

SUPSI Health

Rivista semestrale dell'Unità di ricerca del Dipartimento sanità della SUPSI

Editoriale

di Riccardo Crivelli

L'Ospite

di Alberto Cotti

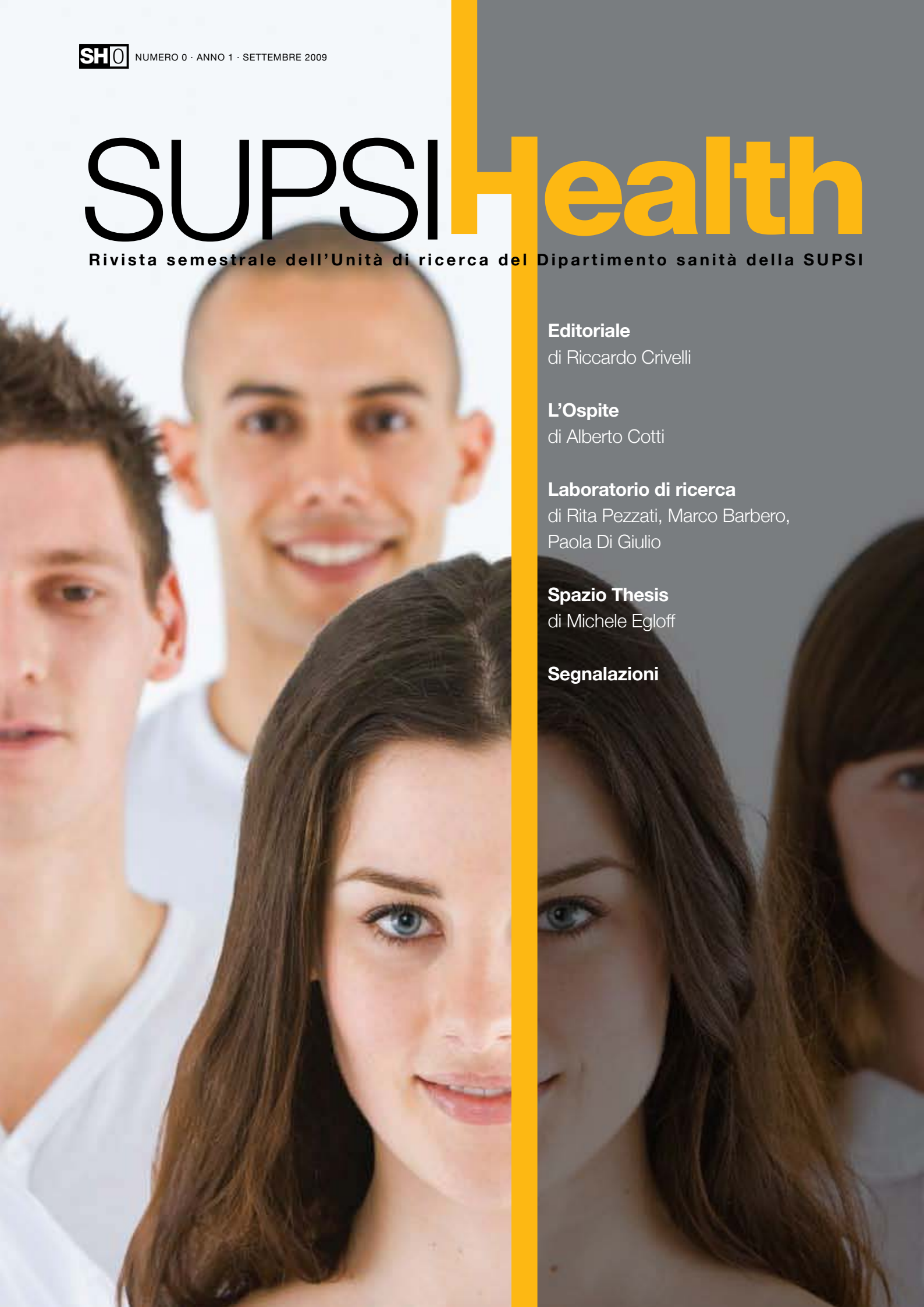
Laboratorio di ricerca

di Rita Pezzati, Marco Barbero,
Paola Di Giulio

Spazio Thesis

di Michele Egloff

Segnalazioni



editoriale

Con questo numero "0" di SH - *SUPSI Health* - nasce la nuova rivista semestrale dell'Unità di ricerca del Dipartimento sanità (DSAN) della SUPSI. L'iniziativa trae origine da diverse motivazioni ed esigenze.

Innanzitutto, si tratta di rendere visibili le attività di ricerca del Dipartimento. Occorre considerare il fatto che questa attività non è fine a sé stessa, ma è parte integrante dell'offerta del DSAN e della SUPSI. In questo senso, è importante che le ricercatrici ed i ricercatori dell'Unità di ricerca si sentano partecipi dell'Istituto a tutti gli effetti, e che parallelamente essi siano considerati tali dall'intera comunità del Dipartimento.

In secondo luogo, si vorrebbe che le attività di ricerca promosse dal DSAN siano di utilità immediata agli interessati più prossimi, vale a dire alle colleghe e ai colleghi docenti e docenti-ricercatrici/ricercatori, ma soprattutto alle studentesse e agli studenti dei corsi di base e della formazione continua del Dipartimento. Il percorso formativo prevede infatti un confronto diretto con la ricerca, sia in modo disseminato attraverso le modalità e gli approcci didattici proposti in tutti i moduli, sia in modo mirato, attraverso i moduli specifici propedeutici alla progettazione ed alla realizzazione del Lavoro di tesi.

Sin dall'inizio della formazione, è importante che si guardi alla ricerca e ai suoi risultati non come ad un elemento aggiuntivo, ma come ad un *tool* indispensabile della propria, futura, professione. Vorremmo, con questa iniziativa, che i risultati della ricerca affluissero nella didattica garantendo alle studentesse e agli studenti dei corsi di base e della formazione continua di beneficiare di questa attività del Dipartimento. Non di meno risulta importante che si stimolino gli studenti ad interessarsi essi stessi, in prima persona, subito e in vista della propria futura attività professionale, alla ricerca e ai suoi innumerevoli e affascinanti aspetti (temi, contenuti, metodi, strumenti, banche dati e letteratura).

In terzo luogo, ma non ultimo in ordine di importanza, si intende rendere noti i risultati della ricerca, affinché se ne possa fruire. Si fa riferimento, ovviamente, alla validità e qualità dei risultati in sé, al contributo che le attività di ricerca possono dare a diverso titolo al miglioramento della conoscenza dei fenomeni che concernono le problematiche di sanità e salute. Si vorrebbe anche, nella misura del possibile, intavolare un discorso con il territorio, ossia con le operatrici e gli operatori attivi nei diversi ambiti della salute e della cura, nonché con le altre istanze formative - si pensi alle diverse scuole e alle Università - e con le innumerevoli istituzioni pubbliche e private presenti.

Ancora una parola per spiegare il titolo della rivista. SH sta per *SUPSI Health*: il titolo vuole richiamare immediatamente l'ambito disciplinare e formativo del Dipartimento sanità della SUPSI, del resto assai ampio, che si intende proporre al lettore. Nel contempo, SH sta anche per *Sustainable Health* - salute sostenibile - per sottolineare l'adesione del DSAN alla filosofia di fondo alla quale si ispirano gli assi di ricerca sviluppati per l'insieme della SUPSI: una ricerca attenta al progresso scientifico a beneficio dell'uomo e del suo quadro di vita sociale ed ambientale.

In questa prima edizione di SH trovate nella rubrica "Laboratorio di ricerca" tre articoli: Rita Pezzati presenta il progetto interdisciplinare e sperimentale VI-VES, concernente l'abbigliamento degli anziani in istituto; Marco Barbero descrive le prime tappe di un progetto in corso (AIMES) relativo alla standardizzazione delle procedure per l'applicazione dell'elettromiografia di superficie; Paola Di Giulio, infine, espone i primi risultati di una ricerca sulla percezione di infermieri e medici sui bisogni e problemi dei pazienti sopravvissuti al cancro.

