

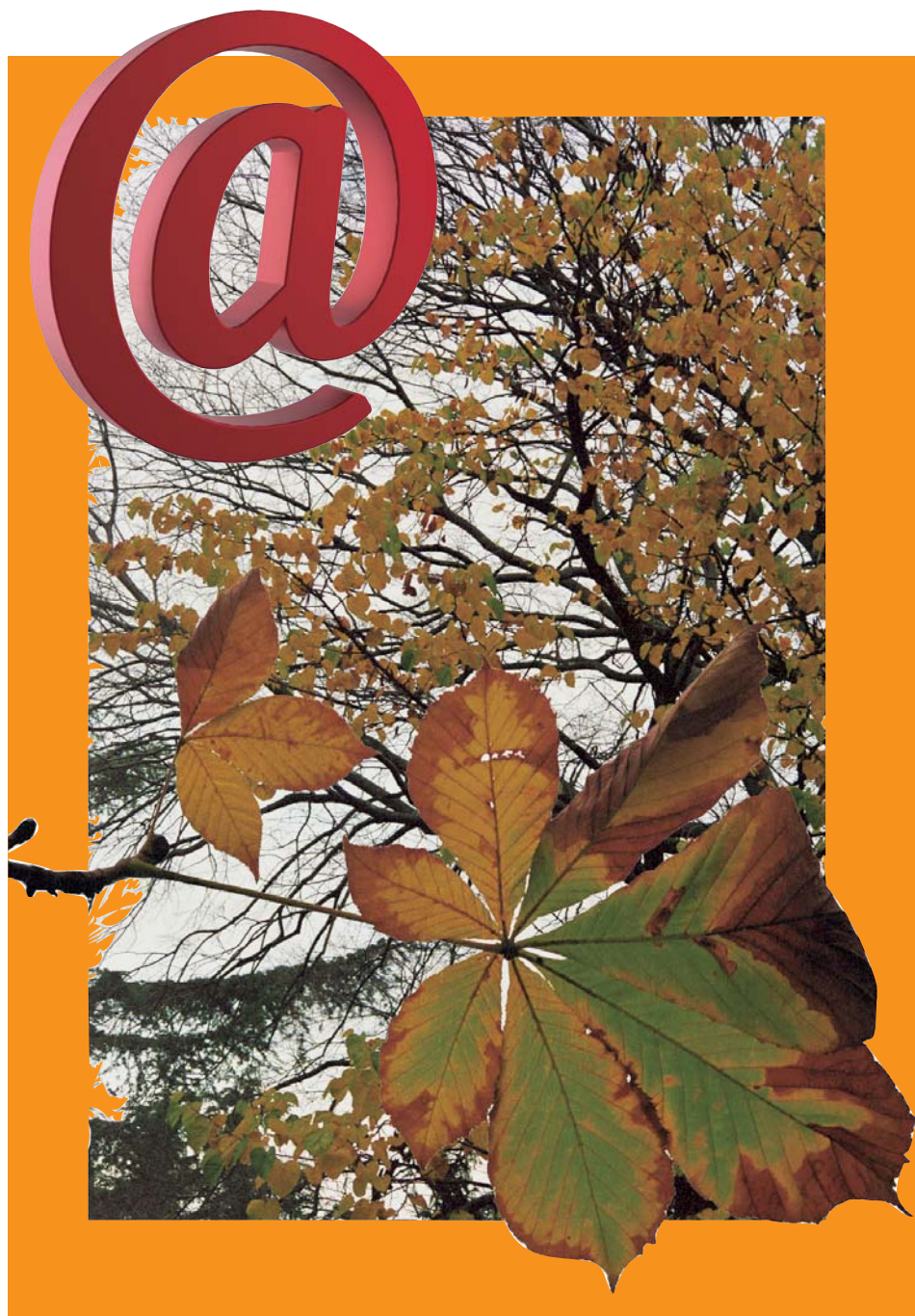
Obbiettivo

professione infermieristica

Anno XX - n. 1/2010 - Sped. a.p. art. 2 comma 20/c legge 662/96 - FI

Tradizione e innovazione

La tradizione è una bellezza da conservare e non una catena che ci lega. È essenziale dunque rinnovare le proprie competenze come l'albero dalle radici forti rinnova costantemente le sue foglie. Così come l'antica cultura della «medicina complementare» non è rimasta immobile nel tempo e oggi affianca la medicina ufficiale (pag. 22), l'arrivo della Posta Elettronica Certificata (PEC) agevolerà l'interazione all'interno del mondo sanitario con l'obiettivo di ridurre i tempi e i costi dei servizi (pag. 4).



Trimestrale
di informazione
attualità e cultura

IPASVI - Firenze

www.ipasvifi.it

3 Più belli, più sani, più esigenti... <i>L. Bartalesi</i>
4 In arrivo la posta elettronica certificata <i>L. Salvadori</i>
6 Influenza da virus A(H1N1), tanto per fare chiarezza <i>B. Rosadoni</i>
7 La pandemia?... causa di paure e incertezze <i>D. Severino</i>
12 Sotto il cielo di Gaza <i>R. Martini</i>
14 Un'esperienza forte e fragile <i>M. Pelliccia</i>
16 Competenze nell'infermiere. Discussione aperta? <i>M. Borgioli, S. Chiappi, B. Bini, L. Rasero</i>
18 OIPAT - Osservatorio Infermieristico sulle Politiche Assistenziali del Territorio
22 Medicina complementare e gemmoterapia in gravidanza <i>A. Padiglione</i>

Hanno collaborato a questo numero

Barbara Bini	infermiera AUSL 11 Empoli - b.bini@usl11.tosc.it
Giancarlo Brunetti	infermiere ASL 10 Firenze - gcbunetti@gmail.com
Simonetta Chiappi	infermiera AUSL11 Empoli - s.chiappi@usl11.tosc.it
Lucia Salvadori	infermiera AUSL 11 Empoli - l.salvadori@usl11.tosc.it
Barbara Rosadoni	infermiera ASL 10 Firenze - barbara.rosadoni@asf.toscana.it
Simone Baldi	infermiere AUSL11 Empoli - s.baldi@usl11.tosc.it
Renza Martini	infermiera ASL 10 Firenze - renza.martini@asf.toscana.it
Laura Rasero	Prof. Associato in Scienze Infermieristiche Univ. Firenze - laura.rasero@unifi.it
Cinzia Beligni	infermiera ASL 10 Firenze - cinzia.beligni@asf.toscana.it
Alessandra Padiglione	alessandrapadiglione@yahoo.it

Riferimenti fotografici

Nicola Tito copertina, pagg. 6 e 22; **Renza Martini** pagg. 13 e 14
L'editore è a disposizione con gli aventi diritto non potuti reperire.

ERRATA CORREGGE

Nel numero 2-2009 della rivista "Obbiettivo professione infermieristica" in seconda pagina nello specchio "hanno collaborato a questo numero" la signora Anna Militello non è un'infermiera ma un'esperta counselors che ha partecipato all'attività di sostegno psicologico per le popolazioni dell'Aquila.

in breve

Dove siamo

Il Collegio IPASVI della provincia di Firenze si trova in Via Pier Luigi da Palestrina, 11 a Firenze a 200 metri dalla Stazione Leopolda dove è possibile trovare parcheggio auto e treni da e per Empoli.

Per contattarci telefonare al numero 055/359866 oppure inviarci un fax al numero 055/355648 www.ipasvifi.it segreteria@ipasvifi.it

La segreteria è composta da: *Elisabetta Trallori, Silvia Miniati e Tania Stella*

L'orario di apertura al pubblico è: Lunedì e Mercoledì 14.00 - 17.00
Venerdì 9.30 - 12.30

Come inviare gli articoli a «Obbiettivo professione Infermieristica»

- Gli articoli devono avere una lunghezza massima di 6000 battute spazi compresi oltre l'iconografia
- Devono avere un taglio tipicamente positivo, apolitico.
- Non devono contenere la bibliografia ma solo l'indirizzo a cui richiederla.
- Devono essere inviati via mail all'indirizzo redazione@ipasvifi.it riportando i recapiti dell'autore.
- Le pubblicazioni avverranno a discrezione della redazione previo liberatoria compilata e firmata dall'autore da richiedere alla segreteria@ipasvifi.it
- Le immagini (di buona qualità) devono riportare l'autore.

Bibliografia

La redazione demanda ogni responsabilità relativa a contenuti e bibliografia degli articoli ed elaborati agli Autori. La bibliografia è da richiedere direttamente all'autore.

Comunicato CIVES

Emergenza Haiti

Si informano i colleghi interessati ad intervenire nell'emergenza in oggetto che per il momento la nostra associazione non è stata allertata dal Dipartimento di Protezione Civile, siamo comunque in contatto e pronti a metterci a disposizione se richiesto il nostro intervento.

Per coloro che sono intenzionati a partire possiamo per il momento consigliare di mettersi in contatto con il Gruppo Chirurgia d'Urgenza di Pisa o con l'associazione Ares della regione Marche attraverso i rispettivi siti web. Informiamo inoltre che tutti gli aggiornamenti del caso saranno visibili sul nostro sito all'indirizzo www.cives-onlus.org
Ringraziamo i colleghi che ci hanno già contattati.

Obbiettivo professione infermieristica

Organo Ufficiale del Collegio Infermieri Professionali Assistenti Sanitari Vigiliatrici d'Infanzia di Firenze

Anno XX n. 1/2010

Spedizione in a. p. art. 2
comma 20/c legge 662/96- Firenze

Direttore responsabile

Luca BARTALESI

Comitato di redazione

Moira BORGIOLO; Anna CIUCCIARELLI;
Vania CORTI; Alice LIPPI;
Lucia MAGNANI Maristella MENCUCCI;
Patrizia MONDINI; Stella PELLICCIA;
Monica PELOSI; Luca PIETRINI;
Cecilia POLLINI; Domenica SEVERINO;
Lucia SETTESOLDI; Nicola TITO;
Alessia VANNINI; Paolo ZOPPI.

Segreteria di redazione

Silvia Miniati, Elisabetta Trallori
Tania Stella

Direzione e Redazione

Collegio IPASVI
Via Pier Luigi da Palestrina, 11
50144 Firenze
Tel. 055 359866, fax 055 355648
e-mail: redazione@ipasvifi.it

Autorizzazione del Tribunale
di Firenze n. 4103 del 10/05/91

È consentita la riproduzione totale o parziale degli articoli e del materiale contenuto nella rivista purché vengano citati l'autore e la fonte («Obbiettivo professione infermieristica» rivista del Collegio IPASVI di Firenze). È gradita comunicazione per conoscenza alla redazione

Chiuso in tipografia il 30 gennaio 2010

Impaginazione e stampa

Tip. Coppini Via Senese 56r
50124 Firenze - Tel. 055.2207133

Più belli, più sani, più esigenti...

Luca Bartalesi

Negli ultimi anni il concetto di salute ha assunto nella vita degli italiani una nuova centralità con caratteristiche peculiari.

Siamo tutti più attenti agli aspetti che riguardano il benessere psico-fisico, siamo più informati, orientati e attivi nella gestione della propria salute. Un ruolo importante lo hanno giocato gli stereotipi promossi dai media, tra cui la bellezza che per connessione di idee si associa a salute; così come il raggiungimento di un più alto grado di benessere economico-culturale, mediamente ottenuto nella nostra società dal dopoguerra ad oggi.

