede. Si tratta di informare il paziente sull'ambiente, il motivo del suo ricovero, come pure sul suo stato di salute. La parola permette di creare una relazione di fiducia e rassicura. Un infermiere ci ha detto:

*"Il lavoro maggiore è spiegare tutto ciò che si fa. Questo permette di stabilire una relazione e di infondere fiducia nel paziente"<sup>1)</sup>.*

I curanti hanno quindi parlato dell'espressione e dell'identificazione dei bisogni primari, quali il dolore, la sete, la fame, la posizione, il caldo e il freddo. Quando il paziente si agita o cerca di comunicare, i curanti cercano di capire se uno di questi bisogni non viene soddisfatto. La parola passa attraverso il corpo. L'ansia, la paura, la tristezza o la morte vengono trattate in un secondo tempo. Infatti è molto complesso comunicare delle emozioni quando un paziente è privo di voce. *"È difficile parlare delle loro ansie, di cose molto intime. È già abbastanza difficile parlarne verbalmente"*.

Che cosa si può dire ad una persona gravemente malata che esprime la sua paura di morire? Come offrire uno spazio per esprimere le emozioni? Come elaborare senza interpretare o trasmettere le proprie idee?

*"Ci si ritrova a tradurre con le nostre parole le loro ansie...quando abbiamo detto tutte le nostre parole, è difficile andare a cercare quelle del paziente. A me è capitato: un paziente aveva voglia di dire delle cose, ma siamo noi che parliamo per lui"*.

## Un investimento personale

Il curante deve prendere il tempo di capire e investire personalmente nella relazione. A volte deve ridefinire le priorità e forse rimandare delle cure tecniche. È richiesta energia sia da parte del curante che del paziente. Quest'ultimo può stancarsi e rinunciare a comunicare poiché lo sforzo è troppo grande. Inoltre succede che i pazienti siano confusi, che dimentichino ciò che vogliono dire a metà frase.

Queste difficoltà li espongono ad un rischio di interpretazione da parte dei curanti, ma ciò non è sempre negativo. È spesso l'osservazione unita ad un'interpretazione di un'attitudine del paziente che richiama l'attenzione del curante.

*"La prostrazione può comunicare che ne ha abbastanza di stare sulla poltrona. Si accascia, ciò significa che è ora di rimetterlo a letto. Si comunica anche in questo modo..."*

Il curante cercherà di capire e per questo la tec-

1) I testi in italico sono delle citazioni tratte dai colloqui.

nica più comune è quella delle domande che permettono al paziente di approvare o di rifiutare attraverso un gesto che significa sì o no. Le domande diventano sempre più precise per cogliere esattamente ciò che il paziente cerca di dire.

*“Si arriva facilmente ad ottenere un sì o un no attraverso il movimento della testa, degli occhi, si legge il movimento delle labbra se arriva ad articolare. Ci sono poi anche dei segni con la mano per indicare sì o no...”*

Inoltre i curanti hanno spiegato che non c'è solo un modo di comunicazione per paziente, ma che questo evolve con l'andare del tempo. Un paziente può dapprima esprimersi con dei gesti, sbattendo le palpebre, poi potrà utilizzare un alfabeto o delle immagini, o addirittura scrivere. I curanti sviluppano un particolare know-how. A volte riescono a capire meglio il paziente dei suoi familiari, poco abituati ai metodi di comunicazione alternativi.

*“Siamo forse più abituati a leggere il movimento delle labbra di qualcuno che ha un tubo in bocca”.*

## Preferenza per i metodi naturali

Abbiamo completato il materiale raccolto tramite i colloqui cercando dei testi sui vari mezzi e esponendo le preferenze dei pazienti. Abbiamo trovato otto ricerche su questo tema, una lista sistematica della letteratura e una testimonianza. Tutte le fonti sono concordi. I pazienti preferiscono non utilizzare degli strumenti, ma dei mezzi naturali per comunicare, come i gesti, il movimento delle palpebre o l'articolazione delle parole. Cercano essenzialmente di esprimere il dolore e di chiedere di alleviarlo. I pazienti comunicano pure le loro difficoltà respiratorie legate all'intubazione, il loro senso di soffocamento e i problemi generati dalla ventilazione artificiale. Chiedono informazioni sul loro stato di salute e sulla loro famiglia. I bisogni e l'espressione di emozioni vengono espresse in un secondo tempo. In uno studio realizzato presso undici pazienti (Happ M.B., Roesch T.K., Garrett K., 2004), il messaggio più frequentemente rivolto ai familiari era “ti voglio bene”. I pazienti utilizzavano più spesso strumenti quali gli alfabeti, ed esprimevano una maggiore frustrazione nella comunicazione con i loro cari. Questi elementi di informazione sono molto simili a quelli che abbiamo riscontrato nei colloqui con i curanti.

<b>Douleurs</b> 	<b>soif</b> 	<b>faim</b> 	<b>Toilettes</b> 	<b>froid</b> 	<b>chaud</b> 
<b>J'étouffe</b> 	<b>anxieux</b> 	<b>peur</b> 	<b>fâché</b> 	<b>triste</b> 	<b>Merci</b> 
<b>je t'aime</b> 	<b>mal installé</b> 	<b>fatigué</b> 	<b>Musique</b> 	<b>télévision</b> 	<b>chez moi ?</b> 
<b>mes affaires?</b> 	<b>l'aumônier</b> 	<b>quelle heure</b> 	<b>j'en ai marre</b> 	<b>Docteur</b> 	<b>?</b> 



Foto: HUG

La scrittura è facilitata dall'uso di una superficie dura sulla quale è fissata la carta, e di un grosso pennarello, più facile da tenere in mano rispetto ad una matita.

La scrittura non richiede un apprendimento particolare da parte del paziente, ma forza e coordinamento che non sempre sono presenti nei degenti in cure intense. L'uso di tavolette con degli alfabeti richiede una capacità di concentrazione e la possibilità di indicare le lettere con il dito o con gli occhi. L'efficacia di questo metodo può essere migliorata se si dividono le vocali e le consonanti. Nel suo libro J.D. Bauby descrive un alfabeto in cui le lettere sono classificate in funzione della loro frequenza nella lingua francese (ndr: la versione originale dell'articolo è in lingua francese). Questo modo di procedere richiede una certa abitudine.