Riccardo Crivelli
Responsabile dell'Unità di ricerca del DSAN

DSAN/SUPSI

Galleria 2
CH - 6928 Manno

Realizzazione

Unità di ricerca del DSAN

Hanno collaborato

M. Barbero
A. Cotti
R. Crivelli
P. Di Giulio
M. Egloff

E. Gerosa
R. Pezzati
A. Piccaluga-Piatti

sommario

EDITORIALE.....2

L'OSPITE

Perché SUPSI-HEALTH4

LABORATORIO DI RICERCA

VI-VES: vivere meglio vestendo bene.....6

Il progetto AIMES: un contributo alla standardizzazione delle
procedure per l'applicazione dell'elettromiografia di superficie 10

La percezione di infermieri e medici sui bisogni e problemi dei
pazienti sopravvissuti al cancro 14

SPAZIO THESIS.....9

SEGNALAZIONI 10





PERCHÉ SUPSI-HEALTH

Alberto Cotti

Presidente del Consiglio della SUPSI

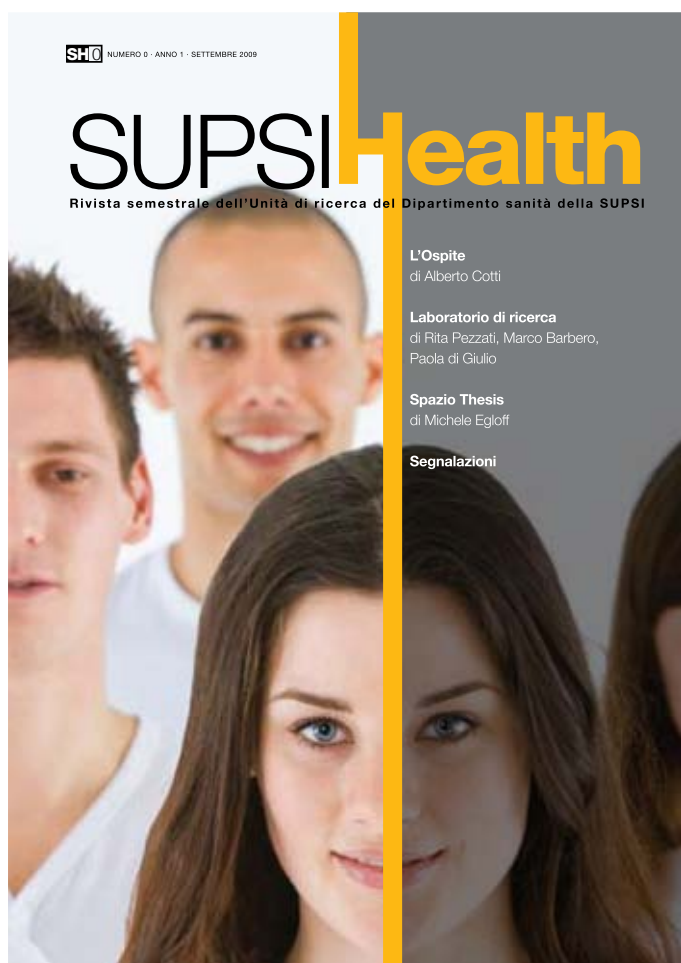
SH - *SUPSI Health* - oppure *Sustainable Health* - è un'iniziativa dell'Unità di ricerca del Dipartimento sanità (DSAN) della SUPSI. Con grande modestia, ma con un pizzico di orgoglio, SH mira semplicemente ad illustrare agli interessati - *in primis*, agli studenti e ai docenti, ma anche a tutti i partner della scuola - la propria attività di ricerca.

Come previsto dalla legge sulle SUP, la formazione impartita dalle scuole universitarie professionali deve essere accompagnata da un'attività di ricerca volta ad assicurare all'insegnamento la necessaria qualità ed aggiornamento. In quest'ottica la ricerca e le sue correlazioni con la formazione di base e continua costituiscono il fattore di differenziazione rispetto alle formazioni precedenti: il fatto di promuovere anche in Ticino, a decorrere dal 2006, le formazioni a livello universitario in cure infermieristiche, fisioterapia ed ergoterapia, costituisce una lungimirante decisione che consente di tener conto concretamente della crescente importanza della ricerca applicata in questi contesti e crea le premesse per ulteriori sviluppi che sicuramente avranno impatti positivi anche sul piano didattico.

L'orientamento, tuttavia, non è verso la ricerca fondamentale, che per principio è compito specifico delle università, ma verso la ricerca applicata, di "terreno": ossia verso la promozione di progetti di ricerca che scaturiscano da problematiche reali, effettive, con le quali l'uomo e la società si trovano confrontati e che richiedono adeguate soluzioni. Una ricerca "orientata alla pratica", insomma, che sta dando molte soddisfazioni in SUPSI, soprattutto perché favorisce approcci e collaborazioni trasversali nei nostri Dipartimenti e legami stretti con il territorio, alimentando anche quella funzione di servizio che è una delle caratteristiche che una scuola universitaria professionale deve saper offrire ai suoi partner.

Nel solco di questi principi, se la nostra attenzione è rivolta al sistema sanitario e ai suoi problemi attuali, sul piano regionale, nazionale ed internazionale, non possiamo che rilevare un'infinità di questioni aperte, che vanno dagli aspetti meramente clinici fino a quelli di gestione della complessità dell'intero sistema. Anche gli operatori si trovano confrontati con esso e con le sue problematiche ed è dunque buona cosa che nel loro percorso formativo acquisiscano la consapevolezza di dover fare della ricerca uno strumento di lavoro indispensabile per lo svolgimento stesso della propria attività quotidiana. La formazione delle infermiere e degli infermieri, delle fisioterapiste e dei fisioterapisti, delle ergoterapiste e degli ergoterapisti SUP, prevede dunque un adeguato percorso di iniziazione alla ricerca nei rispettivi ambiti professionali, tra l'altro certificato con l'elaborazione del lavoro di tesi, che stimoli la curiosità degli studenti e crei in essi l'interesse al mondo della ricerca e ai suoi risultati.

Va pure detto che la SUPSI è presente in Vallese e nella Svizzera tedesca con l'insegnamento a distanza e nei Grigioni, a Landquart, con la formazione dei fisioterapisti



privati, del territorio, che ne condividano gli orientamenti e gli sforzi.

Il DSAN ha partecipato, unitamente agli altri Dipartimenti, all'elaborazione della strategia e degli assi di ricerca della SUPSI per i prossimi anni. In particolare, ha contribuito alla messa a punto dell'asse di ricerca "Sistemi sociali e salute pubblica". In quest'ambito, mi piace anche evidenziare la scelta di fondo della SUPSI nel suo insieme, che ha deciso di promuovere le proprie attività di ricerca sulla tela di fondo dello "sviluppo sostenibile": SH significa anche *Sustainable Health*, salute sostenibile.

Nella mia veste di Presidente del Consiglio della SUPSI sostengo con piacere la nascita di questo periodico; ne condivido gli indirizzi e le finalità, nella convinzione che esso potrà essere non solo d'interesse per la comunità scolastica del DSAN e della SUPSI, ma anche per l'insieme degli attori socio-sanitari del territorio, i quali, come previsto, potranno anche essere "ospiti" di SH.

in collaborazione con la Fondazione Thim van der Laan. L'augurio che mi sento di esprimere in questa occasione particolare è che questa pubblicazione possa diventare presto anche prezioso strumento di scambio di esperienze di ricerca in contesti linguistici e culturali diversi.

Per tutte queste ragioni, i progetti, gli studi, le prestazioni di servizio, le pubblicazioni, in sintesi, le attività di ricerca effettuate e prodotte dalle collaboratrici e dai collaboratori del DSAN e dai suoi studenti, devono riverberarsi nella formazione stessa e vanno rese note e diffuse a tutti gli interessati. SH, di cui avete in mano il numero 0, si prefigge appunto di contribuire a questa diffusione.

L'Unità di ricerca del DSAN è giovane, è ancora fragile e ha bisogno di crescere e consolidarsi. Ha bisogno di aperture, di supporti e collaborazioni, sia interne, con gli altri Dipartimenti SUPSI, sia esterne, con altre agenzie di formazione e ricerca e con istituzioni, strutture e servizi, pubblici e

Nelle pagine seguenti di SH si dà testimonianza delle attività di ricerca con riferimento a singoli progetti.