Una maggior domanda di salute nella popolazione, intesa nella sua concezione di benessere fisico psichico e sociale, ha portato tendenzialmente ad evitare il più possibile la medicina allopatrica assumendo sempre più diffusamente sani stili di vita e dietetici, avvicinandosi sempre più alla medicina non convenzionale.

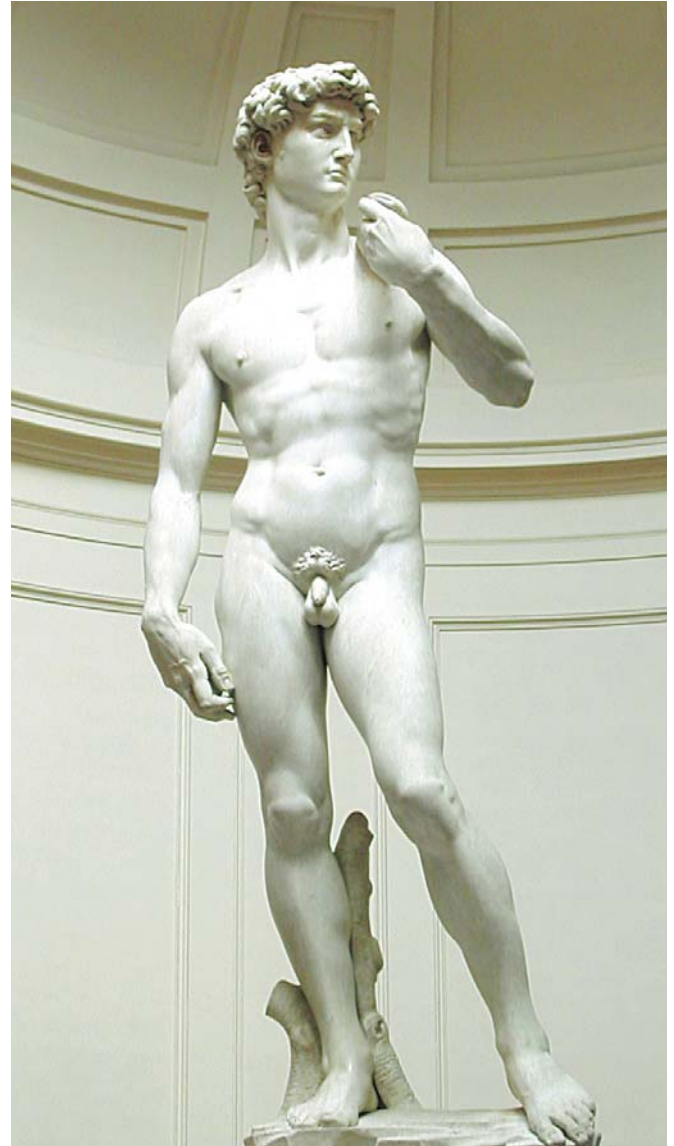
Alcune indagini tra gli italiani dimostrano l'importanza che questi danno ad elementi quali: una sana alimentazione e l'igiene personale, seguono il non fumare, l'esercizio fisico ed il ridotto consumo di medicine. Grande rilevanza hanno assunto anche il controllo regolare o saltuario del peso corporeo e della pressione arteriosa.

In contrapposizione c'è una forte crescita di domanda dei servizi del SSN.

Gli accessi ai DEA ed il consumo di farmaci sono notevolmente aumentati.

L'aumento delle richieste, le difficoltà a farvi fronte, la maggiore informazione dell'utente e soprattutto la crescita delle aspettative nei confronti della sanità pubblica, ha portato al crescere dell'insoddisfazione tra la popolazione.

La presenza di un numero sempre maggiore di persone interessate ad assumere un ruolo "attivo" nel procedimento diagnostico e terapeutico che li riguarda, paradossalmente provoca il nascere di vaste aree di dissenso manifestate anche nel ricorrere a metodi di cura "alternativi" il cui fondamento scientifico è spesso fonte di discussione. Un complesso processo di distacco dalla storica istituzione salute, che nasce soprattutto da individui giovani con alto livello d'istruzione, ma pronto a espan-



dersi all'interno della società. È quindi necessario un miglioramento delle capacità di offerta dei professionisti e delle strutture sanitarie, pubbliche e private, adeguandosi alle esigenze della popolazione. Passare da un'organizzazione *medico centrica* ad una *individuo centrica* è una necessità ineludibile, che richiede un supporto alle capacità emozionali del cittadino ed una maggiore capacità comunicativa da parte dei professionisti.

Questi aspetti sempre più sentiti tra gli addetti ai lavori, non possono più essere demandati all'iniziativa della singola persona ma necessitano di investimenti formativi specifici.

In arrivo la posta elettronica certificata

Lucia Salvadori

Che cos'è la Posta Elettronica Certificata (PEC)

La PEC è uno strumento che permette di dare ad un messaggio di posta elettronica lo stesso valore di una raccomandata con avviso di ricevimento: grazie alla PEC quindi, l'interazione tra i cittadini, i professionisti, le istituzioni e le imprese diventa più agevole, in quanto con questo strumento si riducono i tempi di disbrigo delle pratiche e i costi di produzione dei servizi. L'utente della PEC infatti, riceve una ricevuta di ritorno che costituisce prova legale dell'avvenuta spedizione del messaggio. Il destinatario della comunicazione non è obbligato a seguire particolari procedure differenti da quelle dell'invio o della ricezione di una comune trasmissione di posta elettronica; il suo unico obbligo è quello di conservare il messaggio ricevuto, così come avverrebbe con una spedizione tradizionale su carta.

Grazie a un sistema di codifica, inoltre, i fornitori di servizio possono garantire anche la certezza del contenuto, poiché i protocolli di sicurezza utilizzati rendono praticamente impossibile la modifica del contenuto del messaggio e degli eventuali allegati.

Grazie a queste caratteristiche, la Posta Elettronica Certificata garantisce, in caso di contenzioso, la certezza del re-

capito del suo contenuto e della relativa tempistica, con l'opponibilità a terzi del messaggio.

Cosa deve fare il professionista

La diffusione del sistema PEC ha visto, negli anni, vari step di sviluppo, uno dei quali quello che riguarda gli obblighi dei professionisti. Infatti secondo la legge 2/2009 è obbligatorio per tutti i professionisti attivare una propria casella PEC, e comunicarne l'indirizzo ai rispettivi Ordini e Collegi entro il 29/11/2009, affinché li mettano a disposizione della pubblica amministrazione per le comunicazioni ufficiali. La stessa legge prevede che gli Ordini e i Collegi debbano pubblicare in un elenco riservato, consultabile in via telematica esclusivamente dalle pubbliche amministrazioni, i dati identificativi degli iscritti con il relativo indirizzo di posta elettronica certificata, mentre non sono tenuti a rendere disponibile una casella di posta elettronica certificata ai propri iscritti. Questo obbligo ovviamente riguarda sia i professionisti con contratto di lavoro subordinato che coloro che esercitano la libera professione. E' giusto puntualizzare però che nonostante fosse fissata la data di scadenza per attivare la PEC nel 29/11/2009, non sono al momento previste sanzioni per il ritardo.

Per ottemperare a quanto previsto dal-



Come abbiamo anticipato in «Dispatch» dello scorso dicembre, il d.p.r. 11 febbraio 2005, n. 68, introduce il nuovo servizio di PEC, acronimo di Posta Elettronica Certificata. In questo articolo approfondiremo l'argomento tentando di dirimere i dubbi in merito.

la normativa vigente, il professionista può attivare, presso uno dei fornitori certificati, il cui elenco è consultabile sul sito del Centro Nazionale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione www.cnipa.org.it, un indirizzo e-mail PEC attraverso cui poter spedire e ricevere comunicazioni, aventi lo stesso valore legale della raccomandata con ricevuta di ritorno, anche per quanto riguarda l'attestazione dell'orario esatto di spedizione e ricezione.

Chi è obbligato a possedere una PEC

La legge 2/2009 indica in maniera precisa i soggetti destinati a detenere un servizio di posta elettronica certificata:

- *le imprese costituite in forma societaria*, già esistenti o di futura costituzione. Per le prime la comunicazione di avvenuta iscrizione al servizio deve avvenire entro 3 anni dalla data di promulgazione della legge (28 gennaio 2009);
- *professionisti iscritti ad Albo professionale* che, dopo l'acquisizione della casella, devono comunicare ai rispettivi Ordini e Collegi gli indirizzi che saranno poi a disposizione della pubblica amministrazione per le comunicazioni ufficiali;
- *le amministrazioni pubbliche*;
- *cittadini* che, mediante opportuna richiesta, potranno ottenere una casella di PEC da istituzioni capaci di offrire «il servizio con effetto equivalente alla notificazione per

mezzo di posta, con transito per la predetta casella di PEC, senza oneri».

E' indubbio che i vantaggi di questo sistema sono notevoli: riduzione dei costi e dei tempi, sicurezza dell'invio e della ricezione, certificazione dei contenuti nonché la comodità di non doversi più recare materialmente all'ufficio postale per spedire e ricevere comunicazioni ufficiali. Non solo l'ottemperanza a quanto previsto dalla normativa ma anche l'ottimale gestione delle risorse, in questo caso della "risorsa tempo", sono da sempre elementi basilari della nostra professione, e anche in tema di PEC saremo in grado di far apprezzare la nostra prontezza ad accogliere elementi di innovazione.

Assicurazione rischio professionale

Dal 1 gennaio 2010 la Regione Toscana non ha rinnovato le polizze assicurative per i dipendenti pubblici sanità a copertura del rischio professionale colpa grave!

La Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI in convenzione con il broker assicurativo WILLIS propone per tutti gli iscritti la polizza a copertura del rischio professionale.

Per informazioni visita il sito:

www.ipasvifi.it sez.normativa.

Inviare i quesiti in materia a:

grupproresponsabilita@ipasvifi.it

Quelli di maggiore interesse saranno girati al Prof. Paolo D'Agostino e le risposte pubblicate sul sito del Collegio.

Posta & Risposta redazione@ipasvifi.it

Il Collegio IPASVI e la PEC

Egr. Colleghi del Collegio IPASVI di Firenze. Quali sono le modalità che avete previsto per ricevere la comunicazione della casella di posta certificata degli iscritti? E' prevista una proroga? Grazie, Massimo.

Buona sera Massimo gli Ordini ed i Collegi non sono tenuti a fornire caselle di posta certificata ai propri iscritti ma solo a raccogliere l'indirizzario, pubblicarlo ed utilizzarlo per tutte le comunicazioni.

Il nostro obbiettivo come Collegio è quello di agevolare la procedura ai nostri iscritti.

Proprio in questi giorni ci stiamo informando e prendendo contatti con vari gestori per capire se è possibile predisporre gratuitamente il server di posta del collegio da cui successivamente distribuire una casella PEC a tutti gli iscritti, viceversa se è meglio dare mandato ad uno dei gestori perchè provveda a fare anche tutte le attività tecniche per la predisposizione e distribuzione agli iscritti, oppure limitarci a dar solo le informazioni necessarie tramite il sito IPASVI e la rivista per far sì che tutti gli iscritti sappiano a chi rivolgersi per avere una casella PEC (in considerazione del fatto che tale obbligo è a carico del professionista).