### Alfabeti e pittogrammi

L'uso di pittogrammi è ricorrente. Questo strumento richiede anche la capacità di indicare l'immagine appropriata. Inoltre i messaggi sono limitati a quelli contenuti nei pittogrammi. Il problema per i curanti è il seguente: si sono individuate le immagini giuste per questi pazienti? In un reparto di cure intense la maggior parte dei pazienti resta solo per pochi giorni ed è difficile realizzare pittogrammi su misura per ognuno di essi. Da qui sorge l'interesse di cono-

scere il contenuto dei messaggi "standard" per poter realizzare dei pittogrammi "standard".

Tutte queste informazioni ci hanno permesso di proporre dei dossier contenenti una superficie dura plastificata, un grosso pennarello, una tavoletta che serve come lavagna magica, diversi modelli di alfabeti plastificati e un libretto di pittogrammi. Nella messa a punto di questi strumenti siamo stati aiutati dall'équipe di ergoterapia. I colleghi ci hanno assistito nella scelta dei disegni e dei colori, sufficientemente contrastanti per permettere a tutti di distinguerli facilmente. Gli strumenti sono stati presentati in un primo tempo alle équipes curanti, poi testati da due pazienti. I loro suggerimenti ci hanno permesso di procedere ad alcune modifiche. Abbiamo poi messo a disposizione una decina di "scatole per la comunicazione" nelle camere dei pazienti. L'acquisto e la plastificazione di questo materiale sono costati meno di 300 franchi (cioè circa 28 franchi per scatola) e tutti gli strumenti si possono pulire facilmente.

### Utilizzabili in altri contesti

La comunicazione è un processo che vede coinvolti contemporaneamente un emittente e un ricevente, qualunque sia la modalità di trasmissione del messaggio. Questo lavoro, che analizza il know-how dei curanti e le preferenze dei pazienti, ci ha permesso di creare degli strumenti. Si è svolto in un reparto di cure intense, ma i risultati possono essere utilizzati in altri contesti. I pittogrammi possono essere impiegati in alcune situazioni con i pazienti di lingua straniera. Questi strumenti poco costosi possono essere facilmente realizzabili e non richiedono un apprendimento particolare da parte dei curanti o dei pazienti.

**Marie-José Roulin** è infermiera specialista clinica nel settore delle cure intense.

**Françoise Mouron** è infermiera specializzata in cure intense e medicina comunitaria.

**Laurence Simon** è capo infermiera e infermiera specializzata.

#### **Contatto:**

Ospedale Cantonale Universitario di Ginevra  
1211 Ginevra 14  
tel. 022 372 90 91  
fax 022 372 91 05  
E-mail: Marie-Jose.Roulin@hcuge.ch

Per le indicazioni bibliografiche vedi versione originale francese pubblicata su "Cure infermieristiche", n. 11/2004, pp. 54-56. La traduzione in lingua italiana è stata curata da Pia Serena Bagnaschi.

# La persona debole d'udito all'ospedale

Pia Cattaneo, coordinatrice del progetto

**La degenza in ospedale per le persone confrontate con una perdita uditiva può comportare problemi di comunicazione che causano tensione, ansia e insicurezza.**

## Esistono soluzioni a questo problema?

### Quali sono?

Sicuramente a tutti è già capitato di conversare con qualcuno che parla una lingua poco o per niente conosciuta: si sentono le parole, ma non si riesce a coglierne il significato.

Il momento è quasi sempre imbarazzante, spesso si lascia cadere il discorso e tutto finisce lì.

Anche una persona debole d'udito che porta apparecchi acustici può confrontarsi spesso con un problema analogo: sente le voci ma non capisce quanto si sta comunicando; riesce a capire l'infermiera che fa la medicazione, ma proprio non comprende quando parla l'infermiere che somministra i medicinali.

### Ma perché si sente la voce, ma non si capisce il significato delle parole?

Si sa che la perdita uditiva non colpisce tutte le frequenze dei suoni allo stesso modo e anche con l'utilizzo dell'apparecchio acustico più performante i suoni che compongono le parole arrivano spesso distorti. La colpa è delle frequenze percepite male o non percepite del tutto, nemmeno a un'intensità di 120 decibel! Tutte le parole sono costituite da lettere – i cosiddetti fonemi –, quando si perde l'udito succede che in una parola ci sono fonemi toccati da frequenze che percepiamo e altre no.

Ci sono poi anche fattori esterni al nostro udito compromesso – come i rumori ambientali, le situazioni dove l'interlocutore non conosce le regole di comunicazione da attivare, periodi dove la salute non è al cento per cento, vergogna nell'esternare il problema, e altro ancora – che non aiutano certo a migliorare la situazione d'ascolto.

Così, può capitare che durante la degenza in ospedale il debole d'udito non può vedere il viso dell'infermiera perché è coricato da un lato o perché c'è poca luce. Oppure l'infermiera è troppo lontana o si trova nella doccia; magari parla anche in modo troppo veloce, mangia le parole, mastica una gomma americana. Se la persona è coricata, il cuscino che preme sugli apparecchi acustici può causare il fischio retroattivo (e questo rumore è fastidioso per tutti) e impedire al suono di accedere bene ai microfoni dell'apparecchio.

Se poi, a causa di interventi o terapie mediche

vengono tolti gli apparecchi, il disagio e l'insicurezza della persona audiolesa aumentano. Spesso, senza apparecchi acustici la persona si trova completamente isolata dal mondo dei suoni e questo genera ansia e paura perché si perde il controllo della situazione.

### Ma allora, le soluzioni quali sono?

La soluzione ottimale sarebbe quella dove la persona con problemi d'udito è ben cosciente dei propri limiti di comunicazione ed esterna all'interlocutore i suoi problemi suggerendogli anche le modalità per parlare con lei.

Questo purtroppo non avviene sempre. Spesso la persona debole d'udito non dice del proprio udito compromesso e l'invisibilità dell'handicap non permette all'interlocutore di attivare strategie mirate. Esistono però modalità di comunicazione adeguate per le persone audiolese: l'ATiDU ne indica parecchie nei suoi volantini informativi.

L'informazione agli udenti, in questo caso al personale infermieristico che è spesso a contatto con persone deboli d'udito è importante e da fare. È utile anche per loro sapere che oltre agli apparecchi acustici esistono telefoni con l'amplificatore, cuffie per l'ascolto della radio e della televisione, segnali luminosi e altro ancora.