V'è da osservare che lo stato di avanzamento dei progetti non segue una linea deterministica: a volte si assiste ad un'accelerazione, altre volte a delle battute d'arresto. Progetti preannunciati vengono modificati o conoscono inaspettati sviluppi.

Nella parte della nostra rivista intitolata "laboratorio di ricerca" compaiono dunque diversi tipi di articolo. A volte potrebbe trattarsi della descrizione di un progetto in corso, di cui si presenta l'impianto metodologico o i primi, ancorché parziali, risultati. Altre volte potrebbe essere illustrata una sintesi dei risultati finali, resi fruibili in una forma adeguata, o ancora potrebbero essere proposti commenti critici a progetti, sollecitati nell'ambito del dibattito scientifico.



VI-VES: VIVERE MEGLIO VESTENDO BENE

Studio pilota su abbigliamento e anziani degenti in casa per anziani.

VI-VES: LIVING BETTER BY DRESSING WELL

Pilot study of clothing and bedridden elderly in retirement homes.

Rita Pezzati possiede un Master of Science in psicoterapia, opera presso l'Ospedale della Beata Vergine di Mendrisio, è docente-ricercatrice presso il Dipartimento sanità della SUPSI e conduce gruppi di sostegno psicologico/counselling per parenti di malati di Alzheimer. È inoltre professore a contratto presso l'Università degli studi di Milano Bicocca per la specialità di psichiatria.

Rita Pezzati

Team di ricerca:

R. Pezzati, J. Marrocco, M. Ardia, C. Sargenti (DSAN)

M. Jelmini, L. Maggetti, R. Rutari, E. Lironi (SAMS)

L. Ravanelli (collaboratrice esterna DSAN)

Abstract

This project was born of an empirical observation and a theoretical consideration: the observation suggests to us that elderly people, particularly if institutionalised, are often not cared for with respect to their clothing, or are dressed in a way which is not always suitable to their own health condition. The literature and the theory invite us to reflect on the importance of clothing to the identity and dignity of the elderly or ill person. Starting from these premises, the research proposes to test a series of clothes, especially conceived and realised together with the Scuola Arti e Mestieri Sartoria (SAMS), on a certain number of elderly people, and to evaluate the effects and impacts through appropriate instruments. The interests of the research are within the following spheres: scientific, psychological, and didactic.

Introduzione

Abbigliamento e geriatria: due mondi apparentemente distanti. Il primo rimanda al tema della giovinezza e risente anche di aspetti sociali e culturali. L'abbigliamento è espressione della propria individualità e una delle prime chiavi di presentazione di sé stessi "al mondo", ma anche del proprio ceto sociale e culturale. Il secondo, invece, è connotato secondo due rappresentazioni antitetiche: da una parte la vecchiazza vissuta come un periodo in cui "tutto finisce"; dall'altra -come una sorta di negazione- lo stereotipo di una vecchiazza "in piena salute" complice di ciò anche una società che produce vecchiazza grazie al benessere e ai progressi scientifici (Twigg 2007; Moser, Pezzati et al. 2002). Anche in ambito scientifico parlare di anziani spesso è declinato in termini di bisogni, di funzionalità/ disfunzionalità di abilità piuttosto che di espressività e identità (Twigg 2007). Il corpo nella sua rilevanza e nella sua presenza diventa consapevolezza del suo esserci, come nel caso di perdita di funzionalità, negli esiti di ictus o aprassie. Pertanto, può accadere che una pratica quotidiana quale quella di vestirsi assuma in alcune circostanze un valore clinico importante. Il "non so cosa mettermi questa mattina" diventa "non so cosa posso mettermi questa mattina", ovvero cosa sono in grado di mettermi.

"L'essere in grado di vestirsi" è riconosciuta come una delle attività essenziali della vita quotidiana (ADL) (Basaglia et al. 1989, WHO 2001) e che assume un valore diagnostico in termini di valutazione funzionale benché le scale ad oggi utilizzate contengano un vizio di forma, in quanto la valutazione dell'abilità residua non tiene conto che la disabilità in sé porta



ad una incapacità ad indossare gli abiti che utilizzava in precedenza.

Ma questo è solo un aspetto del fenomeno: diversi studi qualitativi (Clark & Rugg 2005, College of Occupational Therapists 2000) mettono in evidenza come una stessa pratica quotidiana – l'igiene personale e la vestizione – possa essere espressione di bisogni, vissuti, esperienze differenti sia per gli operatori che per gli ospiti che rimandano ciascuno al proprio stile personale di attribuzione di significato. Inoltre, per l'operatore, questa pratica può essere fonte di ulteriore stress che va ad inficiare la relazione con il paziente, aspetto fondante nella relazione di cura.

Sappiamo anche che le modalità di espressione dello stress sono estremamente soggettive e diversificate: può accadere infatti anche che rabbia, impulsività e irritabilità si manifestino attraverso azioni o modalità linguistiche poco rispettose o forme di dileggio del paziente (Stone & Hazelton 2008, Manns & Cowburn 2005).

In aggiunta, in un ambiente istituzionalizzato, l'aspetto dell'abbigliamento potrebbe essere l'elemento di differenziazione anziché di omologazione e di appartenenza allo status di "disabile", perché diventa il terreno sul quale poter esprimere la propria unicità di persone, il poter rivelare attraverso l'abbigliamento "l'essere di colui che invecchia".

Obiettivi

A partire dalla riconosciuta necessità di valorizzazione della dignità olistica della persona, comprendente l'abbigliamento, ci siamo proposti con questa ricerca pilota di realizzare alcuni capi di abbigliamento che possano riunire in sé le caratteristiche sopra citate: avvalorare la soggettività dell'invecchiamento di ogni

singolo individuo e l'importanza dell'implementazione nella vita quotidiana di conoscenze e strumenti tecnici atti a stimolare il mantenimento delle capacità restanti e diminuire l'impatto di una disabilità limitante per sé stessi e ostacolante per chi accudisce. La collaborazione con La Scuola Arti e Mestieri Sartoria (SAMS) permette la realizzazione di capi sperimentali. La ricerca, di tipo esplorativo, si pone come obiettivo generale di rilevare le rappresentazioni, i significati e i vissuti emotivi che ruotano attorno alla relazione tra abbigliamento, identità e corpo per l'anziano ma anche per l'operatore sanitario chiamato a svolgere un'attività quotidiana quale è quella del vestirsi.

In particolare:

- i vissuti emotivi e i significati che l'ospite attribuisce all'abbigliamento (quanto è importante vestirsi? che immagine di sé rimanda il suo abbigliamento?);
- i vissuti e le rappresentazioni dell'operatore nello svolgere una pratica quotidiana (quanto è importante nella mia professione la cura della persona? che valore gli attribuisco? che significato ha per me?);
- alcuni aspetti del funzionamento degli operatori, in particolare irritabilità e impulsività
- il livello di stress percepito e le modalità di *coping* prevalentemente utilizzate
- la valutazione della funzionalità di modelli sperimentali di capi di abbigliamento espressamente progettati e confezionati in risposta alle diverse problematiche evidenziate.

Modello teorico di riferimento

L'identità si costruisce, durante tutto l'arco della vita, all'interno di relazioni significative, in particolare con le proprie figure di attaccamento (FdA) (Bowlby 1980, 1988; Guidano 1988, 1992). I cambiamenti della vita (cambiamento di ruolo sociale, una malattia), le esperienze che facciamo, sono "lette" alla luce della nostra identità, cioè dal modo in cui noi definiamo priorità, bisogni, valori e desideri. Anche nel processo di invecchiamento la nostra narrazione, il nostro modo di raccontarci (cosa sento e come mi vedo) e raccontarsi agli altri (come mi racconto agli altri) cambia perché influenzato dalle nostre esperienze, dagli eventi di vita pur rimanendo fedele alla nostra coerenza interna, alla nostra identità.



Campione

Il campione è costituito da 6 degenti di una casa di riposo, di età superiore a 75 anni, e dagli operatori socio-sanitari della struttura.

Criteri di inclusione:

- malattie neuro-degenerative (sindromi demenziali problemi di spasticità di Parkinson)
- problematiche legate ad esiti di ictus
- problematiche reumatologiche ed artritiche
- problematiche legate a sindromi demenziali.

L'inclusione di tali soggetti deve soddisfare i criteri di *assessment* delle funzioni cognitive.