Le posso garantire che faremo il possibile per agevolare tutti i colleghi in questa operazione. Sono a disposizione per ulteriori chiarimenti. Cordiali saluti

Cecilia Pollini

DUE CORSI (ECM) SUI DIRITTI DEL PROFESSIONISTA SANITARIO

Con il patrocinio del Collegio IPASVI di Firenze

Martedì 3 Maggio 2010 - Firenze, via P.L. da Palestrina

L'esercizio professionale e il rapporto di lavoro dopo la riforma "Brunetta"

Valutazione del personale, sistema incentivante, procedimenti disciplinari e doveri nelle previsioni del D.Lgs 150/2009

La recentissima riforma Brunetta interviene su aspetti del rapporto di lavoro dipendente con disposizioni relative alla valutazione del personale e della produttività, ha riformato pesantemente i procedimenti disciplinari, ridimensionato a livello aziendale il ruolo delle organizzazioni sindacali fino alla previsione di nuove ipotesi di licenziamento e l'introduzione di reati legati alle assenze per malattia.

• Relatore: dott. Luca Benci • Durata: 7 ore • In corso di accreditamento
Posti 60. In caso di superamento delle domande verranno programmate nuove edizioni

Lunedì 7 Giugno 2010 - Firenze, via P.L. da Palestrina

I diritti e gli obblighi del professionista sanitario: orario di lavoro, ordini di servizio, pronta disponibilità, coperture delle assenze improvvise. Aspetti giuridici e deontologici

I professionisti sanitari, nell'esercizio di rapporto di lavoro dipendente, si trovano spesso di fronte a situazioni di non rispetto dei diritti legati all'orario di lavoro, all'eccesso di straordinari, all'uso improprio di istituti contrattuali come la pronta disponibilità. Il tutto aggravato dalla carenza di personale e dalle difficoltà di assunzione. Nel corso verrà affrontata la disciplina degli ordini di servizio, dei richiami in servizio, dell'orario di lavoro sia da un punto di vista giuridico che deontologico.

• Relatore: dott. Luca Benci • In corso di accreditamento
Posti 60. In caso di superamento delle domande verranno programmate nuove edizioni

Costo di ogni evento 60 euro. In caso di iscrizione a entrambi i corsi 100 euro
Locandine, programmi e schede di iscrizione su: www.salumed.it www.lucabenci.it

Influenza da virus A(H1N1), tanto per fare chiarezza...

Barbara Rosadoni

Negli ultimi mesi l'argomento influenza suina ha avuto una notevole rilevanza mediatica, spesso con notizie contrastanti che hanno confuso le idee anche a gli addetti ai lavori, medici, infermieri ed operatori del settore sanitario.

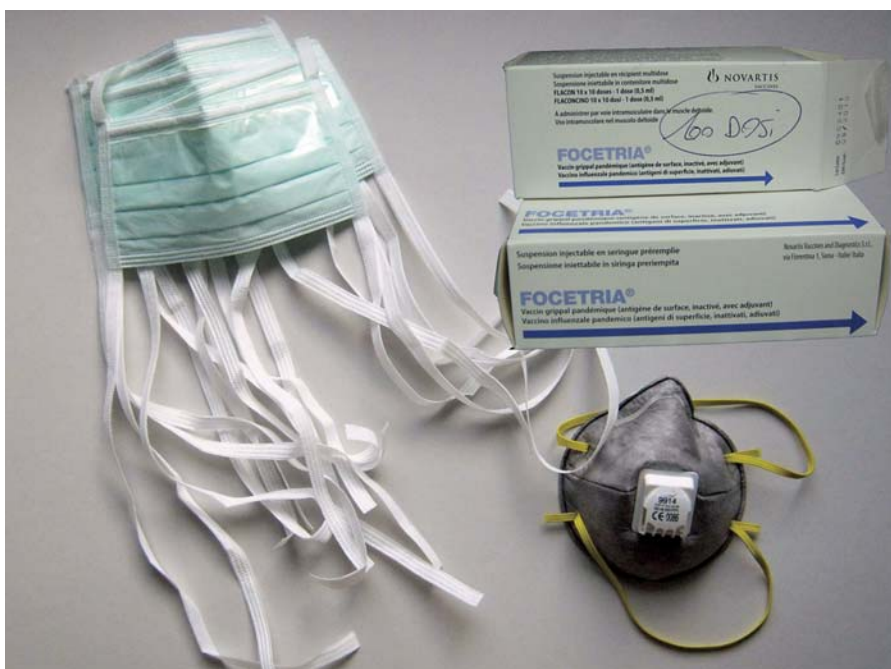
Ci sentiamo in dovere di trattare l'argomento riportando alcuni aspetti peculiari rilevati da vari istituti nazionali ed internazionali che osservano e trattano l'argomento.

Il virus dell'influenza, anche se conosciuto da secoli per i suoi effetti, è stato identificato solo nel 1933; è un virus che infetta sia gli uomini che buona parte di uccelli e mammiferi.

I virus influenzali umani sono raggruppati in tre tipi: A, B e C. Quelli di tipo A sono i più diffusi, generalmente i più virulenti e sono all'origine della maggior parte delle epidemie stagionali, nonché gli unici che hanno generato pandemie.

Nell'aprile 2009, si sono registrati in Messico i primi casi di infezione nell'uomo dovuti al nuovo virus influenzale di tipo A(H1N1). I casi d'esordio erano legati a contatti ravvicinati tra maiali e uomo; si tratta infatti di un virus di derivazione suina che causa una infezione virale acuta dell'apparato respiratorio con sintomi fondamentalmente simili a quelli classici dell'influenza: febbre ad esordio rapido, tosse, mal di gola, malessere generale. Come per l'influenza stagionale, può presentarsi in forma lieve o grave dando luogo a possibili complicanze, particolarmente in soggetti con patologie croniche pre-esistenti.

Anche la trasmissione da uomo a uomo si verifica prevalentemente per via aerea attraverso le gocce di saliva (droplet) di chi tossisce o starnutisce, ma



anche per via indiretta attraverso il contatto con mani contaminate dalle secrezioni respiratorie.

Per questo una buona igiene delle mani, l'adozione delle precauzioni standard, nonché delle precauzioni per malattie trasmesse attraverso droplet (CDC: Linee guida per le misure d'isolamento in ospedale) sono essenziali nel limitare la diffusione dell'influenza che, generalmente, ha un periodo di contagiosità che va dal giorno precedente la comparsa dei sintomi fino al giorno della loro scomparsa. I bambini piccoli possono essere contagiosi per periodi più lunghi.

Ma allora perché il 24 aprile 2009, l'OMS ha allertato i governi sui possibili rischi connessi alla diffusione di questa nuova influenza nell'uomo?

Essenzialmente per il suo potenziale pandemico, cioè la capacità di rapida diffusione in più aree geografiche del mondo, con un numero elevato di casi gravi appartenenti alla fascia di età socialmente attivi. I rischi di nuove pan-

demie influenzali si sono concretizzate alla fine del 2003, quando i focolai di influenza aviaria da virus A/H5N1 sono divenuti endemici nei volatili nell'area estremo orientale ed il virus ha causato infezioni gravi anche negli uomini.

Un importante differenza rispetto alle influenze stagionali provocate da sottotipi di virus già esistenti è determinata dal fatto che l'A(H1N1) è un virus sconosciuto al sistema immunitario dell'uomo in una larga fascia di età e quindi capace di trasmettersi sempre in modo efficace a milioni di persone. Per questo motivo l'OMS, con indicazioni emanate nel 2005, ha raccomandato a tutti i Paesi di mettere a punto un Piano pandemico e di aggiornarlo costantemente.

Il Piano italiano utilizza come metodo di misurazione una scala da 1 a 6 contenenti le sei fasi e livelli di rischio pandemici dichiarati dall'OMS, prevedendo per ogni fase e livello obiettivi ed azioni

L'OMS, dopo aver valutato le informazioni derivate dai sistemi di sorveglianza nazionali ed internazionali sulla diffusione del virus nella popolazione, l'11 giugno 2009 ha dichiarato il passaggio dalla fase 5 (prepandemica), alla fase 6 (allerta pandemico).

Il Ministero della Salute ha istituito un'apposita Unità di crisi e rafforzato la rete di sorveglianza per permettere la raccolta di informazioni, con l'obiettivo di un tempestivo riconoscimento dei casi di influenza e conseguente adozione di misure di sanità pubblica.

Gli operatori sanitari possono trovare tutte le indicazioni relative a prevenzione, sorveglianza e controllo nella Circolare del 27 luglio 2009, nonché nelle successive integrazioni, emanata dal Ministero della Salute.

Nel sito del Ministero della Salute sono consultabili i documenti che forniscono un aggiornamento quotidiano della sorveglianza epidemiologica e l'andamento della campagna vaccinale.

Infatti, in riferimento alla vaccinazione, l'OMS ha diramato il 13 luglio 2009, le raccomandazioni sull'impiego del vaccino per l'influenza A (H1N1), identificando tre differenti obiettivi che i Paesi possono considerare nel disegno della strategia vaccinale pandemia:

- proteggere l'integrità del sistema sanitario e delle infrastrutture del Paese;
- ridurre la morbosità e la mortalità;
- ridurre la trasmissione del virus pandemico nella collettività;

A proposito della vaccinazione è bene chiarire i numerosi dubbi emersi ricordando che tutti i vaccini autorizzati per uso umano, inclusi quelli contro l'influenza, sono sicuri, essendo sottoposti, prima dell'autorizzazione all'immissione in commercio, ad una serie di controlli (trial clinici) per la verifica degli standard previsti dalle autorità internazionali e nazionali (OMS e, per quanto riguarda l'Unione Europea, EMA - Agenzia Europea Valutazione Medicinali). In Italia, ogni lotto di vaccino viene sottoposto a controllo da parte dell'Istituto Superiore di Sanità.

Sedi riferimenti web elencati in fondo a pagina 8.

La pandemia? ... causa di paure e incertezze

Domenica Severino

Le pandemie sono epidemie influenzali di proporzioni molto ampie, si verificano ad intervalli di tempo imprevedibili e su scala mondiale.

Nell'ultimo secolo sono avvenute nel 1918 (Spagnola, sottotipo H1N1), nel 1957 (Asiatica, sottotipo H2N2) e nel 1968 (Hong Kong, sottotipo H3N2).

In un anno possono interessare 2 miliardi o più di persone e portare a morte decine di milioni di persone; nel corso di una pandemia il tasso di contagiosità supera il 50%.

Una pandemia si verifica solo se esistono le seguenti condizioni:

- Devono verificarsi rimescolamenti tra virus che infettano specie diverse. La trasmissione prima tra gli animali e dopo ai mammiferi è un passaggio chiave per lo sviluppo delle pandemie umane.
- Deve circolare un nuovo ceppo di virus influenzale capace di trasmettersi rapidamente e senza difficoltà nei soggetti privi di protezione immunitaria *interessando* le popolazioni di vaste aree geografiche.
- Il nuovo virus deve essere in grado di causare malattia.
- Il nuovo virus deve trasmettersi da uomo a uomo.

Il vaccino è uno strumento fondamentale nel controllo della pandemia perchè crea una barriera immunologica che conferisce una protezione prolungata nei confronti dell'agente patogeno; previene l'infezione e quindi la malattia, riducendo il rischio di patologie direttamente legate ai virus influenzali e sovrainfezioni batteriche legate allo stato di immunodepressione indotta dal virus. Ogni persona vaccinata rappresenta un potenziale "blocco" alla diffusione del virus.