Di solito la persona debole d'udito gestisce bene i suoi apparecchi acustici; è però importante che anche l'infermiere sappia come funzionano, sia cosciente dei limiti dell'apparecchio acustico, sappia posizionarlo in modo adeguato nel condotto uditivo se il paziente non lo può fare da solo.

**Cosciente dei problemi posti dalla perdita uditiva durante una degenza all'ospedale, l'ATiDU ha elaborato il progetto "La persona debole d'udito all'ospedale". Il suo obiettivo è quello di fornire al personale sanitario molte soluzioni pratiche per facilitare la comunicazione con il paziente audioleso.**

Il progetto è stato creato nel 2004 grazie al sostegno finanziario del Dipartimento della Sanità e della Socialità, che ne ha riconosciuto l'importanza nell'ambito della promozione della salute.

Grazie all'approvazione e alla collaborazione dell'Ente Cantonale Ospedaliero ci sarà possibile organizzare dei momenti informativi all'interno di ogni struttura sanitaria cantonale a partire dalla prossima primavera. Il programma del momento informativo lo potete leggere nel riquadro.

Saremo pure presenti con una bancarella dimostrativa all'Assemblea Generale Ordinaria dell'Associazione Svizzera degli Infermieri del prossimo 22 marzo all'Ospedale Regionale di Locarno.

Persone sensibilizzate al problema uditivo saranno a disposizione con materiale informativo e mezzi ausiliari molto importanti per migliorare la qualità di vita della persona debole d'udito.

Vi aspettiamo numerosi e vi ringraziamo già sin d'ora per la vostra partecipazione.

#### **Per saperne di più**

Associazione Ticinese Deboli d'Udito  
In Busciurina 17 c  
6528 Camorino  
Telefono 091 857 52 55  
Fax 091 857 88 68  
E-mail: [atidu@ticino.com](mailto:atidu@ticino.com)  
web: [www.atidu.ch](http://www.atidu.ch)

Segretariato:  
Viale Olgiati 38b  
6512 Giubiasco  
Orari d'apertura: lunedì e venerdì  
14.30 - 16.30  
Telefono 091 850 44 71

#### **Programma sul tema:**

## **La persona debole d'udito all'ospedale: Chi è – come comunico con lei?**

Presentazione e obiettivi del tema

#### **Chi è la persona debole d'udito**

- Come sente la persona debole d'udito – Sento ma non capisco –
- Situazioni difficili in ospedale

#### **Mezzi ausiliari**

- L'apparecchio acustico
- Mezzi ausiliari utili durante la degenza in ospedale

#### **Regole di comunicazione**

- 13 punti da osservare per una buona comunicazione

# Quando l'uomo diventa *malato*: una lettura filosofica

a cura di Guenda Bernegger

8

Approfondimenti

Provare a leggere filosoficamente il fenomeno dell'ammalarsi comporta sempre una **messa a distanza** di tale evento a livelli diversi. Innanzitutto, quello del distacco che la teorizzazione filosofica necessariamente implica – il filosofo incontra la realtà della malattia in modo indiretto, attraverso i libri – all'opposto del confronto diretto e costante con essa proprio del vostro operare che pure vi costringe ad una presa di distanza, fosse anche solo protettiva. Certo è però che l'ammalarsi è in modo fondamentale e generale una possibilità che ci riguarda tutti, una possibilità che riguarda l'Uomo, ogni uomo, prima di qualsivoglia distinzione tra curato e curante. La malattia comporta una trasformazione radicale della persona, nella rappresentazione della propria esistenza e nelle molteplici dimensioni del suo vivere.

Alle trasformazioni dolorose che il divenire malati comporta, e che chiamano una risposta, rispondono da sempre la parola e l'azione: la parola offre voce e senso alla malattia, mentre nell'azione si dispiegano le soluzioni terapeutiche. Si tratterà di pensare a come tanto l'esperienza della malattia, quanto le risposte che l'uomo malato domanda e riceve, traggano il loro senso dal quadro culturale e sociale in cui si muovono: nella nostra società, l'elemento di riferimento è quello della tecnica, attraverso la quale lottiamo attivamente per dominare la realtà. In questo quadro, che ci porta a credere che sempre più sia possibile oltrepassare i limiti della nostra condizione umana, si finiscono quasi per percepire come più proprie dell'uomo la salute e la guarigione che non la malattia e la morte, sicché sembra non esserci più spazio per la ricerca del senso della malattia, la scena essendo interamente occupata dall'azione, azione che cerca e promette di dominare proprio questa malattia. Rischia così però di crearsi uno squilibrio, tra una parola messa a tacere che non può più dare un senso al soffrire e un'azione che crede di poter sconfiggere, più ancora che la malattia, la mortalità – l'essere mortali – e la finitudine dell'uomo. Di ciò ci si accorge in modo particolare quando l'azione tecnica fallisce, situazione – questa – particolarmente dolorosa in quanto, di fronte a una tecnica che può sempre di più, l'uomo tende a rappresentarsi le possibilità di guarigione come continuamente rinnovabili e illimitate. Si tratterà quindi, di ridistribuire i compiti, riconoscendo i limiti rispettivi dell'azione tecnica e della parola. Ma anche la parola che cerca di dire, di raccontare, il significato della malattia dovrà scontrarsi con la propria impotenza di fronte alle situazioni

estreme. La finitezza farà così nuovamente capolino, come verità ultima e ineludibile: la sfida potrà allora solo essere, in conclusione, quella di trovare dei modi per prepararsi ad accettare questa condizione. Ad accettarla appena un po' di più.

## La malattia è innanzitutto esperienza di limitazione e di impotenza...

...in quanto restringimento – o addirittura annullamento – delle capacità vitali, ma anche perché non scelta ma inflitta, subita, precisamente *patita*: la passività del patire, opposta all'apertura all'azione nella vita, è anticipazione della morte. Come tale la malattia è d'altronde fonte di sofferenza addirittura prima dell'avvento del dolore, o anche quando questo fosse contenuto, poiché già comporta restringimento delle possibilità di vita, opacizzarsi, annuvolarsi, dell'orizzonte del futuro, anche prossimo. Ed è questo che avviene quando l'uomo diventa malato di diagnosi prima ancora che di malattia: già allora l'avvenire si restringe, ed è proprio questo restringersi che chiamiamo **angoscia**. *Angoscia* ha infatti la stessa radice di angusto, ristretto: l'angoscia è la stretta che ci prende al petto quando il futuro si serra. O anche solo quando prendiamo coscienza che l'orizzonte può chiudersi per ciascuno, tanto per l'uomo malato quanto per me che lo guardo, lo assisto. La malattia è quindi già fonte di angoscia prima che l'uomo diventi *malato*: semplicemente, come possibilità ipotetica che l'impossibile si realizzi.