Criteri di esclusione:

Sono esclusi dal campione i soggetti che, nella misura in cui le loro capacità cognitive lo permettano, esprimono un non consenso alla partecipazione al progetto. Nei casi in cui i soggetti risultino incapaci di esprimersi in merito, sarà la famiglia ad esprimere il consenso (o il non consenso).

Metodologia e strumenti

Per quanto riguarda gli aspetti metodologici, la ricerca si propone di coniugare aspetti sia quantitativi che qualitativi. La scelta di accostare due metodologie permette una maggiore articolazione ed

approfondimento del fenomeno oggetto di studio (De Gregorio & Chiarolanza 2007, De Gregorio & Mosiello 2004).

Strumenti quantitativi:

1. Strumenti di *assessment* per l'ospite:

1.1. Geriatric Depression Scale (GDS) (Yesavage et al. 1983) per la rilevazione e la valutazione del tono dell'umore.

1.2. Benessere e abilità cognitive nell'età adulta e avanzata (BAC) (De Beni et al. 2007), Comprensione Del Testo nell'Invecchiamento (COMP): si propone di valutare l'eventuale compromissione della capacità di comprensione di un testo. La possibilità di sostenere e articolare un'intervista narrativa sottende, infatti, tale requisito (o capacità).

1.3. Benessere e Invecchiamento (BEN-SSC): rilevazione del benessere soggettivamente percepito e della qualità della vita.

1.4. Mini-Mental (MMSE): valutazione delle funzioni cognitive atte ad una rilevazione di deficit cognitivi.

2. Strumenti di *assessment* per l'operatore socio-sanitario:

2.1. Health Professions Stress And Coping Scale (HPSCS) (Ripamonti et al. 2007): questionario *self report* che misura il livello di stress percepito e le modalità di *coping* utilizzati in ambito sanitario.

2.2. Indicatori della Condotta Aggressiva (QUESTIONARIO I-R) (Caprara et al. 1991): questionario *self-report* per la rilevazione degli indicatori dell'irritabilità e della ruminazione/dissipazione.

Strumenti qualitativi:

Intervista semi-strutturata: si tratta di un'intervista da somministrare sia all'ospite sia agli operatori socio-assistenziali della struttura. L'intervista ha lo scopo di far emergere rappresentazioni individuali dei soggetti presi in esame, significati e vissuti emotivi ad essi associati rispetto alla relazione tra identità, corpo e abbigliamento. A ciascun operatore, inoltre, sarà rivolta un'intervista specifica per ogni singolo ospite con lo scopo, da un lato, di mantenere e valorizzare la singolarità e l'unicità individuale degli ospiti e dall'altro, di far emergere con quali modalità e attraverso quale processo l'operatore mette in evidenza delle caratteristiche personali (positive/negative) di ciascun ospite e da quali emozioni è sostenuto tale processo.

L'analisi qualitativa dell'intervista prevede l'ausilio di ATLAS.ti, appartenente alla famiglia degli strumenti metodologici Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software (CAQDAS).

Lo studio della narrativa soggettiva degli stati emozionali, ci consente di evidenziare le differenze individuali circa il significato attribuito da ciascun individuo all'esperienza emotiva.

Lo sviluppo del progetto di ricerca consta di tre fasi:

I^a fase: reclutamento del campione comprendente gli ospiti e gli operatori della struttura. L'adesione al progetto di ricerca è su base volontaria previa contrattazione con il dirigente della struttura ospitante e presentazione del progetto stesso agli operatori in termini di obiettivi e ricadute operative in funzione delle riflessioni emerse dalla ricerca.

II^a fase: prima somministrazione della batteria di test e intervista agli ospiti e agli operatori. Analisi dei dati e ulteriore riformulazione dell'intervista in funzione del principio di circolarità della metodologia qualitativa (De Gregorio & Chiarolanza 2007, De Gregorio & Mosiello 2004).

III^a fase: seconda somministrazione della batteria di test e intervista agli ospiti e agli operatori. Analisi dei dati della seconda somministrazione e confronto con i risultati della precedente. Le osservazioni e riflessioni relative ai risultati emersi dall'analisi complessiva dei dati saranno restituite ai soggetti in termini di una riflessione sull'attività della cura della persona. Essa rappresenta uno spazio di riflessione sulle proprie modalità personali di entrare in relazione e di converso sui vissuti emotivi che ad esse si accompagnano.

Aspetti di innovazione e prospettive future

Tre possono essere gli ambiti di interesse di questa ricerca: scientifico, psicologico in termini di ricadute a livello identitario e, infine, didattico con particolare riferimento sia alla formazione degli operatori, sia alle ricadute sul "proprio agire professionale" in funzione delle riflessioni derivate dai risultati.

Bibliografia

- Basaglia N., Boldrini P. e S. Lavezzi. 1989. Valutazione motoria e funzionale dell'emiplegico adulto da lesione cerebrovascolare. In (a cura di) F.Franchignoni. *Aggiornamenti in Riabilitazione*. 1 vol: 9-24. Milano: F. Ghedini Editore.
- Bowlby, J. 1980. *Attachment and Loss*. 3 vol. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. 1988. *A Secure Base*. London: Routledge.
- Caprara G.V., Barbaranelli C., Pastorella C. e M.Perugini. 1991. *Indicatori della condotta aggressiva*. Firenze:Edizioni Giunti.
- Clark J. e S. Rugg. 2005. The importance of independence in toileting: the views of stroke survivors and their occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy* 68 (4):165-171.
- College of Occupational Therapists. 2000. *Code of ethics and professional conduct for occupational Therapists*. London: COT.
- De Beni R., Borella E., Carretti B., Marigo C. e L.A. Nava. 2007. *Benessere e Abilità Cognitive nell'Età Adulta e Avanzata*. Firenze:Edizioni Giunti.
- De Gregorio E. e C. Chiarolanza. 2007. *L'analisi dei processi psico-sociali. Lavorare con ATLAS.ti*. Roma:Carocci Editore.
- De Gregorio E. e F. Mosiello. 2004. *Tecniche di ricerca qualitativa e di analisi delle informazioni con ATLAS.ti*. Roma:Edizioni Kappa.
- Guidano V.F. 1987. *Complexity of the Self*. New York:Guilford (Ed. it.: Guidano V.F.1988. *La Complessità del Sé*. Torino:Bollati Boringhieri Editore).
- Guidano V.F. 1991. *The Self in Progress*. New York:Guilford Press (Ed. it.: Guidano V.F. 1992. *Il Sé nel suo Divenire*. Torino:Bollati Boringhieri Editore).
- Manns S.e J. Cowburn. 2005. Emotional labour and stress within mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12: 154-162.
- Moser F., Pezzati R.e B. Luban-Plozza. 2002. *Un'età da abitare. Identità e narrazione nell'anziano*. Torino:Bollati Boringhieri Editore.
- Ripamonti C. A. , Steca P. e A.Prunai 2007. *Health Profession Stress And Coping Scale*. Firenze:Edizioni Giunti.
- Stone T. E. e M. Hazelton. 2008. An overview of swearing and its impact on mental health nursing practice. *International Journal of Mental Health Nursing* 18: 208-214.
- Twigg J. 2007. Clothing, age, and the body: a critical review. *Agieng & Society* 27: 285-305.
- Yesavage J, Brint T. e T. Rose. 1983. Development and validation of a geriatrics screening scale: a preliminary report. *J. Psychiat Res* 17: 37-49.
- World Health Organization. 2001. *WHO: International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva:WHO.

IL PROGETTO AIMES:

un contributo alla standardizzazione delle procedure per l'applicazione dell'elettromiografia di superficie.

THE AIMES PROJECT:

input on the standardization of the procedure for the application of surface electromyography.

Marco Barbero è fisioterapista, ha conseguito un Master in terapia manuale presso l'Università di Genova e sta svolgendo un lavoro di Dottorato nell'ambito del dolore muscolare. Opera presso il Dipartimento Sanità in qualità di ricercatore e svolge attività di docenza, oltre che presso il DSAN, anche all'Università di Genova e all'Università Vita-salute del San Raffaele di Milano. I suoi ambiti di interesse sono la riabilitazione delle patologie della colonna e le applicazioni dell'elettromiografia di superficie nello studio delle patologie muscolo-scheletriche.