Quanti più soggetti saranno vaccinati tanto minore sarà la possibilità

di circolazione del virus in una seconda e ipotetica ondata pandemica. L'obiettivo prioritario delle campagne vaccinali è la riduzione della morbosità e della mortalità attribuibile all'infezione da virus e, pertanto, *la miglior strategia è quella di vaccinare rapidamente almeno l'80% dei soggetti suscettibili e contemporaneamente il 50% dei non suscettibili.*

Prima che si verifichi una pandemia, nessuno sa quale sarà il ceppo influenzale implicato per cui le ditte produttrici non sono in grado di preparare in anticipo un vaccino adeguato.

Il nuovo vaccino adiuvato per il virus A(H1N1) è stato prodotto con la tecnica dei vaccini *moch up* che ne ha consentito la rapida preparazione e commercializzazione per l'immunizzazione della popolazione suscettibile all'infezione del suddetto virus.

L'arrivo del vaccino ha scatenato una tempesta mediatica sulla sicurezza del prodotto e sulle categorie a cui somministrarlo alimentata anche da pareri discordanti espressi da un rilevante numero di appartenenti alla classe medico-sanitaria.

Nonostante le Società Scientifiche si siano espresse in favore della vaccinazione, molti medici e personale sanitario non aderiscono all'offerta vaccinale e spesso lo esprimono pubblicamente determinando paure ed incertezze nella popolazione.

Il Ministero ha emanato delle circolari per fare chiarezza sui dubbi espressi dal personale sanitario e dalla popolazione, i quesiti riguardano soprattutto l'adiuvante MF59 contenuto nel vaccino.

L'uso dell'adiuvante ha lo scopo di aumentare il potere immunizzante degli antigeni virali con la finalità di indurre un'elevata protezione dalla malattia, di lunga durata e "immunologicamente allargata" quindi capace di indurre uno stato di prote-

zione da malattie causate da virus leggermente mutati (drift antigenico) che potrebbero comparire in seguito.

Dalle notizie diffuse nelle ultime settimane pare che ciò si stia già verificando.

L'individuazione del virus A(H1N1) come causa della pandemia influenzale in corso, ha sollevato il quesito su quanto "nuovo" fosse questo virus rispetto agli altri ceppi A(H1N1) già presente nella popolazione mondiale dal 1918, anno in cui è comparso per la prima volta.

A porre tale questione è stato uno studio effettuato da ricercatori del CDC (4,7) nel maggio 2009 su campioni di siero, appartenenti a soggetti del mondo occidentale fra il 2005 e il 2008.

La ricerca ha messo in evidenza che il 33% dei soggetti di età superiore a 60 anni e il 6-9% di quelli fra 18 e 64 anni possedeva anticorpi verso il virus pandemico A(H1N1).

La presenza di anticorpi non è stata evidenziata nei bambini.

Altri studi hanno confermato detta osservazione, un'alta percentuale dei soggetti fra 18 e 50 anni presentava un soddisfacente livello di anticorpi già dopo aver ricevuto la prima dose di vaccino; dopo due dosi la percentuale di risposte ed il titolo anticorpale aumentavano ulteriormente. Questo potrebbe essere spiegato come un effetto booster di un'esperienza immunologica avvenuto molti anni fa e trova riscontro nella distribuzione per età dei casi di influenza pandemica: molto frequenti nei bambini e adolescenti e molto rari nei soggetti ultra sessantenni.

Si è quindi fatta strada l'ipotesi che il virus A(H1N1/2009) abbia già circolato nella popolazione umana in un passato non troppo remoto.

Campagna di vaccinazione

In Italia è inizialmente rivolta al 30-40% della popolazione, stratificata in base all'entità e qualità del rischio.

1° livello: il vaccino viene offerto al personale sanitario e dei servizi essenziali (Forze dell'Ordine, trasporti, distribuzione di energia elettrica, acqua, gas).

Le indicazioni per cui dovrebbero vaccinarsi sono tre:

- difesa personale dalla malattia cui sono maggiormente esposti per il contatto con gli ammalati;
- evitare l'assenza dal posto di lavoro in un momento di emergenza;
- evitare la diffusione del virus a utenti, assistiti e familiari.

Ordinanza Ministero della Salute: nel 1° livello comprende i soggetti affetti da patologie croniche concomitanti, le gravide, al 2° e 3° trimestre di gestazione.

Tra i soggetti a rischio rientrano i bambini da 0 a 6 mesi, poiché questi non possono essere vaccinati, la vaccinazione viene offerta ai loro genitori e al personale che li custodisce.

La scelta di una vaccinazione allargata è risultata la più razionale dopo un'attenta valutazione dei rischi sia probabili, sia possibili e man mano che il vaccino pandemico si è reso disponibile.

Attualmente ci troviamo al 2° livello di priorità del programma vaccinale italiano che include tra i vaccinandoli, anche i bambini e gli adolescenti "sani" da 6 mesi a 17 anni.

Ma cosa succederà in Italia nei prossimi mesi, è molto difficile prevederlo perché l'evoluzione del quadro epidemico è stata diversa da quella prospettata.

In Australia vi è stata una unica ondata pandemica che ha coinciso con la loro stagione invernale, attualmente l'influenza è in fase di remissione.

L'Australia's Chief Medical Officer ha espresso il timore che l'influenza possa riprendere durante l'estate in forma più severa; per questo motivo, il governo ha lanciato fin d'ora una campagna di vaccinazione gratuita per tutti gli Australiani e ha ordinato all'azienda farmaceutica locale 21 milioni di dosi di vaccino.

Negli Stati Uniti ed in Inghilterra, l'influenza A(H1N1) ha avuto un primo picco in giugno-luglio, vale a dire in periodo non stagionale, una remissione in agosto-settembre e ha

poi ricominciato a salire ed è tuttora in aumento. Anche gli USA puntano sul vaccino sia per far fronte alla situazione presente sia in una prospettiva futura.

Quest'anno è ancora più importante vaccinarsi anche contro l'influenza stagionale in funzione della possibile concomitante circolazione dei virus influenzali stagionali e del nuovo virus pandemico A(H1N1). Questa misura consentirà di ottenere importanti risultati in termini di sanità pubblica poiché permetterà di ridurre il rischio di doppia circolazione di virus influenzali e virus A(H1N1) e, quindi, sarà più agevole il controllo e l'identificazione dei casi di influenza A(H1N1).

Vaccinando le popolazioni a rischio contro la forma stagionale si abbassa il rischio di doppia infezione nella stessa persona, situazione che potrebbe portare ad un rimescolamento del patrimonio genetico virale e quindi ad un mutamento delle caratteristiche del virus pandemico.

Questo evento potrebbe creare una delle condizioni necessarie per il verificarsi di una nuova ondata pandemica che potrebbe mettere in crisi tutto il Sistema Sanitario.

Esempio: il SSR Toscana si potrebbe ritrovare a dover soddisfare 600-800.000 richieste di ricoveri a fronte di un'organizzazione può garantirne circa 400.000.

Per maggiori informazioni

<http://www.issp.it/esp>

<http://www.epicentro.it>

<http://www.who.it>

<http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/flu.pdf>

<http://www.diario-prevenzione.it>

<http://www.ministerodellasalute.it/dettaglio/datiFocusNuovo.jsp>

http://ecdc.europa.eu/Health_topics/influenza/news

<http://www.situazione09.asp>

http://www.eiss.org/cgi-files/bulletin_v2.cgi

www.enpam.it/html/vaccinazione.pdf

<http://www.who.int/emc/diseases/flu/index.html>

<http://www.flu.iss.it/>

Nursing in Emodialisi: ruolo dell'infermiere coordinatore

Simone Baldi

Introduzione

La motivazione che mi ha spinto ad affrontare questo argomento è da ricercare nel desiderio, nella necessità di verificare dove, come gruppo infermieristico dell'emo-dialisi dell'AUSL 11 Empoli, siamo arrivati con il percorso intrapreso dieci anni or sono con la pratica della metodologia di apprendimento denominata "Learning Audit".

Attraverso di essa il gruppo ha costruito e condiviso gradualmente il *cambiamento* raggiungendo la consapevolezza che per documentare e personalizzare l'assistenza dell'utente sin dalla predialisi era necessario *adottare* la cartella infermieristica.

Con il progetto di miglioramento dell'anno 2006/2007 si è iniziato ad applicare il modello concettuale di riferimento "Nursing come stimolatore di armonia e salute" di R. Zanotti in linea con quelle che sono le scelte aziendali.

La persona che esegue terapia dialitica non è sottoposta ad una condizione routinaria, ma necessita di costante monitoraggio sotto il profilo infermieristico al fine di *rilevare i bisogni assistenziali*

Un nuovo modello organizzativo dell'assistenza è a mio avviso necessario per superare l'*impostazione prevalentemente tecnicistica* dell'infermiere che opera nel servizio di emodialisi ravvivandola ed integrandola con quella *assistenziale*.

Materiali e metodi

Il progetto ha avuto inizio nel 2007. Seguendo la metodologia dei percorsi miglioramento continuo è stato suddiviso in 3 fasi:

- somministrazione agli infermieri dell'emo-dialisi di questionario per verificare la conoscenza in materia di pianificazione assistenziale;
- focus group ed elaborazione del diagramma di hishikawa al fine di evidenziare i gap relativi al nursing in emodialisi;
- strutturazione di un modello organizzativo assistenziale secondo il modello concettuale di riferimento aziendale *armonia e salute* di Renzo Zanotti.

Risultati

Dall'analisi condotta su 98 cartelle infermieristiche assegnate (popolazione dialitica 120 unità) risultava che:

- nessuno degli utenti che eseguono trattamento dialitico sostitutivo partecipa al proprio percorso assisten-



ziale secondo il modello concettuale di riferimento aziendale;

- il 55% degli infermieri applica l'accertamento infermieristico secondo il modello concettuale di riferimento;
- il 5% degli infermieri rileva segni e sintomi fisico/emozionali nella persona secondo il modello concettuale di riferimento;

A seguito di questa prima analisi è stato somministrato un questionario agli infermieri dell'emo-dialisi per verificare le conoscenze teoriche di base relative al nursing di base.

Età	fino a 29 anni	2
	da 30 a 39 anni	10
	sopra i 40 anni	14
In servizio presso la dialisi extraospedaliera	meno di sei mesi	0
	da 1 a tre anni	5
	da 3 a 10 anni	9
	oltre i 10 anni	14
Maschi	sul totale	3
Femmine	sul totale	23

Tab. 1 - Il target

Le domande sono state 9, relative alle conoscenze teoriche di base in materia di nursing dell'infermiere che opera in emodialisi.

I test consegnati sono stati 26, altrettanti quelli restituiti. Si evidenzia la prevalenza netta della componente femminile e la relativa maggioranza degli operatori che sono in servizio presso l'emodialisi con più di quaranta anni d'età.