Quando l'uomo diventa davvero malato si opera dunque una **trasformazione radicale nel suo modo di essere al mondo** che tocca in primo luogo la dimensione della temporalità. Cambia la qualità del tempo: il tempo si modifica sfumando il futuro, mentre sembra gonfiarsi il presente, il presente della sofferenza. La sofferenza genera un **sentimento di paralisi** – nella persona che la vive e in modo diffuso attorno ad essa –, paralisi del tempo, paralisi della volontà. Il tempo della malattia diviene un eterno presente che non sa più sfociare su di un futuro o che si reitera indefinitamente secondo il modo dell'attesa, dell'**attesa** di un avvenire sperato o di un futuro temuto.

È innanzitutto a livello del rapporto al tempo che la malattia introduce una dimensione di **estraneità**: estraneo è il momento futuro che non può più essere rappresentato nella continuità del presente, secondo quel sentimento

fondamentale alla vita che ci fa credere che il domani ci troverà simili ad oggi o, in caso contrario, protagonisti dei nostri cambiamenti.

**Estranei diventiamo**, in primo luogo, **a noi stessi**: la malattia come avvento dell'intruso in noi. Nel sentirsi male, come nel sapersi malato, l'uomo ha la sensazione o la coscienza "di *subire* l'azione di un estraneo, di un nemico. Lo stesso corpo proprio -supporto della vita tanto valorizzato e glorificato nella nostra cultura- diventa minaccia, scena del patire e del morire.

Ma, soprattutto, lo rende a poco a poco **estraneo agli altri**. Sebbene di fronte alla morte si instauri una ineliminabile solidarietà data dal sentimento di esservi tutti esposti, il confronto incondivisibile con il dolore anticipatore della morte è quanto vi sia di più individualizzante e individuale. Estranee possono diventare, per l'uomo malato, addirittura le persone fino ad allora prossime, cui non è dato, spesso, condividere la trasformazione del senso globale del mondo: l'isolamento è allora la conseguenza inevitabile di tale sentimento di perdita di familiarità o addirittura di estraneità della vita.

Intensa è la **sofferenza** che accompagna questa rottura: una sofferenza che non può non invocare **ascolto e risposta**, poiché troppo doloroso è il grido che, non raccolto, porta all'estremo il dolore da cui nasce. Ma dove cade il grido dell'uomo diventato malato? Chi lo accoglie? Che risposta riceve?

Il modo di rispondere all'uomo malato, come d'altronde il suo modo di vivere e di dire la sua sofferenza e di domandare risposta, è certo profondamente dipendente dal **contesto sociale, culturale, simbolico** in cui la malattia appare. Il senso differente che la malattia assume in un quadro invece che in un altro determina un diverso modo di farne l'esperienza.

La **risposta** che la malattia domanda può giungere, in generale, sotto forme diverse: essenzialmente, **come senso o come diagnosi e soluzione terapeutica**. Il senso risponde alla domanda "**perché?**": perché la malattia? perché io? perché ora? La diagnosi risponde alle domande "**che cosa?**" e "**come?**" e introduce la soluzione terapeutica in risposta al "**che cosa fare?**", "**come reagire?**".

In ogni tempo e in ogni società convivono questi due modi di fare fronte alla malattia: al **perché** gli uomini hanno da sempre cercato di rispondere con la parola, raccontando delle storie che aiutassero a *capire*, a rendere comprensibile, e quindi accettabile, l'esistenza del dolore, della malattia. Ecco così le fondamentali grandi narrazioni collettive, dai miti alle religioni, alle grandi opere teatrali e letterarie, alla filosofia. Il **come** è dal canto suo stato studiato dalla **scienza medica** che da sempre ha cercato di curare la malattia e il dolore, fornendo **soluzioni terapeutiche**. Così, dall'antichità l'uomo ha cercato rimedi che potevano fare capo a so-

stanze o a strumenti più o meno appropriati e sofisticati. La **storia del come della malattia** coinciderebbe quindi con la storia della pratica medica, mentre sarebbe la storia della cultura largamente intesa a poter essere identificata alla **storia del suo perché**. La **cultura** può allora essere considerata come un susseguirsi di grandi quadri di riferimento collettivi, di grandi racconti – i miti, le religioni, la scienza, la Storia, le ideologie politiche... – all'interno dei quali è stato ed è possibile comprendere e condividere il senso degli eventi.

"La filosofia – dice ancora Galimberti – nasce come tentativo di controllare il dolore che il divenire porta con sé. La filosofia è dunque un *rimedio al dolore* da cui ci si salva sollevando lo sguardo" (1999, p. 61). Se è fondamentale che le due dimensioni in cui si gioca la risposta all'uomo malato coesistano rispettando un equilibrio, è pur anche vero che nel corso del tempo sono mutati e mutano tanto i racconti e le spiegazioni quanto i mezzi terapeutici, quanto il modo di articolarsi tra queste due dimensioni: sicché l'**equilibrio** tra esse è **costantemente da ritrovare** e corre sempre il rischio di andare perduto.