Marco Barbero

Abstract

Surface electromyography is a non-invasive method of investigating the bioelectrical phenomena of muscular contraction through the use of surface electrodes placed on the skin. It has several applications in areas such as

neurology, rehabilitation and sports therapy, and it is a widely accepted method of studying the neuromuscular system. Nevertheless, a standardisation of the bipolar electrodes placement procedures is needed in order to permit the development and full realization of this technique. Experts have remarked that an appropriate position of the bipolar surface electrodes, i.e. one which avoids the innervation zones, is crucial to obtaining accurate estimates of the electromyographic signals.

The goal of the AIMES project is to study the localization of the innervation zones in 54 muscles and to provide information about the optimal electrode sites for each muscle.

Introduzione

In quest'articolo vorremmo descrivere un ambito d'attività dell'Unità di ricerca del Dipartimento sanità in cui si sta iniziando ad operare tramite un progetto ancora in fase iniziale. Riteniamo comunque utile ed interessante sottolineare che in tale progetto di ricerca è stato inserito uno studente della formazione di base che ha potuto così svolgere la sua Tesi di Bachelor sull'argomento. Recentemente il team si è ulteriormente allargato coinvolgendo anche Matteo Beretta-Piccoli, biologo con esperienza nell'ambito della ricerca genetica. Le collaborazioni si sono rese indispensabili anche a causa dell'elevato numero di dati da raccogliere ed elaborare.

Il settore dell'indagine elettromiografica è da considerarsi strategico per l'Unità di ricerca, in particolare per le potenzialità che offre nello studio delle patologie neuromuscolari. Questo progetto costituirà una prima importante esperienza di ricerca utile all'acquisizione delle competenze metodologiche indispensabili per la l'applicazione clinica dell'elettromiografia di superficie.

Descrizione

Cenni storici

L'elettromiografia di superficie è un tecnica di indagine non invasiva che permette di registrare i potenziali elettrici generati dall'attività delle fibre muscolari. Il primo ricercatore a dimostrare che durante una contrazione muscolare si genera un'attività elettrica fu Dubois-Raymond nel 1849, ma la prima registrazione elettromiografica fu opera nel 1890 dello scienziato francese Étienne-Jules Marey, che per primo introdusse il termine "elettromiografia". Il suo utilizzo in ambito clinico e di ricerca è cresciuto in modo importante solo a partire dagli anni 60. Attualmente si sono affermate due tecniche sostanzialmente diverse, quella ad ago (invasiva) e quella di superficie (non invasiva). (Fig.1)

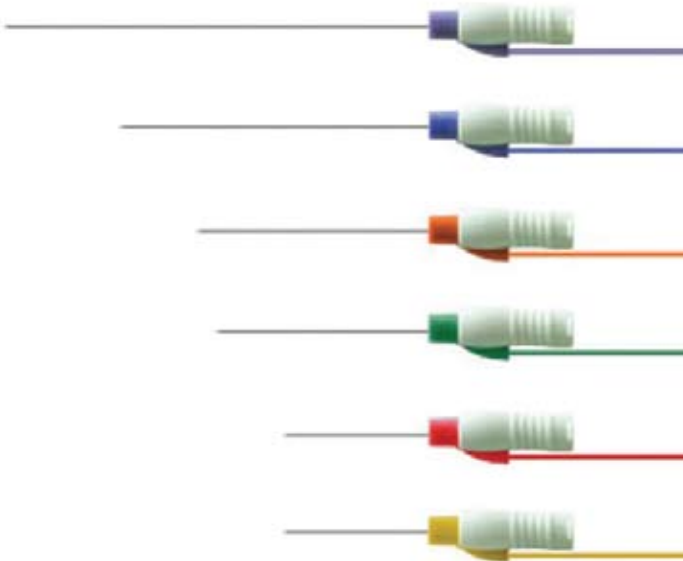


Fig. 1 - Diversi tipi di elettrodi ad ago (sopra) ed elettrodi bipolari di superficie (sotto).



L'elettromiografia di superficie, che non si avvale dell'infissione di aghi ma bensì dell'applicazione di elettrodi bipolari sulla cute, trova il suo principale utilizzo nello studio del movimento ed in particolare nel timing di attivazione della muscolatura (Drost, Stegeman et al. 2006).

Lo studio dell'attivazione intra- e inter- muscolare in soggetti sani ha permesso di descrivere in modo dettagliato le strategie motorie del sistema neuromuscolare e quindi di compararle con quelle nei soggetti patologici, questo con evidenti ricadute in ambito medico e riabilitativo.

Campi d'applicazione

Essi sono rappresentati da: problematiche della colonna vertebrale, ambito sportivo -in cui la valutazione approfondita dei gesti è indispensabile per migliorare le tecniche di allenamento (Kibler, Chandler et al. 2007)- e studio della fatica sia nei soggetti sani che in quelli patologici (Merletti, Farina et al. 2003).

La necessità di linee guida e il progetto SENIAM

La relativa facilità di impiego di questa metodica di indagine, l'assenza di effetti nocivi e la sua economicità hanno contribuito alla sua diffusione anche tra operatori privi delle nozioni tecnico-scientifiche necessarie. Questa situazione ha determinato in alcuni casi la diffusione di lavori pseudo-scientifici, generando attorno all'analisi elettromiografica contemporaneamente grande interesse e diffidenza (Merletti and Parker 2004). La Comunità Economica Europea, sensibile ai problemi derivanti dall'utilizzo di tecniche di indagine in ambito biomedico e nel contempo attenta nel fornirne raccomandazioni per l'utilizzo, ha approvato nel 1996 il progetto *Surface Electromyography for non invasive Assessment of Muscles* (SENIAM), riconoscendo l'elettromiografia come una tecnica matura e con molteplici campi di applicazione.

Il progetto SENIAM (www.seniam.org) costituisce una delle principali azioni concertate finanziate dalla comunità europea nell'ambito del programma BIOMED II (IV Programma

quadro), il cui scopo è quello di incrementare la cooperazione internazionale in specifici campi di interesse biomedico. Due sono stati gli obiettivi principali formulati nel progetto. Il primo obiettivo consisteva nello scambio di conoscenze ed esperienze relative all'elettromiografia di superficie tra differenti paesi e discipline allo scopo di incrementare il trasferimento di conoscenze tra ricerca di base e quella applicata. Il secondo quello di sviluppare raccomandazioni relativamente a temi critici che attualmente rendono difficile od ostacolano l'applicazione e lo sviluppo dell'elettromiografia di superficie. Il progetto della durata di tre anni ha visto il coinvolgimento di 16 partners guidati da un gruppo di 5 esperti (Prof. R. Merletti, Prof. G. Rau, Dr. C. Disselhorst-Klug, Prof. D.F. Stegeman, Dr. G.M. Hägg) coordinati dal Dr H. Hermens del Roessingh Research and Development di Enschede in Olanda.

Il primo obiettivo è stato raggiunto tramite l'organizzazione di quattro importanti workshop europei e numerose visite brevi dei laboratori di ricerca tra partner partecipanti al progetto. Il secondo ha portato alla pubblicazione del testo "Raccomandazioni Europee per l'Elettromiografia di Superficie" (Hermes, Freriks et al. 2000), testo che oltre a definire in modo preciso molte delle procedure indispensabili per l'utilizzo dell'elettromiografia ha indicato in alcuni casi la strada per la ricerca.

Il contributo del Dipartimento sanità

Un'importante questione emersa dal progetto SENIAM e spesso discussa in letteratura è il corretto piazzamento degli elettrodi bipolari sulla cute (Hermens, Freriks et al. 2000; Rainoldi, Melchiorri et al. 2004; Mesin, Merletti et al. 2008). La qualità del segnale elettromiografico, e quindi di ogni sua analisi, è condizionata in modo importante dalla posizione degli elettrodi rispetto alla zona di innervazione del muscolo studiato. La zona di innervazione è la regione dove grazie a complessi meccanismi biochimici si generano i potenziali d'azione (Fig 2).