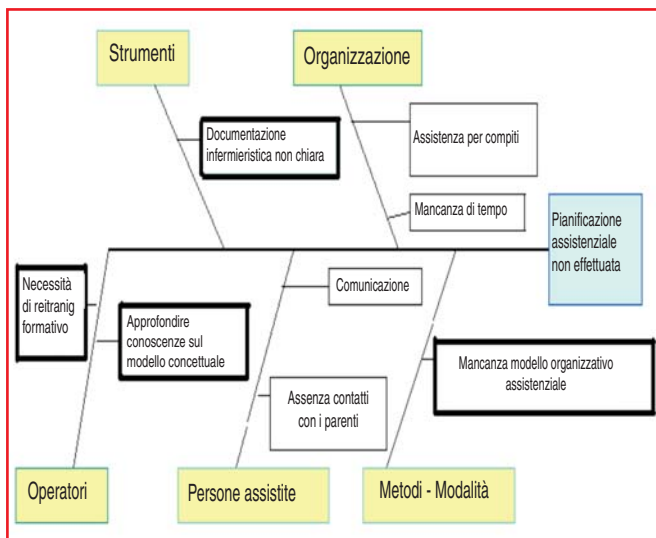
Nursing, conoscenze teoriche di base: il questionario, analisi del risultato

- 1) Quale normativa ha definito il profilo professionale dell'infermiere?
- 2) Quale legge ha trasformato la professione infermieristica dandole autonomia e responsabilità?
- 3) Quali sono i paradigmi del Nursing?
- 4) Quanto possiamo definire un bisogno infermieristico.
- 5) Cosa si intende per livello di indipendenza della persona.
- 6) Identificare il percorso normale della pianificazione.
- 7) Gli indicatori di risultato sono.
- 8) Cosa si intende per obiettivo specifico.
- 9) Qual'è lo scopo principale di una documentazione infermieristica.

Tab. 2 – Il questionario

Dalle risposte emergono due criticità sulle quali riflettere: la prima riguarda la performance negativa del gruppo composto dagli operatori con più di quaranta anni d'età, la seconda riguarda l'imbarazzo creato dalle domande sulla normativa professionale dove il 50% circa degli operatori ha dato risposta non esatta. È evidente la necessità di adottare un nuovo modello organizzativo dell'assistenza.

Analizzando il diagramma causa/effetto sono state evidenziate le cause per cui la pianificazione assistenziale non è effettuata.



Tab. 3 – Diagramma causa-effetto

Conseguentemente ho redatto un progetto con lo scopo di elaborare un modello assistenziale secondo il modello concettuale di riferimento che documenti la pianificazione dei bisogni assistenziali del singolo utente. All'interno della circolarità del processo di pianificazione assistenziale (raccolta dati, analisi dei dati, pianificazione, attuazione, valutazione) il gruppo infermieristico mette in essere le proprie competenze distinte per prendersi cura della persona nella sua globalità, a 360 gradi.



Tab. 4 – Il nucleo del processo di pianificazione.

Gli attori del modello organizzativo:

- infermiere coordinatore (responsabile dell'appropriatezza organizzativa);
- infermiere Ds esperto del modello concettuale, referente e consulente generale;
- infermieri Ds esperti nell'analisi dei processi alterati e titolari dei casi con maggiore complessità assistenziale;
- infermieri titolari dei casi con minore complessità assistenziale;

	Infermiere coordinatore	Infermiere esperto teoria	Infermiere esperto processo alterato	Infermiere
Definisce gli spazi di autonomia e i livelli d'integrazione				
Definisce competenze, capacità e responsabilità				
Accertamento iniziale				
Valuta complessità assistenziale				
Assegnazione casi				
Maggiore complessità				
Minore complessità				
Pianificazione				
Consulenza generale				
Consulenza specifico processo				
Formulare diagnosi				
Report trimestrale				
Monitoraggio dei processi				
Attiva sistema prevalente				

Tab. 5 – Competenze distinte del modello organizzativo dell'assistenza.

In particolare:

L'infermiere coordinatore, attraverso la motivazione del personale e l'allocazione delle competenze distintive:

- organizza il cambiamento attuando la gestione per obiettivi, definendo le piu' importanti sfere di responsabilità;
- permette di applicare in emodialisi un modello di *Nursing avanzato*;
- mantiene una visione panoramica del progetto per intervenire in caso di necessità;
- attraverso la negoziazione e la condivisione favorisce un clima interno positivo che inevitabilmente porta beneficio alla persona assistita.

Conclusioni

In attesa dei risultati della sperimentazione del progetto sono stati raggiunti alcuni risultati preliminari:

- l'avvio di una discussione che coinvolge un numero crescente di operatori sanitari con diverse professionalità;
- la discussione sull'umanizzazione dei rapporti con l'utente, non solo come stimolo a lavorare nella direzione della promozione della salute, ma anche come ricerca di modalità condivise per documentare l'agire professionale che ogni operatore svolge o dovrebbe svolgere.

L'insistere sugli aspetti assistenziali non vuole, e non sarebbe possibile nel servizio di emodialisi, disconoscere il ruolo dell'infermiere nel campo tecnico, ma tende a collocare i livelli di nursing su un piano che permetta di riconoscere la persona assistita come soggetto e non come oggetto della cura.

E anche attraverso questa insistenza che si vuole attribuire all'infermiere coordinatore il ruolo di supervisore nel contesto descritto in base alle competenze individuate.

In particolare l'infermiere Ds professional agisce attraverso approfondimenti clinico-assistenziali, competenze di analisi dei problemi, di pianificazione-progettazione, di gestione e di valutazione dell'assistenza che permettono di procedere ad accertamenti complessivi dei bisogni di salute, agendo con elevata autonomia e abilità nella diagnosi e fornendo risposte individuali, familiari e collettive ai problemi di salute. La sua competenza avanzata produrrà un'elevata capacità innovativa abbandonando i modelli tradizionali.

L'infermiere coordinatore che gestisce con pacatezza ed equilibrio la propria organizzazione valorizzando il ruolo dei "suoi" infermieri, è garanzia di un clima interno positivo che inevitabilmente porta beneficio alla persona assistita.

Superare l'Autosufficienza

Collegio IPASVI Firenze - aprile-maggio 2010



Superare l'Autosufficienza è un corso pensato, ideato e svolto da operatori che vivono e condividono le quotidiane difficoltà di relazione sul luogo di lavoro e proprio su queste difficoltà reali si basa la forza di coinvolgimento dei partecipanti

Il corso mira a far sperimentare modalità tecniche di relazione unite alla autenticità e valorizzazione delle caratteristiche individuali.

La malattia può diventare strumento di crescita personale; le abilità relazionali dell'infermiere nell'assistenza alla persona aiutano questo processo. Il recupero di una condizione di autosufficienza è uno strumento e uno degli obiettivi primari dell'assistenza.

L'idea che proponiamo è quella di utilizzare l'evento patologico per sviluppare le capacità della persona necessarie a gestire il proprio stato di salute migliorando la qualità della vita.

I Conduttori: Simone Bacherini e Gabriele Giacomelli sono Infermieri presso CSM di Sesto Fiorentino, Counselor Relazionali Professional, docenti universitari a contratto.

Programma

- Mercoledì 7 aprile ore 13,30-18.00
Introduzione teorica
- Mercoledì 14 aprile ore 14.00-19.00
Empatia; tecniche di ascolto e riformulazione
- Mercoledì 21 aprile e Mercoledì 28 aprile ore 14.00-19.00
Comunicazione Verbale e non Verbale
- Mercoledì 5 maggio ore 14.00-19.30
Riepilogo, approfondimenti e chiarimenti

Informazioni e iscrizioni

Il numero massimo dei partecipanti è 24 persone. Prima di procedere all'iscrizione e quindi al pagamento del corso è necessario telefonare alla segreteria per accertarsi della disponibilità dei posti. Le iscrizioni dovranno pervenire entro il 12 marzo 2010. Crediti ECM richiesti per infermieri e infermieri pediatrici.

Iscrizione

Iscritti al Collegio IPASVI di Firenze contributo di € 35,00
Iscritti ad altri Collegi IPASVI contributo di € 105,00
Il versamento dovrà essere effettuato tramite c/c postale n. 17570508 intestato a Collegio IPASVI Firenze; nella causale specificare corso "Superare l'Autosufficienza"
La copia della ricevuta dovrà essere inviata per fax alla segreteria

La segreteria è aperta nei giorni

Lunedì e Mercoledì dalle ore 14:00 alle ore 17:00;
Venerdì dalle ore 9:30 alle ore 12:30.

Tel 055 359866 - Fax 055 355648 - email: segreteria@ipasvifi.it

Sotto il cielo di Gaza

Renza Martini

Al Shifa e le ustioni da fosforo bianco

La mia attività nella striscia di Gaza si alterna da un presidio all'altro. Giungo ad Al Shifa, l'ospedale centrale di Gaza city, dove i segni del bombardamento si presentano fin dal piazzale antistante l'ingresso. Due ambulanze lasciate lì, a cuocere sotto il sole che già accende il cielo di un fine gennaio, sono solo ammassi di lamiera contorte, silurate da carri armati, dove i resti dei corpi disintegrati e appiccicati ovunque, appaiono ai miei occhi come disegni di una funesta tappezzeria, che nessuno ha provato a rimuovere; ci pensa un gattino, a leccare le lamiere, per poi riposarsi sul sedile accartocciato, incurante del mondo.

Entrando in Al Shifa, mi assale una sensazione di estrema impotenza e vulnerabilità, di fronte ad un pericolo occulto, che non è più rappresentato da germi e batteri che provocano malattie, complicanze, infezioni; non è più prioritario pensare all'igiene ambientale e alla prevenzione: no, prevale sopra ogni cosa la consapevolezza della precarietà della vita stessa.

Qui tutto si capovolge ed ecco il primo contatto con i feriti "veri": amputati, politraumatizzati, quando non colpiti o sventrati da proiettili, o schiacciati sotto le macerie; e quei poveri corpi ustionati, di cui mi verrà detto "sono strane ustioni, non sappiamo cosa fare, dove mettere le mani. Mai visto niente di simile. Dopo giorni e giorni, la carne continua a bruciare, fino a divorare i corpi, basta sollevare le bende e i tessuti riprendono a fumare. Il contatto con acqua, aumenta e peggiora la situazione. E' il contatto con l'ossigeno che fa riprendere vita al fuoco, basta un'ustione del 10% sul corpo, per decretarne la morte". Tanti ustionati, dopo un primo soccorso, sono stati rimandati via, al loro de-

stino; per vederli poi ritornare dopo pochi giorni, aggravati, con la carne delle ferite consumata fino all'osso, e gli organi interni compromessi. Finché hanno compreso che dovevano rimuovere chirurgicamente le parti ustionate, per asportare ogni frammento, anche microscopico, della sostanza micidiale, il "Fosforo Bianco".

Parlo col Dott. Ahmed, dell'ospedale Al Shifa, dove c'è un via vai di madri in nero, mogli, sorelle, figli, che strisciano per corridoi e corsie ad assistere i divorati dal fosforo e dalle "Dime" (Dense Inerte Metal Explosive); mi conferma quanto già sentito: dopo una laparotomia primaria per ferite che parevano relativamente piccole e poco contaminate, un secondo intervento ha rivelato aree crescenti di necrosi, dopo un periodo di tre giorni. Poi la salute si deteriora ed entro dieci giorni necessita un terzo intervento, che mette in luce una massiccia necrosi del fegato o di altri organi. Il fenomeno è accompagnato da emorragie diffuse, collasso renale, infarto.