Possiamo allora, a questo punto, domandarci: **come si articolano oggi la ricerca del senso**, inseguito ed elaborato essenzialmente attraverso la parola, nelle varie forme di racconto, e **la ricerca di soluzioni terapeutiche concrete**, attraverso l'azione? Nella nostra epoca – e nel contesto ospedaliero forse ancora più che altrove – la risposta pragmatica sembra prendere il sopravvento sulla risposta che racconta il perché. Si potrebbe quasi dire che uno **squilibrio** si stia instaurando **tra un'azione che s'impone e una parola che tace**. A che cosa attribuire ciò? E quali le conseguenze riguardo a quello che significa oggi per l'uomo diventare malato? E, infine, quali suggerimenti per ritrovare un po' di equilibrio? Sono questi i problemi che vi propongo di indagare. Consideriamo per cominciare **la parola che tace**. Crollati sarebbero cioè i grandi racconti collettivi, i grandi quadri interpretativi della realtà, che – come detto – accompagnavano l'essere umano nell'affrontare, vivere, pensare e narrare l'esistenza, la malattia e la morte, e per mezzo dei quali attribuire all'azione un senso che andasse oltre i limiti della sua singolarità e contingenza. Per esempio si è allontanata ed è divenuta rara l'eventualità di fare l'esperienza della malattia e della sofferenza come occasione privilegiata di avvicinamento a Cristo, come lo era nel quadro di una religiosità -fino a non molto tempo fa- diffusa e collettivamente condivisa. Oggi si possono certo ancora incontrare persone che vivono il patire in una prospettiva religiosa, ma manca quella tela di fondo che implicitamente abbracciava tanto i malati quanto chi stava loro attorno.

## Ma si è davvero perso ogni punto di riferimento comune?

L'uomo è oggi, nel mondo occidentale, più che mai solo nel suo rapporto alla malattia, la quale sta perdendo il suo carattere eminentemente sociale – che ha ancora in certe culture – sociale in quanto coinvolge tutta la comunità di cui mobilita le forze e a cui domanda quella significazione cui solo può rispondere una narrazione condivisa: l'uomo afflitto si trova così a dover conferire il proprio senso a quello che gli accade attraverso un racconto privato in cui non echeggia più quello di tutta una società.

Consideriamo ora invece l'**azione** che, sulle spoglie della parola che abbiamo detto essere diventata silente, **si impone**. Si può comprendere questo imporsi dell'azione all'interno della caratterizzazione della nostra società come **società della tecnica**, in cui quest'ultima si presenta come la garante della realizzazione di ogni possibilità – grazie alla tecnica, tutto è possibile –, e in cui proprio l'aumento dei mezzi a disposizione per fare sempre di più e sempre più in fretta spinge inevitabilmente ad agire. In ambito medico, si è spinti all'azione dalle sempre nuove possibilità che la tecnica pare promettere per guarirci in modo sempre nuovo dai vecchi mali che la vita non cessa di presentare, mentre la domanda sul *perché* è sospesa a tempo indeterminato. Potremmo dire che la nostra società sembra aver sostituito la **grande azione** a tutte le **grandi narrazioni** che più non sanno spiegare la malattia e il male: quasi che la grande azione, sconfiggendo la malattia e il male, rendesse vana la domanda sul loro perché. Ma forse non è giusto dire che la nostra società ha abbandonato ogni quadro interpretativo capace di conferire un senso agli eventi e all'agire: vi è ancora una grande narrazione. E questa è, paradossalmente, proprio il **racconto dell'azione**, della potenza dell'azione, della forza della tecnica, sotteso dai valori dell'**efficienza** e del **dominio** – sulla realtà e in modo particolare sulla malattia. Efficienza e dominio che la tecnica vanta di saper garantire. In modo banale, possiamo dire che **nell'età della tecnica la malattia si presenta come un problema da risolvere**, attivamente, praticamente; mentre l'uomo colpito appare come un organismo, se non addirittura un organo, da guarire. Nel quadro della nostra società del dominio e dell'efficienza tecnica, ogni perdita di capacità e chi la incarna tendono così ad essere **esclusi** dalla vita e dallo spazio in cui la vita si compie. La malattia – e con essa ogni forma di decadimento – presentandosi come problema da risolvere tecnicamente, cessa di essere percepita come sostanziale alla vita, e di rappresentare la possibilità più propria dell'essere uomo. necessariamente quello del *lottare contro* – in vista di dominare e di escludere – la malattia. Di pari

passo, **escluso ed estraneo** diviene – più che mai – l'uomo malato: estraneo all'uomo sano, all'uomo sano che era e che forse ancora sarà, all'uomo sano che crede forse di essere l'uomo che cura (ma non solo lui). Esclusa è così ogni possibile condivisione del senso e dell'esperienza dell'ammalarsi. Il divenire malato del mio prossimo cessa di interpellarmi come una possibilità – o addirittura un destino – anche mio.

In questo quadro, tratteggiato come caratteristico della nostra epoca che – come abbiamo detto più volte – rende la malattia estranea alla vita, censurandola nel suo ruolo di rivelatrice della nostra intima finitudine, sembra quasi essere la **guarigione**, grazie all'efficienza tecnica, **la nostra possibilità più autentica**. La possibilità che l'impossibile si realizzi – come dicevamo in merito all'irruzione della malattia – si applica così oggi alla guarigione: fiducia irrinunciabile nel rimedio tecnico che saprà risolvere anche questo problema, anche questa volta, anche nei casi più difficili. Questa sorta di *diritto alla guarigione* induce nell'uomo malato che non può essere guarito il **sentimento** di essere defraudato di qualcosa che gli spetta, **di subire un'ingiustizia**: e questo è per lui fonte di un'ulteriore sofferenza. Rispettivamente, di fronte alla malattia che non trova rimedio il curante rischia di sentirsi colpevole di **inadempienza**, di provare un senso di incapacità e di inefficienza, **di sconfitta** e quasi di vergogna. Alcuni autori (Natoli 1987, p. 272, Ehrenberg 1999) sottolineano come sia proprio questa promessa di possibilità sempre più ampie a generare un nuovo tipo di disagio, se non addirittura di patologia: si tratta della nuova **sofferenza per le promesse disattese**, per l'incapacità di approfittare di quelle che pure si presentano come possibilità aperte. Per dirla altrimenti: se è così più facile guarire oggi, al punto che quasi non ricordiamo più che si possa ancora essere colti dalla malattia e morire, tanto più la realizzazione di tale eventualità sarà dolorosa, tanto più ci coglierà impreparati, tutte le energie essendo state utilizzate per garantirci che la promessa di guarigione sia tenuta invece che per prepararci alla possibilità che sia tradita.

Eppure presto o tardi, abilmente procrastinata o drammaticamente anticipata, la fine giunge, scacco definitivo dell'immortale sogno di immortalità dell'uomo, anche nell'epoca della tecnica.