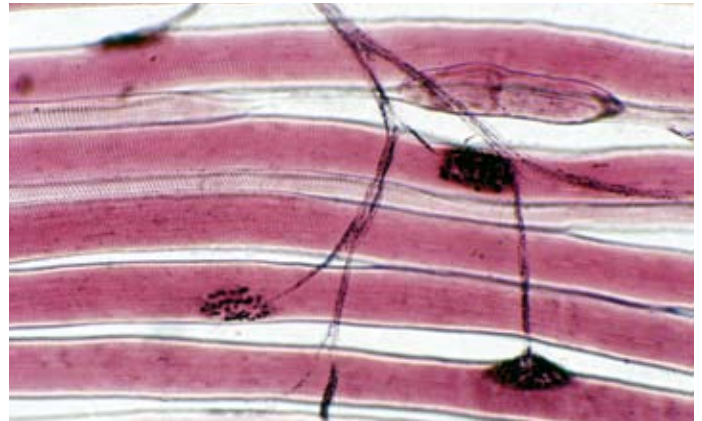


Fig. 2 · Preparato istologico che illustra alcune fibre muscolari e le placche neuromotorie (zona di innervazione).

La propagazione dei potenziali d'azione rispetto alla zona avviene in direzioni opposte e sempre verso i tendini. L'applicazione corretta degli elettrodi prevede il posizionamento degli stessi tra zona di innervazione e zona tendinea, evitando accuratamente entrambe le zone. Gli esperti hanno spesso notato una scarsa attenzione a questa procedura denunciando allo stesso tempo la mancanza di indicazioni precise per la procedura di posizionamento degli elettrodi (Hermens, Freriks et al. 2000). Proprio in questo ambito si colloca il progetto AIMES (Atlas of the Muscles Innervations for Surface EMG application) promosso dal Dipartimento sanità della SUPSI. Il progetto, che si avvale della collaborazione di due importanti centri di ricerca, il LISIN del Politecnico di Torino diretto dal Prof. Merletti e il Centro di Ricerca SUISM del Dott. Rainoldi presso l'Università degli studi di Torino, si pone l'obiettivo di studiare la zona di innervazione in tutti quei muscoli che abitualmente vengono studiati con l'elettromiografia di superficie. L'obiettivo finale sarà quello di pubblicare un atlante delle zone di innervazione, corredato di specifiche indicazioni per il posizionamento degli elettrodi, che possa supportare ricercatori e clinici nel corretto utilizzo dell'elettromiografia di superficie.

Aspetti metodologici

Lo studio della zona di innervazione avviene grazie all'utilizzo di speciali schiere di elettrodi (Fig. 3) che posizionate sulla cute permettono



Fig. 3 · Schiera a 16 elettrodi con distanza interelettrodica di 5 mm.

durante una contrazione isometrica di rilevare la propagazione nello spazio dei potenziali d'azione. I ricercatori grazie all'utilizzo di amplificatori e computers, registrano i segnali e successivamente li analizzano per individuare la collocazione della zona d'innervazione rispetto agli elettrodi (Fig. 4).

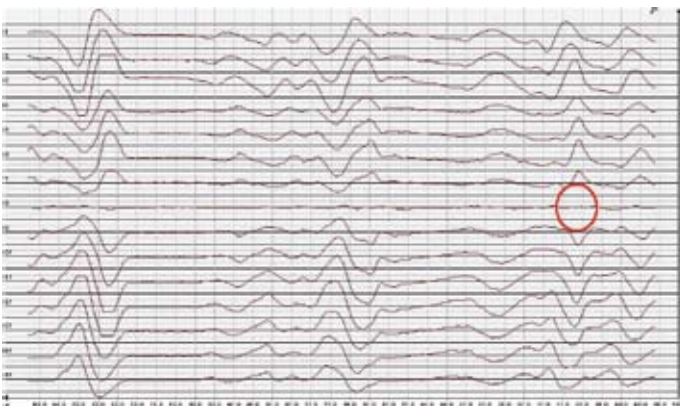


Fig. 4 · Esempio di segnali elettromiografici. Il cerchio rosso indica la posizione della zona innervazione, in questo caso sotto l'elettrodo numero 8.

La collazione della zona di innervazione viene poi descritta in riferimento a semplici sistemi di riferimento anatomici precedentemente definiti per ogni muscolo studiato. Attualmente sono stati selezionati 54 muscoli che saranno studiati dai tre centri di ricerca reclutando per ogni muscolo 20 volontari sani di ambo i sessi con un'età compresa tra i 20 e 30 anni. La raccolta dati è iniziata nel 2009 e entro la fine del 2010 verranno presentati i risultati relativi ad un gruppo di muscoli dell'arto superiore.

Bibliografia

- Drost, G., D. F. Stegeman, et al. 2006. Clinical applications of high-density surface EMG: a systematic review. *J Electromyogr Kinesiol* 16(6): 586-602.
- Hermens, H. J., B. Freriks, et al. 2000. Development of recommendations for SEMG sensors and sensor placement procedures. *J Electromyogr Kinesiol* 10(5): 361-74.
- Hermes, H., B. Freriks, et al. 2000. *Raccomandazioni Europee per l'Elettromiografia di Superficie (SENIAM)*, Ed. CLUT.
- Hodges, P. W. 2001. Changes in motor planning of feedforward postural responses of the trunk muscles in low back pain. *Exp Brain Res* 141(2): 261-6.
- Hodges, P. W. 2003. Core stability exercise in chronic low back pain. *Orthop Clin North Am* 34(2): 245-54.
- Hodges, P. W. and C. A. Richardson 1998. Delayed postural contraction of transversus abdominis in low back pain associated with movement of the lower limb. *J Spinal Disord* 11(1): 46-56.
- Kibler, W. B., T. J. Chandler, et al. 2007. Muscle activation in coupled scapulohumeral motions in the high performance tennis serve. *Br J Sports Med* 41(11): 745-9.
- Merletti, R., D. Farina, et al. 2003. The linear electrode array: a useful tool with many applications. *J Electromyogr Kinesiol* 13(1): 37-47.
- Merletti, R. and P. Parker 2004. *Electromyography: physiology, engineering, and noninvasive applications* Wiley-IEEE Press.
- Mesin, L., R. Merletti, et al. 2008. Surface EMG: The issue of electrode location. *J Electromyogr Kinesiol*.
- Rainoldi, A., G. Melchiorri, et al. 2004. A method for positioning electrodes during surface EMG recordings in lower limb muscles. *J Neurosci Methods* 134(1): 37-43.

**LA PERCEZIONE DI INFERMIERI E MEDICI SUI BISOGNI E PROBLEMI DEI PAZIENTI SOPRAVVISSUTI AL CANCRO.
PERCEPTIONS OF NURSES AND DOCTORS ON THE NEEDS AND PROBLEMS OF PATIENTS WHO HAVE SURVIVED CANCER.**

Paola di Giulio opera come docente di scienze infermieristiche all'Università di Torino e al Dipartimento Sanità della SUPSI. Svolge attività di ricerca presso il DSAN e all'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano.

I suoi ambiti di ricerca sono i problemi cardiovascolari (IMA e scompenso), le cure palliative e la ricerca epidemiologica su problemi infermieristici.

Paola di Giulio

Team di ricerca:

Y. Willems, S. Zaina, M. Bianchi, G. Bergesio, P. Di Giulio

Abstract

Introduction: Cancer has now become, at least for many patients, a chronic disease: taking into account all types of cancer, two thirds of the individuals diagnosed today will survive at least beyond five years.

Aim: To explore, during follow-up procedures, health care workers' perceptions of the problems and needs of patients who have survived cancer.

Method and Results: Studies of four focus groups with 15 nurses from four cancer clinics in Canton Ticino were conducted, and seven doctors caring for cancer patients were interviewed. Both groups are aware of problems which patients may face, and needs which they may have. The two groups are not strictly comparable, as doctors are more sensitive to the impact of cancer on work, side effects of treatments, life stress and economic problems, while nurses pay more attention to the impact of cancer on interpersonal relationships (fear of relapse, need of emotional support).

A lack of time is one of the major drawbacks which prevent health care workers from taking better care of patients' problems.

This project is part of a wider study supported by the "Fondazione Daccò" of Lugano which has the objective of investigating the needs and problems of patients who have survived cancer.

Introduzione

Attualmente dieci milioni di persone vivono con una storia clinica di cancro. Rispetto ad alcuni anni fa, quando questa patologia era fatale per la maggior parte degli individui, oggi il numero di sopravvissuti ad un tumore è in continua crescita. I dati dell' American Cancer Society (2000) riportano che negli Stati Uniti il 59% delle persone cui viene diagnosticato un tumore vive più di 5 anni.