Spesso questi feriti sono giunti a cercare soccorsi, portati a spalla o su carretti trainati da asinelli, dove venivano sdraiati e ammucchiati adulti e bambini. Crani fracassati, occhi letteralmente saltati fuori dalle orbite (da racconti di parenti) che penzolavano sul viso, ma respiravano ancora, e la speranza non moriva.

Una madre distrutta, urlando di disperazione, ci trasmette il suo dolore parlandoci del suo bambino: aveva il torace aperto, gli si potevano contare le costole bianche, mentre lei teneva poggiate le mani su quel petto scoperciatto, come se cercasse di aggiustare quel frutto del suo amore, e prolungarne la vita, oramai inutilmente volata oltre il mare.

Incomincia così, prima ancora del mio contatto fisico, nell'adoperarmi con quel poco di materiale a disposizio-

Metto a disposizione lo spazio della rubrica di questo numero al racconto di Renza Martini, una collega di Santa Maria Nuova che ha partecipato ad una missione umanitaria nella striscia di Gaza. Una testimonianza vissuta attraverso gli occhi e la sensibilità di una infermiera, una denuncia delle atrocità della guerra e del dolore patito dalle popolazioni civili inermi.

Giancarlo Brunetti

ne che ritrovo, il mio contatto umano, emotivamente sconvolto da quegli abbracci disperati di madri e padri sconosciuti, da quelle frasi arabe per me incomprensibili, urlate più che raccontate, ma più che altro da mille occhi scavati dal dolore, che dicevano tutto, prima ancora delle parole: non importava conoscere la lingua. Ma è troppo forte l'impatto, troppo forti le immagini crude e crudeli, che mi si presentano. E troppo forti sono i racconti che mi coinvolgono. Duemilaquattrocento abitazioni civili distrutte, trenta moschee, una cinquantina di stabili pubblici e istituzionali rasi al suolo, ventinove scuole, spesso coi bambini dentro. Il 43% delle vittime sono minori.

La vita di Ahmed

Ahmed, sette anni, piccolo "cucciolo" d'uomo rannicchiato, giace inerme su un cumulo di coperte colorate. Lo sguardo vitreo, perso nel vuoto, quasi a cercare di afferrare un mondo, che non è più suo. Lo scorgo così, circondato dai parenti, dei quali uno, disperato, si rivolge alzando le braccia verso di me, e parlando in modo incomprensibile. Ma il fido Sami, la nostra guida, si sbriega a tradurmi. Non c'è poi molto da capire: la mano dell'uomo, che è il padre del bambino, stringe una lastra di radiografia, dove appare in controtuce ciò che "l'essere umano" riesce a fare, al di là della ragione. Brilla, la pal-



lottola di M16, dentro i profili del cranio di Amhed, che un fucile mitra gliatore dieci giorni fa, dopo il “cessate il fuoco”, continuando a cercare le sue vittime, ha pensato bene di approfittare di un piccolo cucciolo che “giocava” sulle macerie. “Parla coi morti” mi dice il padre, mentre un brivido mi percorre il corpo. Ed è stato “abbandonato”, dicono i medici che non possono intervenire, per mancanza di strutture, è già tanto se respira, anche se è stabilizzato.

D'accordo con la coordinatrice della Missione, più che sospinti dal padre, abbiamo tentato poi, con vari contatti telefonici e via internet, da un unico check-point miracolosamente salvato, di comunicare l'intento di poter trasportare Ahmed a Firenze. Dopo tre giorni di costosi e difficili tentativi per stabilire un contatto con i responsabili aziendali di Firenze e del Meyer, con l'aiuto del Consolato di Gerusalemme, dell'Ambasciata del Cairo e del Ministero degli Esteri italiano, riusciamo ad ottenere finalmente il permesso di trasporto in Italia; fermo restando, e questa era un'incognita, che gli israeliani avessero concesso il passaggio al confine.

Siamo “volati” ad Al Shifa, entusiasti come non mai, purtroppo Ahmed aveva avuto una crisi estrema, la sera prima, cancellando con un colpo di spugna tutti i nostri buoni propositi.

Bambini, bambini, quanti ce ne sono. Quelli sopravvissuti, di cui tanti giacciono ancora nei letti, mi appaiono mutilati, senza gambe o piedi, al posto dei quali vistose fasciature sporche, quasi più grandi dei piccoli corpicini.

Bambini che erano nelle scuole, pure esse colpite e prese di mira dai tank disumani; decine di grembiolini azzurri macchiati di sangue, si confondono con ciò che resta di un'infanzia rubata. Mentre nelle strade divelte dalle bombe, corpi di animali (le cui carcasse putrefatte persistono ai miei occhi) e di uomini, fino a pochi giorni fa, mescolavano il loro sangue in rivoli, fra la polvere.

Parlo con un medico norvegese, che è qui da diversi giorni, conferma il sospetto dell'uso di armi proibite, utilizzate da Israele, che lasciano ai feriti, se non uccidono, amputazioni estreme, con entrambe le gambe spappolate. Non solo, le ferite si presentano strane, quasi che il sangue “fosse sparito”, così si esprime. Queste ferite verranno, poi, identificate come provocate da bombe DIME, involucri metallici che, scoppiando, lanciano milioni di particelle taglienti di tungsteno e carbonio, che tranciano le parti basse delle vittime. Naturalmente molti di loro non riusciranno a superare il trauma.

Al Quds, l'ospedale della Mezza Luna Rossa

L'ospedale più grande degli altri, un disastro, di sette piani, almeno quattro sono fuori uso, completamente demoliti. Nei giorni di fuoco tutti gli occupanti sono stati evacuati, tutti però sdraiati al di fuori delle mura sulla strada antistante, comprese le incubatrici coi neonati fatti respirare “a mano”, prese sottobraccio e portate via correndo.

In una stanzetta fatiscante scorgo due

bambine, gli arti coperti da bende sporche, Amira e Alah.

La prima è rimasta sola al mondo, genitori e fratelli maciullati da missili lanciati da un carro armato. Lei stessa, ferita in tutto il corpo, con le gambe fuori uso, si è trascinata nella polvere, fino a trovare una porta aperta di una casa abbandonata, dove ha cercato da bere, e dove, dopo tre giorni, è stata rinvenuta dal proprietario rientrato e portata all'ospedale, praticamente dissanguata. Ha saputo poi che i suoi familiari erano stati sepolti già il giorno prima e che i conoscenti, trovando “pezzi di carne” irriconoscibili, hanno pensato che fosse lei. Ancora una volta sono percorsa da brividi, ancora una volta mi sentirò più impotente che mai, di fronte alla grandezza di tali tragedie. Abbiamo portato con noi materiali di primo soccorso, ma anche giocattoli, richiesti come le medicine. Con un passa-parola abbiamo avuto l'indicazione di diversi feriti, soprattutto ustionati, rimandati nelle loro abitazioni, almeno quelle rimaste in piedi.

Mi sono recata a trovarli, sotto la guida di Sami, per portare loro assistenza, o perlomeno “presenza umanitaria”, consapevole del fatto che, in mancanza di mezzi adeguati, ben poco avrei potuto risolvere. Mi sono resa però conto che, al loro capezzale, già sentirsi prendere in considerazione, oltre che a sostituire bende oramai putrefatte, molto serviva a dare loro una speranza in più, persa forse in un mare di morte, ma sufficiente ad attaccarsi ad un barlume di vita Ahmad, sul





suo semplice lettino, lo sguardo perso nei suoi sedici anni appena, disperato e struggente, il corpo devastato dal fosforo bianco, mi porge le sue mani rattappate dalle ustioni; non le muoverà più, ma molto peggio è ciò che sta bruciando il suo corpo, penetrando all'interno. Mi chiede se morirà. Un nodo alla gola, che mi fa ingoiare amaro e saliva, mi impedisce di formulare troppe parole scientifiche. Riesco solo a dire a Sami: "cerca di essere molto chiaro, e traduci bene quello che sto per dire ad Ahmad, lo vedrò dal suo sguardo se tu riesci a dirgli ciò che voglio intendere io, nel modo giusto, devo vedere sparire quella sua infinita tristezza. Ebbene, digli che assolutamente per quello non morirà, e che deve pensare solo a vivere, al futuro, al domani. Che la forza per guarire la deve trovare dentro di sé, e che sicuramente ce la farà, perchè deve vivere la sua giovinezza, ne ha diritto". Parole stupide, lo so, che a fatica hanno superato la barriera della mia gola strozzata e delle mie lacrime trattenute a fatica. Eppure ho visto un sorriso spuntare da quel giovane volto, e ciò è bastato per farmi sentire, forse più di ogni altra occasione, in grado di essere utile a qualcuno, in tale inferno, anche se sono "solo" un'infermiera. Ben sapendo che potrei essere solo un'infermiera "bugiarda".

Il cammino del ritorno

A cinquant'anni e passa, credevo di essermi abituata alla morte; credevo di non dovermi stupire più di nulla. For-

se che c'è morte e morte? Forse che sotto un altro cielo mi appare più tremenda? Forse che l'immagine di un uomo che muore in un nostro letto d'ospedale, è meno triste e meno dolorosa di chi muore per una guerra? Eppure è così: la corazza che si crea nella nostra routine professionale, e che ci permette di affrontare il quotidiano, non è sufficientemente spessa per sopportare troppa sofferenza tutta assieme o forse solo perché tanti, troppi, sono i bambini diventati angeli; quei tanti cuccioli innocenti che, rivolgendogli occhi al cielo per rimirare il volo dei gabbiani, hanno invece incrociato lo sguardo con i missili degli "Apache" e degli "F16" rombanti;

L'ultimo sguardo

No, non sono più abituata alla morte, e con questa consapevolezza riprendo il cammino del ritorno.

Poco lontano, lungo la strada polverosa, due dromedari si contendono pochi fili d'erba, sulle dune spoglie del deserto incipiente. Mi bruciano gli occhi: sarà il vento che solleva la sabbia, mentre saluto il cielo di Gaza, lanciando uno sguardo struggente al mare, le cui onde s'infrangono assieme ai miei ricordi sui resti di un popolo antico.

Me ne torno nella mia tranquillità, alla mia "morte normale", alla mia quotidianità, ma forse ho lasciato su quelle dune della Striscia, oltre alle mie impronte che si stanno cancellando, una parte del mio cuore, sepolto dalla sabbia del deserto.

Intervista a Renza Martini

Un'esperienza forte e fragile

Maristella Pelliccia

Renza la conosco dal lontano 1970 quando entrò alla Scuola Infermieri "Beatrice Portinari" con l'entusiasmo tipico dei giovani, che, per alcuni aspetti ancora oggi è così per le cose in cui crede. L'approccio al volontariato di Renza inizia intorno al 2003 entrando prima nel gruppo della chirurgia di urgenza con la Protezione Civile e poi con il CIVES, le esperienze da lei fatte in campo umanitario sono state diverse, ma per intensità di emozioni, l'impatto con Gaza è stato il più significativo.

L'esperienza "Gaza" avvenuta con un gruppo di missione ONG aveva come finalità l'informazione per la collettività della reale situazione di Gaza. L'esperienza fatta dal 27 gennaio al 9 febbraio 2009, diventata anche riflessione sulle guerre nella trasmissione "Presca Diretta" condotta da Riccardo Iacona, in onda su Rai Tre l'8 marzo 2009.