In opposizione a quest'ottica di esclusione, propria dell'azione che lotta contro la malattia, è invece in una prospettiva di **integrazione**, di accettazione, che lavoravano le narrazioni di cui abbiamo parlato inizialmente come della forma di risposta alternativa alle soluzioni terapeutiche. Parola e racconti che non cercano tanto di contrastare il male quanto piuttosto di comprenderlo, di dargli un senso, di integrarlo nella vita. Vi è la necessità di entrambi questi aspetti,

si è detto a più riprese, ed è importante che si mantenga – o si ritrovi – un **equilibrio** tra essi. Utile è quindi innanzitutto riconoscere i limiti e la complementarità di questi due campi: compito della medicina non è curarci dalla finitudine, bensì dalla malattia, poiché la malattia – e non la mortalità – è il suo campo di intervento, nel quale è d'altronde l'incontrastata maestra a cui difficilmente rinunceremmo. E così l'azione deve **riequilibrarsi** con il racconto che la segue e la precede; la dimensione dell'efficienza deve essere rivalutata alla luce della dimensione del senso; la possibilità della guarigione deve rivedersi di fronte alla possibilità della malattia che la precede e la segue.

Dietro alla grande narrazione dominante nella nostra società della tecnica, sussistono comunque molte **piccole narrazioni recessive**, che senza essere condivise dai più possono parlarci in modo dolce ma fermo e forte: parole di poeti, di filosofi, di medici anche, e soprattutto di uomini malati che quotidianamente raccontano ai loro prossimi ed a se stessi la storia (una storia, una delle storie) del loro travaglio, per renderlo comprensibile e accettabile dandogli un senso – tanto o poco trascendente. Le varie narrazioni si concentrano precisamente sugli aspetti più difficili dell'ammalarsi: su quegli elementi dirompenti, sconvolgenti, incomprensibili, intollerabili sui quali ho messo l'accento nella prima parte del mio intervento. Indagano quegli aspetti per cercare di comprenderli integrandoli

in un significato che oltrepassi l'imprevedibile irrompere del loro accadere: per fare forse di necessità virtù, per mutare la contingenza dell'evento nel disegno di un destino.

Ma **reintegrare la malattia nella vita**, di cui è parte costitutiva, di cui rivela la natura profonda, vuol dire anche **riunire l'uomo diventato malato all'uomo sano** che era e che forse potrà ancora essere, come pure all'uomo sano che gli altri credono di essere. Che resta allora se, non solo l'azione, ma anche la parola si scontra ai propri limiti? È ancora a Borgna che faccio capo per accennare una difficile risposta "Allora, certo [...] **solo un gesto**, il gesto di stare *accanto* e il gesto di accarezzare dolcemente il volto, e la mano, di chi si allontana dalla vita, solo un gesto riesce a essere di aiuto e a essere terapeutico: nel silenzio della parola e nella luce del gesto" (Borgna 2001, p. 165). Un gesto o la semplice **presenza** attenta, testimone della sofferenza, o uno **sguardo**, partecipe del dramma dell'umana mortalità: affinché non sia realtà la situazione descritta da Rilke "Ah, Malte, noi ce ne andiamo, e mi pare che tutti siano distratti e indaffarati e non abbastanza attenti quando ce ne andiamo. Come se cadesse una stella, e nessuno la vedesse, nessuno avesse formulato un desiderio" (Rainer Maria Rilke, *I quaderni di Malte Laurids Bridge*, in Borgna 2001, p. 152).

L'opera completa e la bibliografia sono pubblicate sul sito: [www.asiticino.com](http://www.asiticino.com)



## Nascita dello GIDSI: Gruppo d'Infermiere in Diabetologia della Svizzera Italiana

12

Approfondimenti

Dall'inizio dell'anno 2004 è stato costituito un gruppo regionale d'infermiere specializzate in diabetologia: il gruppo è nato dalla volontà di 5 infermiere di unire le proprie forze e di facilitare gli scambi professionali. In Ticino, lo sviluppo e la creazione di 4 servizi di diabetologia nuovi nell'arco di pochi anni ha reso praticamente evidente il fatto di costituire un gruppo professionale che permetta, in un Cantone tutto sommato abbastanza piccolo, l'approccio continuo del diabete, con un linguaggio comune e informazioni attuali. Abbiamo sentito il bisogno di sviluppare lo scambio d'informazioni e d'esperienze professionali promovendo un concetto di educazione terapeutica (sviluppato dal Prof. Assal a Ginevra) e dando particolare attenzione all'interdisciplinarietà necessaria all'approccio globale del paziente diabetico.

Lo scopo del gruppo è di promuovere, salvaguardare e difendere i diritti professionali delle infermiere specializzate in diabetologia che, grazie alle loro qualifiche specifiche e alla loro attività, curano e accompagnano persone diabetiche.

La formazione di specialista clinica in diabetologia è stata svolta per noi nelle scuole di Losanna e di Zurigo. Ci auguriamo che il fatto di esserci costituite in gruppo possa rafforzare legami professionali per un approccio sempre più individualizzato, globale e completo del paziente diabetico. Il diabete richiede, in effetti, un approccio a lungo termine, la cronicità richiede costanza e un appoggio professionale competente per far sicché le complicazioni del diabete possano essere evitate, o per lo meno limitate. Il campo della diabetologia è in costante evoluzione, nuove terapie e strumenti di autogestione nascono ogni mese: uno dei nostri obiettivi è proprio di tenerci aggiornate continuamente per avvicinarsi al paziente in modo professionale, grazie ad una buona comunicazione tra noi.

Il nostro ruolo specifico è diversificato e tocca diverse aree, con alcune variabili secondo il nostro luogo di lavoro. È comunque basato sull'istruzione del paziente diabetico, sia degente sia ambulante, affinché lui stesso abbia gli strumenti necessari ad un'auto gestione massima. La nostra attività potrebbe riassumersi così: Consigli e consulenze per pazienti degenti e ambulant

- istruzione e consigli per autocontrollo glicemico
- istruzione e consigli per insulinoterapia
- cura e prevenzione del piede diabetico con informazioni individualizzate

Appoggio, sostegno al paziente diabetico nella cronicità

Formazione interna del personale sanitario, per favorire un linguaggio comune e un aggiornamento delle conoscenze, così da garantire sicurezza al paziente

Organizzazione di serate e incontri con diabetologi o specialisti per il pubblico: ottima occasione di scambio e di arricchimento per le persone che hanno il diabete, nonché possibilità di trovare risorse nei gruppi.