Chi sopravvive ad una patologia oncologica può andare incontro a numerosi problemi legati sia alla malattia che al trattamento (Bloom et al. 2007): oltre alle conseguenze fisiche della malattia si possono avere anche depressione, paura della ricaduta, preoccupazioni economiche e difficoltà lavorative, che spesso provocano più problemi della malattia stessa. Il 50% dei pazienti afferma che spesso l'oncologia non è in grado di fornire risorse necessarie a soddisfare bisogni di tipo emotivo (The Lancet 2004). Infermieri e medici sono a stretto contatto con il paziente e nella posizione di valutare non solo eventuali ricadute, ma anche effetti collaterali della terapia e problemi

psicologici.

L'obiettivo principale del progetto è di esplorare la consapevolezza di infermieri e medici sui problemi e i bisogni incontrati dai pazienti durante il follow-up ed identificare eventuali soluzioni per sostenere i pazienti.

Materiali e metodi

Sono stati organizzati 4 focus group con 15 infermieri (attivi nell'ambito oncologico da, in media, 12.8 anni) dei 4 ambulatori dell'area del Canton Ticino e sono stati intervistati 7 oncologi (4 che lavorano nel pubblico e 3 nel privato).

Ai partecipanti è stato chiesto di concentrarsi sui pazienti sopravvissuti al cancro e di riportare i problemi che essi potevano incontrare durante il follow up, specificando se questi potevano essere legati alle caratteristiche personali dei pazienti o alla malattia. I partecipanti dovevano riflettere sul proprio ruolo e sui problemi incontrati nel rispondere ai bisogni dei pazienti. I focus sono durati da 45 minuti a un'ora, le interviste dei medici da 20 a 40 minuti.

In questo studio si definisce sopravvissuto un paziente in remissione che ha terminato il trattamento da almeno un anno (Kornblith et al. 2002).

Le interviste sono state registrate, trascritte integralmente e poi divise in frasi (unità di analisi) che ne permettessero il raggruppamento in categorie di significato. È stata definita come frase un gruppo di due o più parole grammaticalmente correlate che definiscono un concetto o un oggetto (Fonteyn et al. 1993).

I concetti chiave e le categorie sono state identificate con due metodiche differenti.

I problemi e bisogni dei pazienti sono stati classificati in base alle categorie del Cancer Survivors Unmet Needs Measure Questionnaire (CASUN) (Hodgkinson et al. 2007), un questionario sviluppato in Australia per identificare i bisogni insoddisfatti dopo il trattamento e durante le cure di supporto relativi a informazioni sulle cure mediche, problemi socio economici (situazione lavorativa, economica, legale e assicurativa),



funzionalità fisica, problemi relazionali ed emozionali, aspettative su di sé e su gli altri, prospettiva di vita.

Gli aspetti che non erano compresi nel CASUN sono stati ulteriormente classificati: ruolo degli operatori, bisogno di formazione, problemi legati all'organizzazione; proposte di soluzioni.

La classificazione dei concetti è stata condotta indipendentemente da due ricercatori.

Risultati

Non esiste un paziente standard, i problemi possono variare a seconda del tipo di cancro, dall'età del paziente, dalla terapia, dall'essere soli o avere una rete sociale. Il livello d'istruzione può costituire sia un vantaggio che uno svantaggio (medico 1, 5, 3 e 6). In certi casi aiuta l'individuo ad elaborare maggiormente le proprie condizioni permettendogli di venire a patti con la malattia (medico 3), in altri il maggior accesso alle informazioni aumenta l'ansia o porta a rielaborazioni più complesse. Oltre ai fattori già visti un aspetto importante è il carattere (medici, 6, 7, focus 2, 4): *“ad esempio alcuni insegnanti continuano a piangere su se stessi, mentre altri lavorano mentre fanno la chemio”* (medico 7). La reazione alla malattia è quindi soggettiva. Nessuno identifica sottogruppi di pazienti particolarmente a rischio di problemi.

Problemi fisici. Gli oncologi si sentono impotenti verso problemi per i quali non sono disponibili trattamenti efficaci (ad esempio la deprivazione estrogenica –medico 1) e sia medici che infermieri ammettono di parlare molto poco dei problemi sessuali (medico 1,2, focus 2, 3).

Altri problemi meno evidenti ma che impattano pesantemente sulla qualità di vita sono quelli cognitivi, legati alla chemioterapia (ad esempio la perdita di concentrazione, medico 1); difficoltà a rilassarsi e tornare alla normalità (medico 3, focus 2,3); sindrome da fatica cronica.

Problemi non fisici. Dopo la terapia riemergono tutti i problemi irrisolti (medico 7; focus 1, 2, 4): *“la malattia rinforza i legami o li divide”* (focus 2). L’aspettativa dei pazienti è che tutto torni alla normalità (medico 3,5,6,7, focus 1,2,3,4). Solo allora si accorgono che sono avvenuti dei cambiamenti definitivi: *“i capelli sono ricresciuti, ma la terapia ormonale è associata a secchezza vaginale, mal di testa, insonnia, debolezza muscolare, problemi sessuali e devono venire a patti con quei cambiamenti”* (medico 4). I pazienti hanno bisogno di ritrovare voglia e motivazione (medico 6; focus 1, 3) in un periodo in cui si sentono *“svuotati”*, perché hanno investito tutte

le loro energie durante le terapie (medico 7).

La paura della ricaduta è il maggior problema con cui i pazienti devono confrontarsi (tutti) mentre la depressione è legata più alla terapia che al cancro in sé (medico 1).

Tutti concordano che il bisogno di supporto o di sostegno psicologico sia limitato: *“è importante riuscire ad identificare i casi particolari (comunque pochi) e intervenire rapidamente, anche con altri specialisti, con l’attenzione alla ripresa della vita di tutti i giorni”* (medico 2). Tutti concordano che i casi veramente problematici siano davvero pochi.

E’ particolarmente traumatico il reinserimento nella vita lavorativa (focus 1, 2) perché *“gli altri si aspettano che tu sia guarito, che si riparta come se niente fosse”* (medico 5). Chi ha un lavoro non soddisfacente fa fatica a rientrare (medico 1), e per molti non è più così importante come prima della malattia (medico 3, 7). Molti dicono: *“mi voglio godere la vita e non voglio più lavorare, altri invece vogliono rientrare a tutti i costi”* (medico 4, 6). Un aspetto importante da presidiare è la tutela dei diritti, che spesso non vengono riconosciuti (riduzione dell’orario di lavoro, agevolazioni; focus 1).

Il ruolo degli operatori. Il ruolo degli operatori è soprattutto di ascolto, stimolo e sostegno (tutti). Si deve trovare il giusto equilibrio tra capire quando è il momento di intervenire e quando invece fermarsi, in particolare con persone che non hanno voglia di parlare della loro vita privata. Questo punto è stato molto sottolineato da tutti gli infermieri: *“il paziente può non essere disposto a raccontare della propria vita ad un operatore sanitario”* (focus tutti); *“si deve rispettare il desiderio del paziente di mettere in comune o meno i problemi”* (focus 1, focus 2). Questo aspetto è condiviso anche dai medici.

Uno dei problemi più citato è il sentimento di abbandono (medico 5,6,7 focus 1,2,3,4). Anche se i trattamenti sono difficili da sopportare, il costante contatto con l’équipe assistenziale offre supporto: *“quando si dice loro che il prossimo*



appuntamento sarà tra 10 mesi, si sentono perduti". (Focus 1, 2, 3, 4)

Formazione. Gli infermieri richiedono aggiornamenti annuali soprattutto per gestire gli aspetti non clinici (focus 1) e di comunicazione terapeutica (focus 1,2,3,4): *"dovrebbero insegnare a fare delle domande mirate per capire cosa chiedere e far venire fuori i problemi"* (focus 1).

Organizzazione e soluzioni. Tutti riconoscono i limiti dell'attuale organizzazione del lavoro. Non è possibile avere un buon rapporto quando il paziente si trova ogni volta davanti ad una persona diversa: *"la conoscenza è importante, altrimenti non riesce a capire se ci sono problemi"* (medico 3, 5, focus 1,2,3,4).