Come hai vissuto l'esperienza infermieristica a Gaza?

Con molta serenità la mia esperienza è stata forte e fragile. In momenti così particolari non esiste una definizione di ruolo, esiste solo la necessità di rispondere ai tanti e tantissimi bisogni che ci sono con le poche cose che hai a disposizione. Manca l'acqua, quella che c'è è salata ed usi quella, non esistono protocolli, ma non ti poni neppure la domanda è come se tutto fosse riportato ad un senso di loro tradizione.

Come ti sei comportata e come hai gestito le eventuali conflittualità?

I primi giorni ho osservato per rendermi conto, ho riflettuto e mi sono adeguata al sistema in uso, ma soprattutto ho toccato con mano una realtà a me sconosciuta; dove l'emozione e la voglia di abbracciare le persone, mi faceva riflettere sul diverso modo di morire. La mia conflittualità è stata tra la morte vissuta da noi in una corsia di ospedale e morire per mano di altri uomini, ma soprattutto l'odio tra i popoli è la vera conflittualità.

Cosa porti con te e nel tuo lavoro da questa esperienza?

Ritengo che una esperienza così singolare ci debba comunque fare riflettere su cosa significa essere infermiere. Da sempre ho pensato nella mia esperienza lavorativa (lunga) che l'infermiere e colui che sa cogliere le necessità di salute e dare risposta alla persona indipendentemente dalla cultura e dal credo religioso e che sa armonizzare la cognitività con il fare e l'essere.

Gli articoli presentati sono fedelmente ripresi dalle fonti citate. Di alcuni, e per i soli motivi di spazio, se ne riporta un'ampia sintesi

A cura di

Alice Lippi

alichelippi@virgilio.it

Vania Corti

vania.corti@asf.toscana.it

Un asino per curare e socializzare

L'esperienza del Fatebenefratelli di Genzano

Se tutti avessimo un asino per amico, probabilmente ci sarebbero meno esaurimenti nervosi e depressive. E molti bambini con difficoltà motorie o di socializzazione potrebbero avere un compagno di giochi davvero insolito. Altro che "somari", gli asini, animali docili e intelligenti, negli ultimi anni sono stati riscoperti per uso terapeutico perché la loro compagnia favorisce numerosi effetti benefici. Che sia usato per agevolare la rieducazione motoria o per risolvere traumi: l'asinello si presta al contatto con adulti e bambini in modo empatico. E' quello che sostengo-

no i teorici della onoterapia, la pet-therapy che prevede appunto l'uso degli asinelli. Una metodologia che si poggia sulle caratteristiche che fanno dell'asino un animale unico: lentezza, docilità, empatia. (...) L'asino con il suo modo di essere statico, con il suo raglio potente e unico, è in grado "di rompere gli schemi". Non si pone in modo aggressivo e anzi offre al paziente portatore di fragilità, un diverso modo di "esistere", mostrando appunto una "fragilità possibile", che è il contrario di arrendevole. (...) E' questo stare che diventa veicolo formativo e di dialogo con le persone, che attraverso l'aiuto di operatori specializzati e sotto la guida di un medico, riescono a ritrovare o a trovare la capacità di stare insieme agli altri. (...) "L'attività è gradua-

le - spiega Reinger Cantiello i percorsi sono individuali o di gruppo a seconda delle esigenze: si può iniziare con i giochi per passare poi al contatto diretto con coccole e carezze, fino ad arrivare alle passeggiate". In sostanza il paziente riesce a fidarsi dell'animale e quindi a cominciare un percorso di apertura verso l'altro da sé. (...) Ma perché scegliere un asino al posto di un comune cagnolino? Il segreto sembra essere proprio quel mix fatto di mansuetudine, di prudenza e di lentezza. E forse proprio la sua lentezza è in grado di richiamare le nostre società arcaiche e i nostri ritmi più ancestrali, a riuscire a determinare un percorso di fiducia e di immedesimazione. (...)

IL SOLE 24 ORE SANITÀ

1-7 dicembre 2009

Malattia dipendenti pubblici: cambiate le fasce di reperibilità

Dalla Gazzetta Ufficiale
20 gennaio 2010

Il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione [omississ...]

Determinazione delle fasce orarie di reperibilità per i pubblici dipendenti in caso di assenza per malattia

Art. 1: Fasce orarie di reperibilità

In caso di assenza per malattia, le fasce di reperibilità dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni sono fissate secondo i seguenti orari: dalle 9 alle 13 e dalle 15 alle 18. L'obbligo di reperibilità sussiste anche nei giorni non lavorativi e festivi.

Art. 2: Esclusioni dall'obbligo di reperibilità

1. Sono esclusi dall'obbligo di rispettare le fasce di reperibilità i dipendenti per i quali l'assenza è etiologicamen-

te riconducibile ad una delle seguenti circostanze:

- patologie gravi che richiedono terapie salvavita;
- infortuni sul lavoro;
- malattie per le quali è stata riconosciuta la causa di servizio;
- stati patologici sottesi o connessi alla situazione di invalidità riconosciuta.

2. Sono altresì esclusi i dipendenti nei confronti dei quali è stata già effettuata la visita fiscale per il periodo di prognosi indicato nel certificato.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Roma, 18 dicembre 2009

Il Ministro: Brunetta

12 maggio 2010

Un francobollo sarà dedicato agli infermieri

Un prestigioso riconoscimento agli infermieri italiani: il Ministro dello Sviluppo economico On. Caludio Scajola ha annunciato l'imminente emissione di un francobollo dedicato alla figura dell'infermiere e al ruolo chiave che esso riveste nella società odierna.

L'iniziativa attesta la crescente affermazione dell'immagine pubblica dell'infermiere ed è di assoluto prestigio: per la prima volta, infatti, lo Stato italiano celebra una professione emettendo un apposito francobollo postale nell'ambito della serie filatelica "Istituzioni".

Si tratta di una nuova opportunità per ribadire ed evidenziare il rapporto "privilegiato" tra la professione infermieristica e il cittadino.

Tutti gli infermieri possono contribuire personalmente all'ideazione e all'elaborazione del soggetto grafico per la realizzazione del bozzetto finale del francobollo.

Idee e suggerimenti creativi possono essere inviati alla Federazione IPASVI attraverso un apposito indirizzo e-mail (francobollo@ipasvi.it) e saranno proposti alla valutazione dei tecnici del Poligrafico dello Stato.

Le idee progettuali dovranno pervenire alla Federazione entro e non oltre il 31 gennaio prossimo.

Grazie della collaborazione!

Competenze nell'infermiere. Discussione aperta?

**Moira Borgioli - Simonetta Chiappi
Barbara Bini - Laura Rasero**

Il tema della competenze è ampiamente dibattuto nel mondo infermieristico. Gli input derivati dall'evoluzione normativa, dalla deontologia professionale, da un utente che chiede prestazioni sempre più qualificate ed attente ai bisogni, pone gli infermieri a dover riflettere sulle competenze specifiche del ruolo e sugli aspetti caratterizzanti che definiscono lo specifico professionale. La competenza di un professionista si modifica, varia negli anni, si approfondisce e viene arricchita da tutto ciò che deriva dalla pratica professionale, aspetto, purtroppo, a tutt'oggi fortemente sottovalutato.

Nel sistema attuale molta rilevanza viene data all'aspetto certificativo derivante dagli studi scolastici, ben meno valorizzato è l'aspetto conoscitivo che deriva dalla pratica professionale, dagli esiti che il professionista ottiene applicando principi teorici o da elementi derivanti dalla pratica che possono contribuire ad arricchire il bagaglio scientifico della professione.

Analizzare e codificare le competenze ha una origine abbastanza recente. Nel libro "The competent manager" (1982) di Boyatzis ha aperto la discussione sull'argomento, ripresa 10 anni dopo nel testo "Competente at work. Models for superior performance" di L.M. Spencer e S.M. Spencer, dove è proposto un sistema di codifica e classificazione delle competenze.

A livello internazionale Patricia Benner (1984) è stata una delle prime a trattare il tema delle competenze nella professione infermieristica. Essa sottolineava la necessità di documentare gli esiti del lavoro degli infermieri, per poter contribuire con i "nuovi apprendimenti" derivanti dalla pratica assistenziale, ad arricchire la teoria infermieristica delle nuove conoscenze che, come in ogni settore, possono derivare dalla pratica. Ispirandosi a modello di acquisizione delle abilità di Hubert L. e Stuart E. Dreyfus, dove sono descritti i 5 livelli di competenza (novizio, principiante avanzato, competente, abile, esperto - Dreyfus 1980, 1981), Benner ha svolto studi per comprendere l'apprendimento derivante dall'esperienza nella pratica infermieristica, dallo sviluppo delle abilità e l'articolazione delle conoscenze che derivano dall'esperienza infermieristica.

Il termine "esperienza" non si riferisce allo scorrere del tempo, all'anzianità di servizio, ma indica il perfezionamento di nozioni e teorie, grazie all'incontro con situazioni reali che aggiungono elementi o differenze dalla teoria (Gadamer, 1970, Benner e Wurzel 1982).

In Italia un modello orientato alle competenze è quello proposto dalla Federazione IPASVI. Quest'ultimo è basato sul sistema dell'Isfol (Istituto per lo Sviluppo della Formazione professionale dei Lavoratori) e suddivide le competenze in:

- competenze di base, quelle che tutti i professionisti devono possedere per l'ingresso nel mondo del lavoro;
- competenze trasversali cioè capacità comunicative e relazionali che ogni professionista dovrebbe possedere in qualunque settore professionale;
- competenze tecnico professionali relative alle funzioni che caratterizzano la figura professionale;
- competenze tecnico professionali trasversali al settore sanitario.

Come valutare le competenze?

Gli strumenti necessari per valutare sia la competenza che la performance sono ambiti di discussione nella professione. Studi inglesi hanno adottato approcci qualitativi per valutare la competenza (Bartlett e al 2000) e questi possono spiegare le tendenze ad una valutazione multipla. O'Shea dichiara che un sistema di competenze dovrebbe essere sviluppato da clinici, non clinici, volontari, dirigenti, dipendenti a contratto.

In uno studio finlandese condotto da R. Meretoja, H. Isoaho, H. Leino-Kilpi (2003), è descritta l'esperienza effettuata con l'uso della "Nurse Competence Scale". La scala deriva dalla struttura delle competenze descritte da Benner, è suddivisa in 7 categorie e 73 item e provata su un campione di 593 infermieri finlandesi. I risultati della sperimentazione hanno indicato un buon livello di affidabilità e validità.

Tra le altre esperienze da segnalare il recente studio ETHAN, progetto promosso dall'Inghilterra che ha coinvolto 5 Stati Europei con l'obiettivo di migliorare la trasparenza in Europa per la qualificazione dell'infermiere riguardo competenze, abilità, esperienza e cultura.

La ricerca nel settore della Valutazione delle Competenze dell'Infermiere

Gli studi realizzati negli anni lasciano ancora molti problemi aperti. Gli interventi richiedono l'assunzione di un modello di riferimento per rendere più semplice e comprensibile il concetto di competenza.

Riconoscere le competenze, il livello di abilità di un professionista sono elementi che contribuiscono alla soddisfazione del lavoro (Blegen 1992, Larsen 1993) e, in parallelo la mancanza di riconoscimento è stata identificata come una tra le prime cause di insoddisfazione del personale (Howery 1990, Hayes 1993).