Il gruppo si pone i seguenti obiettivi e compiti:

- collaborazione, scambio d'esperienze e sviluppo di strategie fra i vari gruppi di lavoro
- promozioni e azioni per rendere professionale la figura dell'infermiera spec. in diabetologia.
- elaborazione, adeguamento e sviluppo degli standard delle cure, nelle consulenze e nell'istruzione per garantire la qualità della consulenza diabetica.
- promozione e sostegno nella formazione di future infermiere specializzate in diabetologia.
- elaborazione, realizzazione e sostegno di progetti di ricerca
- propagazione d'informazioni specifiche e politico-professionali nell'ambito della consulenza diabetica.
- promozione e sviluppo della coscienza della salute pubblica.

Il gruppo regionale delle infermiere in diabetologia della svizzera italiana collabora con tutte le organizzazioni rilevanti nazionali e internazionali.

Il gruppo vuole mantenere contatti con gli altri gruppi della Svizzera, sia con il gruppo della Svizzera romanda sia con il gruppo della Svizzera tedesca, mantenendo comunque un'identità propria adatta alla realtà e alle risorse del nostro Cantone.

Il gruppo delle infermiere in diabetologia è un

gruppo d'interesse che fa parte dell'associazione delle infermiere e degli infermieri come da articolo 47 f degli statuti dell'ASI. Esso favorisce gli interessi del personale specializzato e valorizza e sviluppa il ruolo dell'infermiera nelle cure, nell'educazione e nell'istruzione.

**Avosti Isabelle, Ospedale Regionale di Locarno  
La Carità  
Caviglia Alice, Clinica Humaine Santa Chiara,  
Locarno  
Maffeis Manuela, Ospedale Italiano e Civico,  
Lugano  
Marchesi Elvira, Ospedale Beata Vergine,  
Mendrisio  
Riganti Roberta, Ospedale San Giovanni,  
Bellinzona**



Ospedale  
Beata Vergine-Mendrisio



Ospedale  
Regionale Civico-Lugano



Ospedale  
S. Giovanni-Bellinzona e valli



Ospedale  
La Carità-Locarno



Clinica Humaine  
Santa Chiara-Locarno

Le foto sono tratte  
dai siti ufficiali:  
[www.eoc.ch](http://www.eoc.ch)  
[www.humaine.ch](http://www.humaine.ch)

Ecco come è possibile apportare dei cambiamenti nella realtà quotidiana a favore della sicurezza dei pedoni più in difficoltà: dati alla mano e molta tenacia.

## Gli anziani e PIPA attraversano le strade di BELLINZONA

14

Approfondimenti

L'associazione PIPA (Prevenzione Incidenti Persone Anziane) con sede a Giubiasco al Centro Aranda (Casa per anziani), dal 1997 si occupa di prevenzione; promuove e contribuisce all'attuazione di progetti che abbiano lo scopo di ridurre gli incidenti delle persone anziane e di favorire, dove possibile, abitudini ed atteggiamenti qualitativamente validi nella vita di questi soggetti.

L'ASI, ha sempre fatto parte del Comitato dell'Associazione PIPA dalla sua fondazione ad oggi, apportando contributi importanti ai vari progetti preventivi. Da questa collaborazione hanno avuto il via in Ticino alcune attività quali il protocollo sulle cadute in casa per anziani. Del Cantone, l'opuscolo sulla prevenzione delle cadute, le conferenze di sensibilizzazione sulla prevenzione delle cadute rivolte al personale curante o dirette agli anziani stessi, che hanno riscosso enorme successo nella popolazione del Cantone Ticino.

L'ipotesi alla base del progetto PIPA sottolinea che l'informazione sulle possibilità della prevenzione, elaborata con le persone anziane, destinata ad essere diffusa con la loro collaborazione, con quella dei familiari e del personale sociosanitario, permette di aumentare l'adesione ai cambiamenti per prevenzione degli incidenti.

Il pensiero iniziale dell'Associazione era rivolto alle cadute ed alle conseguenze di queste; attualmente si cerca di prevenire ogni infortunio affrontando la problematica ad esso legata, in termini globali, con un particolare sguardo rivolto alla qualità della vita degli anziani in Ticino al giorno d'oggi.

Vi riportiamo ora un progetto semplice, di breve durata e di basso costo, ma realizzato con enorme entusiasmo e che ha dato origine ad un'azione innovativa sperimentale, con una ricaduta positiva sulla vita delle persone anziane. Alcuni anziani l'anno scorso ci avevano interpellato, per segnalare che il tempo concesso per l'attraversamento delle strisce pedonali regolato da alcuni semafori a Bellinzona, non era adeguato alle loro reali possibilità.

Si effettuava una riunione preliminare con il gruppo degli anziani che si muovono autonomamente a Bellinzona e che intendevano partecipare all'iniziativa, per verificare se tempi dati dai semafori configuravano o meno un impedimento per l'attraversamento con sicurezza, nonché per concordare le caratteristiche salienti e le procedure che sarebbero state adottate.

L'obiettivo quindi prioritario era verificare direttamente sul posto con gli anziani, se il tempo

previsto dai semafori per l'attraversamento delle strisce pedonali ed il tempo a loro necessario per attraversare la strada coincideva o meno.

Viene contattato anche il Capoufficio della sicurezza, segnaletica e controlli tecnici del Municipio di Bellinzona per informarlo del progetto e chiedergli alcuni materiali di supporto che avrebbero facilitato le operazioni da compiere. Infatti, con estrema gentilezza, ci prepara cinque cartine geografiche di Bellinzona con i relativi incroci semaforici e due "palette" da utilizzare in caso di necessità.

Vengono approntate alcune griglie per rilevare il tempo di durata del verde, rosso e giallo del semaforo, il tempo necessario agli anziani per l'attraversamento, la distanza in metri delle strisce pedonali di ogni incrocio, l'esistenza di eventuali impedimenti alla circolazione dei pedoni e il funzionamento dei pulsanti.

nove anziani accompagnati da due professionisti della Casa anziani di Giubiasco e dalla coordinatrice dell'Associazione PIPA, durante tutta la giornata del venerdì 10 Ottobre 2003, muniti di cartine, palette, cronometro e bindella, hanno verificato questi dati.