Il limite principale è però la carenza di tempo, percepito in particolare dagli infermieri (focus 1,2,3,4): *"Non abbiamo il tempo di incrociarli. Trasmettiamo un messaggio di fretta e li stronchiamo, e magari non ci comunicano il disagio"* (focus 1); *"Loro chiedono, ma noi stiamo facendo altro"* (focus 4).

Sono considerati utili i gruppi di formazione, la possibilità di attivare in maniera mirata l'assistente sociale ed altri professionisti come ad esempio lo psiconcologo.

Gli infermieri in particolare propongono alcune soluzioni quali una giornata dedicata ai follow-up: in modo da potersi concentrare sul paziente; contatti telefonici più regolari: in modo da ridurre il senso di abbandono tra le visite; una figura di riferimento dedicata ai pazienti; scambiarsi le consegne sulla situazione del paziente all'intermo dell'équipe; partecipare alla visita con il medico; avere spazi riservati: *"se hanno voglia di esprimersi, davanti ad altri 10 non lo fanno"* (focus 3).

Conclusioni

I pazienti oncologici hanno problemi legati al fatto di aver avuto un cancro e devono affrontare il rientro alla normalità convivendo con una serie di preoccupazioni: una delle più citate è la paura

della ricaduta, che può provocare stress, disagio psicologico e scarsa qualità di vita sia nei pazienti che nei familiari. Non è possibile risolvere tutti i problemi dei pazienti; medici ed infermieri tramite l'ascolto ed il sostegno psicologico possono fornire un valido aiuto se messi nelle condizioni di farlo.

Nella seconda parte del lavoro sarà messo a confronto quanto percepito dagli operatori sanitari con quanto provato dai pazienti. I dati forniranno indicazioni sia per una riflessione generale che per capire come meglio sostenere i pazienti durante il follow-up.

Bibliografia

- American Cancer Society. 2000. *Cancer Facts and figures*. Atlanta:ACS.
- Bloom, JR, Petersen DM and SH Kang. 2007. Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psycho-oncology* 16: 691-706.
- The Lancet. 2004. Cancer survivors: living longer and now, better (Editorial). *Lancet* 364: 2153-4.
- Kornblith, AB et al. 2002. Survey of oncologists' perceptions of barriers to accrual of older patients with breast carcinoma to clinical trials. *Cancer* 95: 989-96.
- Fonteyn, ME, Kuipers B and SJ Grobe. 1993. A Description of Think Aloud Method and Protocol Analysis. *Qual Health Res* 3: 430 - 41.
- Hodgkinson, K et al. 2007. The development and evaluation of a measure to assess cancer survivors' unmet supportive care needs: the CaSUN (Cancer Survivors' Unmet Needs measure). *Psycho-Oncology* 16: 796-804.



Michele Egloff

Ricercatore Unità di ricerca DSAN

Il Lavoro di Tesi (*Bachelor Thesis*) rappresenta un momento formativo importante dell'intero percorso di Laurea (10 ECTS). La sua elaborazione costituisce un'occasione qualificante per la studentessa e per lo studente di applicare i concetti di pratica riflessiva e di conoscenza situata, in una stretta interazione fra teoria - quadri concettuali e metodologici - e contesti professionali. Si tratta di un lavoro di "iniziazione" alla ricerca, ossia di un primo lavoro che sollecita la studentessa e lo studente ad indagare con metodo un determinato fenomeno, da svolgere attraverso l'elaborazione di una problematica professionale pertinente, l'impiego di una metodologia adeguata, il ricorso a capacità di analisi e di argomentazione e la messa in prospettiva dei risultati elaborati e la formulazione di conclusioni significative.

I primi lavori di tesi dei Corsi di Laurea (*Bachelor*) del DSAN in cure infermieristiche, ergoterapia e fisioterapia sono stati portati a termine proprio quest'autunno. Essi evidenziano una grande varietà di tematiche trattate, che vanno dalla "toilette bronchiale" nei bambini e adolescenti affetti da fibrosi cistica, all'influenza della componente ludica sui risultati dei test di valutazione della motricità grossolana in ambito pediatrico, passando dalla mappatura dell'attività elettrica nella muscolatura scheletrica o dalla gestione del dolore acuto in pronto soccorso. Temi diversi, scaturiti dalla combinazione tra interessi e motivazioni personali, nonché da stimoli raccolti nel corso del percorso formativo.

Tra le tipologie di lavori di tesi possibili, la documentazione di esperienze basate sull'applicazione di modelli, metodi e strumenti ad una specifica situazione professionale ha incontrato i favori della maggioranza degli studenti. In questi casi, i lavori hanno seguito metodologie diversificate, sia di tipo quantitativo che di tipo qualitativo, proponendo la raccolta di dati attraverso questionari ed interviste o facendo capo a banche dati o a fonti secondarie. Diversi, tuttavia, hanno realizzato una revisione della letteratura a partire da una problematica e da un contesto specifici. Uno studente ha infine partecipato a un progetto di ricerca promosso dal Dipartimento. Quest'ultima modalità è strettamente legata alle ricerche in corso o in progettazione in seno all'Unità di ricerca che si prestano a questo tipo di esercizio. L'intenzione è di offrire sempre di più anche questa possibilità.

Gli studenti della formazione continua (*Diploma of Advanced Studies* e *Master of Advanced Studies*) devono invece dimostrare con il lavoro di tesi di aver sviluppato le competenze previste dal programma attraverso la realizzazione, l'implementazione e la valutazione di un progetto di cambiamento o di un'innovazione per il miglioramento dell'ambito di riferimento della loro specializzazione.

Dal prossimo numero di SH questa rubrica costituirà una vetrina dei lavori di bachelor, di diploma (DAS) e di master (MAS) del DSAN particolarmente meritevoli di attenzione per la loro qualità, per l'interesse della problematica studiata, l'originalità dell'approccio o della metodologia utilizzate come pure per la rilevanza dei risultati ottenuti.



Ouverture, 1^{er} Congrès national sur les professions de la Santé Porte ouverte aux échanges de savoirs dans les professions de la Santé

La Haute Ecole spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO) organise les 21 et 22 avril 2010 à Fribourg (Plateau de Pérolles), le premier Congrès national des professions de la Santé en collaboration avec la Haute Ecole de Santé Fribourg (HEdS-FR), sous l'égide de la Conférence spécialisée Santé des Hautes écoles spécialisées suisses.

Le positionnement des formations de la Santé (Soins infirmiers, Ergothérapie, Nutrition et diététique, Physiothérapie, Technique en radiologie médicale, Psychomotricité et Sage-femme) au niveau des Hautes écoles suisses est un enjeu majeur qui les conduit à développer leurs compétences sur les plans de la recherche scientifique, de la pratique professionnelle et de la pédagogie. En l'absence d'un lieu d'échanges interdisciplinaires (théorie, recherche et développement, formation pratique et politique de santé), il devenait nécessaire d'organiser un forum réunissant toutes les actrices et les acteurs de ce domaine. Ce premier Congrès national sur les professions de la Santé « Ouverture » sera donc l'occasion d'échanges interdisciplinaires pour l'ensemble de ces professions confrontées, dans leur pratique quotidienne, aux défis de l'évolution des problématiques sanitaires et des technologies.

Ouverture permettra à chacune des sept professions du domaine de valoriser ses travaux et d'encourager les réflexions au niveau national. Ouverture servira aussi de plate-forme d'échange entre toutes les HES actives dans le domaine de la Santé que sont la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), FHS St Gallen - Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Berner Fachhochschule (BFH), Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI), Fachhochschule KALAI DOS.

Ouverture s'adresse aux professeur-e-s, corps enseignant, chercheurs, chercheuses, collaborateurs et collaboratrices des Hautes écoles, aux personnes diplômées des professions HES dans le domaine de la Santé, aux étudiantes et étudiants des Hautes écoles ainsi qu'aux professionnel-le-s du domaine.

Informations complémentaires : www.schp.ch , info@schp.ch

Haute école de santé Fribourg
Hochschule für Gesundheit Freiburg
rte des Cliniques 15
CH-1700 Fribourg
+41 26 429 60 00
info@schp.ch | www.schp.ch

Hes·SO
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz
University of Applied Sciences
Western Switzerland