Alcuni giornalisti radio-televisivi e dei quotidiani, nonché molti passanti di ogni età (mamme con carrozzine e bambini con biciclette), si sono aggiunti al gruppo durante "avventura", esprimendo di provare un senso di inusuale protezione nell'attraversare le strisce pedonali e a sua volta complimentandosi con il gruppo per l'iniziativa.

i nostri anziani erano sorpresi e contemporaneamente felici, nel constatare che la loro attività riscuoteva enorme interesse tra i passanti.

Alle ore 16.30, soddisfatti ma veramente stanchi, abbiamo intrapreso la via del ritorno.

I partecipanti hanno espresso subito il desiderio di voler ripetere l'esperienza in tutto il Cantone!!

Dai dati ricavati con quest'attività emerge senza dubbio che la tempistica risultava insufficiente per consentire (e non solo agli anziani), di attraversare serenamente e con sicurezza le strade della città di Bellinzona.

In alcuni passaggi fortunatamente i partecipanti che attraversavano con il verde erano arrivati a metà strada, dove potevano attendere il segnale verde successivo. Purtroppo nella maggior parte degli incroci, gli anziani arrivavano a meno ancora della metà strada.

Va precisato che nessuno dei partecipanti esprimeva di sentirsi sicuro attraversando con il giallo.

C'è sembrato quindi doveroso promuovere un

incontro fra tutti quelli che più o meno direttamente, sono confrontati con la tematica. Abbiamo indetto quindi una riunione per il 3/12/2003 invitando fra gli altri: il Comune di Bellinzona, il Dipartimento delle Istituzioni (strade più sicure), FTIA; ATGABBES; RADIX; UPVS e dell'Ufficio per la moderazione del Traffico, ecc.

La riflessione fra i partecipanti aveva portato ad una proposta comune di collaborazione: viene ipotizzata la creazione di un percorso privilegiato per pedoni con difficoltà o rallentamento nella mobilità e cioè, in particolare per anziani, handicappati, carrozzine, passeggini o altro.

In particolar modo Comune e Cantone hanno collaborato alla creazione del percorso che è stato presentato con una conferenza stampa nel mese di luglio 2004 a Bellinzona.

Sono, infatti, state posate delle videocamere su quattro passaggi pedonali. Si tratta di "un occhio elettronico" che rileva, quando il semaforo segna verde, i movimenti sulle strisce.

Questi sono captati dai sensori e se una persona si trova proprio durante l'attraversamento, s'innescia un meccanismo che allunga la durata del verde dai 10 ai 30 secondi in più.

Per concludere c'è sembrato doveroso condurre sul posto i veri protagonisti di quest'iniziativa, cioè gli anziani che avevano effettuato la valutazione iniziale, per toccare con mano i cambiamenti avvenuti.

Qualche giorno fa, ci siamo recati nuovamente sul posto e con enorme sorpresa gli anziani hanno potuto constatare che ora sono in grado di attraversare la strada in questi incroci nel periodo consentito dalle indicazioni del semaforo. La felicità è stata enorme perché, a dire il vero, non è che loro siano diventati più svelti negli spostamenti!!!

Questo tipo di intervento – primo in Ticino -, apporta un grosso contributo alla sicurezza degli anziani e non solo. Per chi volesse verificare di persona quest'iniziativa, deve cercare agli incroci semaforici di Piazza Mesolcina, Via Pellandini, Via Giusan e Via Zorzi le indicazioni grigie con righe gialle, con la scritta: **"Attraversamento pedonale facilitato"**.

Ora i nostri anziani si domandano se sarà possibile collocare questi sistemi anche in altri incroci da loro molto usati come quello che a Giubiasco permette di accedere ai supermercati e per sentirsi maggiormente protetti nelle strade.

Se ciò avvenisse certamente questa fetta della popolazione sarebbe in grado di prolungare la propria autonomia negli spostamenti e avrebbe minor bisogno di supporti esterni.

Ricordiamo che tutti i materiali cartacei preventivi, nonché l'intervento dei nostri esperti nelle tematiche inerenti il mondo dell'anziano, è possibile richiederli direttamente allo 079/357.31.24, oppure all'indirizzo di posta elettronica: [pipa@ticino.com](mailto:pipa@ticino.com)

# PIPA



Visitate il sito: [www.pipa.ti](http://www.pipa.ti)

## Assemblea generale ordinaria

Il Comitato ASI-SBK Sezione Ticino ha il piacere di invitarvi  
all'Assemblea Generale Ordinaria:

**Martedì 22 Marzo 2005 - Ore 18.30**

**Ospedale Regionale di Locarno La Carità, 6600 Locarno**  
Aule 2 A e 2 B – 2° piano – Ala Est

### Conferenza

## Rendiamo visibili le cure

**Martedì 22 Marzo 2005 - Ore 20.00**

**Ospedale Regionale di Locarno La Carità**  
Aule 2 A e 2 B – 2° piano – Ala Est

**Relatore: Duilio F. Manara**

Docente a contratto di teoria e filosofia corso di laurea in infermieristica,  
Università Vita – Salute, S. Raffaele, Milano



UNIVERSITE DE MONTREAL  
Département d'administration  
De la santé (DASUM)



CANTONE TICINO  
Dipartimento della sanità e della socialità (DSS)  
Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport

**UNIVERSITE D'ETE**  
**EN ADMINISTRATION ET GESTION DES SERVICES SANITAIRES**  
**du 25 juillet au 5 août 2005**  
**ASCONA MONTE VERITA' (TESSIN)**

Le cours seront donnés en français et s'adressent aux professionnels et aux  
gestionnaires (cadres supérieurs et intermédiaires).

Le certificat de réussite sera signé par le Département d'administration  
de la santé De l'Université de Montréal.

**Cloture des inscriptions le 30 mai 2005**

POUR TOUTE INFORMATION :

Sezione sanitaria - Cours Universitaires d'Eté

Mme. Patrizia Pagnoncelli

Via Orico 5 - 6500 Bellinzona

Tél: ++41 91 814.30.50/48 - Fax: ++41 91 825.31.89

E-mail: patrizia.pagnoncelli@ti.ch - Site Internet: www.ti.ch/UDEASS

Segretariato ASI

Via Simen 8  
6830 Chiasso

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