La ricerca proposta, inserita nel dottorato di ricerca dell'Università di Firenze, ha l'obiettivo di creare un sistema di valutazione delle competenze da applicarsi nei contesti organizzativi, quale fattore di miglioramento dei risultati dell'assistenza infermieristica e della percezione del lavoro da parte degli infermieri per rispondere ai bisogni della persona ottenendo i migliori risultati ed accrescere la

qualità, l'autonomia e la responsabilità degli infermieri.

Il progetto si realizza attraverso la creazione di strumenti di autovalutazione e valutazione che saranno provati su un campione di infermieri. L'endpoint atteso è rappresentato da individuare:

- le competenze acquisite con la pratica assistenziale e l'esperienza lavorativa
- i livelli di competenza evidenziati con il sistema
- gli esiti dell'assistenza infermieristica nella valorizzazione delle competenze.

Il sistema di valutazione delle competenze prodotto è basato sui presupposti del modello delle competenze di *Spencer e Spencer* (1995), sulla teoria del comportamento organizzativo della *Learning Organization* (1994) e, per l'ambito professionale, viene fatto riferimento alla teoria *Nursing come stimolatore di Armonia-Salute* di Renzo Zanotti (1989) in quanto teoria di riferimento Aziendale.

Ad oggi gli strumenti sono in fase di validazione e saranno provati nel prossimo autunno. I risultati saranno disponibili dal prossimo anno.

Corso di Inglese

English
Italian



Italian
English

Corso di secondo livello

Ripasso grammatico, letture brevi su Pronto Soccorso, Triage. Tutti i lunedì dal 15 marzo al 10 maggio dalle ore 15:00 alle ore 16:15

Corso di terzo livello

Letture con terminologie su medicina di emergenza, medicina della dipendenza, CPR. Tutti i lunedì dal 15 marzo al 10 maggio dalle ore 16:30 alle ore 17:45

corso rivolto solo agli iscritti al Collegio IPASVI di Firenze

Disponibilità di posti: il numero massimo di partecipanti è di 15 persone per ciascun corso; il corso verrà attivato se verrà raggiunto un minimo di 7 iscrizioni.

Quota d'iscrizione: € 30,00 da versare sul c/c postale 17570508 intestato a Collegio IPASVI di Firenze – causale "corso inglese" (indicando il livello).

La copia della ricevuta dovrà essere inviata per fax alla segreteria 055/355648

Iscrizioni: Le iscrizioni dovranno pervenire alla segreteria del Collegio entro il 1.03.2010 per e-mail segreteria@ipasvifi.it o per fax 055/355648

Sede del corso: Collegio IPASVI – Via P. da Palestrina 11 – Firenze

N.B : prima di effettuare il pagamento è necessario accertarsi della disponibilità dei posti. Non sarà possibile il rimborso in caso di rinuncia.

OIPAT

Osservatorio Infermieristico sulle Politiche Assistenziali del Territorio

Gruppo integrante ma indipendente all'interno del Collegio, l'OIPAT nasce dall'esigenza di trovare risposte e risorse professionali da mettere a disposizione della comunità infermieristica, in un periodo in continuo divenire per la sanità territoriale, dove diventare sempre più protagonisti oltre che esecutori.

Nasce all'interno dell'I.P.A.S.V.I. di Firenze, l'Osservatorio Infermieristico sulle Politiche Assistenziali del Territorio (O.I.P.A.T.), con l'obiettivo di supportare e tutelare gli infermieri che lavorano in ambito territoriale, supervisionare e monitorare progetti, favorire la crescita culturale nonché offrire una consulenza in ambito normativo su specifiche problematiche ricorrenti nel territorio. L'idea di costituirsi come gruppo integrante ma indipendente all'interno del Collegio, nasce dall'esigenza di trovare risposte e risorse professionali da mettere a disposizione della comunità infermieristica, in un periodo in continuo divenire per la sanità territoriale, dove essere protagonisti e non solo esecutori. Si ricorda che in Italia fino al 1978 era presente il sistema mutualistico, tutte le funzioni erano affidate alle sole strutture ospedaliere, limitando la capacità di «integrazione» tra i diversi servizi. La legge 833 del 1978, che concretizza i principi dichiarati nell'art.12 della Costituzione "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun modo violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana", istituisce il Sistema Sanitario Nazionale, un sistema universalistico in cui la salute è considerata diritto fondamentale dell'individuo. Il successivo D. Lgs 229/99 mantiene inalterati i principi fondanti della legge 833/78, ma mira alla razionalizzazione dell'impianto organizzativo del sistema sanitario orientando verso i principi d'efficienza, qualità ed equità. Attualmente, benché le attività e l'assistenza sul territorio rivestano un ruolo primario fondamentale per il cittadino, si ha difficoltà a riconoscerli pari dignità con le altre strutture del SSN. Gli ultimi Piani Sanitari Nazionali e Regionali investono molte aspettative sul territorio e grandi progetti, ma ancora fondi e risorse necessarie per

passare da una fase di proposta alla sua applicazione, non risultano essere sufficienti. Tutto questo ha inciso fortemente sullo scarso sviluppo del territorio, rendendolo un luogo carente di mezzi dove assegnare personale poco qualificato e poco motivato (vedi, per esempio, lo scarso sistema di comunicazione tra le varie organizzazioni territoriali e/o ospedale-territorio). Per il settore infermieristico con l'abolizione del DPR 14 marzo del 1974 n. 225, la realizzazione della formazione post-universitaria e l'evoluzione dei bisogni assistenziali, è diventato ancor più importante avere sul territorio un professionista sanitario al quale venga riconosciuta autonomia professionale per lo svolgimento di specifici interventi assistenziali. All'infermiere vengono richieste maggiori competenze e capacità di integrazione interprofessionale, per far fronte sia ai bisogni dell'assistito che all'applicazione di nuovi modelli professionali, per la gestione di casi complessi, sempre più di gestione territoriale.

Il nostro gruppo ha deciso di approfondire tematiche di interesse infermieristico nelle seguenti aree:

1) **Sanità d'iniziativa all'interno delle cronicità:** la trasformazione dei processi sanitari dovuti a fattori bio-medici (evoluzione tecnologica), epidemiologici-demografici (aumento delle patologie croniche) e socio-antropologici (cambiamenti all'interno della famiglia, evoluzione del tenore di vita, miglioramento dello stile di vita e delle conoscenze), ha determinato la necessità di implementare nuovi modelli assistenziali che spostano la centralità della gestione delle patologie croniche dall'ospedale al territorio. L'O.I.P.A.T. si propone di effettuare una descrizione dei progetti attivi di collegamento tra ospedale e territorio, nonché quelli per il follow-up ambulatoriale e domiciliare presenti nelle varie realtà. Referenti: Cinzia Beligni e Cecilia Pollini.

2) **Cure palliative in ambito domiciliare e gestione del dolore:** L'attenzione sulle cure palliative e sulla

terapia del dolore hanno avuto un netto incremento negli ultimi anni a causa dell'ampiezza del bacino di utenza a cui sono rivolte queste discipline, e l'assistenza domiciliare si è trovata a dover gestire un numero di pazienti che precedentemente veniva trattato in ambiente ospedaliero. Le cure palliative, intese come il trattamento del paziente affetto da patologie evolutive irreversibili attraverso il controllo dei suoi sintomi e delle alterazioni psicofisiche, anziché della patologia che ne è la causa, rappresentano una risposta a tutti quei pazienti che non hanno possibilità di guarire, ma che hanno diritto ad una fine della vita dignitosa e senza dolore. Vista l'importanza di un corretto approccio al malato inguaribile, detta materia non deve essere ad esclusiva gestione e competenza di un ristretto gruppo di professionisti, ma deve diventare un bagaglio culturale di tutti gli operatori che svolgono attività territoriale. A tal fine l'O.I.P.A.T. si propone quindi, attraverso la mappatura dei servizi sia privati che pubblici, di sensibilizzare tutti gli infermieri sull'importanza di linee guida condivise per poter offrire a tutti i pazienti sia adulti che pediatrici un livello di cure che possa essere il migliore possibile. Referente: Filippo Ricci

3) **La sanità in carcere:** in seguito al passaggio al SSN dell'organizzazione della sanità penitenziaria transitata dal Ministero della giustizia a quello della salute (DPCM 1 Aprile 2008) per supportare e approfondire tutte le tematiche di natura professionale: documentazione, modelli organizzativi, self care, rischio clinico, l'O.I.P.A.T. si propone di effettuare una classificazione sulla tipologia degli istituti presenti, della documentazione infermieristica e/o integrata presente e delle principali attività e/o progetti in atto, nonché della relazione e correlazione tra carcere e settore psichiatrico. Referente: Elena Nerozzi

5) **La salute mentale:** L'area della salute mentale è una di quelle dove l'infermieristica può esprimere maggiormente le proprie peculiari caratteristiche di "relazione di cura", "assistenza olistica", "presa in carico multiprofessionale", ed "educazione alla salute". Una caratteristica importante della attuale organizzazione infermieristica in salute mentale, limite e potenzialità, è la diffusione eterogenea delle realtà lavorative: a distanza di pochi chilometri si assiste a organizzazioni e impieghi sostanzialmente diversi degli infermieri. Da questa eterogeneità ci si aspetta che nascano nuove proposte organizzative e operative, per sviluppare ed incrementare la qualità delle risposte ai problemi di salute mentale. Per lo sviluppo di questa nuova cultura sarà di importanza strategica una competenza nella ricerca sul campo e la dis-

ponibilità di strumenti di diffusione delle informazioni, per conformare e collegare le esperienze. Referente: Gabriele Giacomelli

6) **Qualità e sicurezza nelle residenze per anziani:** nel corso degli anni il concetto di "casa di riposo" è cambiato radicalmente anche se in una logica fortemente eterogenea rispetto all'approccio assistenziale diretto alla persona anziana e fragile. La Regione Toscana ha costruito numerosi documenti programmatici a supporto dell'omogeneizzazione dei percorsi di gestione della non autosufficienza. La residenzialità costituisce una risposta indispensabile a numerosi casi in cui il mix di patologie che affliggono la persona anziana non permettono un'adeguata gestione domiciliare. Le strutture residenziali sono comunità in cui oggi coesistono elementi di complessità organizzativa ed assistenziale da monitorare nell'ambito

del concetto di presa in carico globale della persona. Il progetto Qualità e Sicurezza in RSA è fortemente rappresentativo di questa intenzione e sintetizza la filosofia dell'Agenzia Regionale Sanità di fotografare e monitorare fenomeni per stimolare la buona pratica clinico assistenziale. Questa indagine di prevalenza considera il dolore, le Udp (ulcere da pressione) e le cadute, l'oggetto di uno studio pionieristico per la tipologia di area che va ad indagare. Referente: Bernardo Franco

7) **Cronicità in ambito pediatri-**

co: gli anni dell'infanzia e dell'adolescenza costituiscono una fase della vita particolarmente sensibile soprattutto in uno stato di salute compromesso. La sanità di iniziativa in pediatria, intesa come modello assistenziale per la presa in carico, costituisce, nell'ambito delle malattie croniche e delle "dimissioni difficili"¹, un nuovo approccio organizzativo sfidante che coinvolge i vari attori del sistema sanitario e sociale; l'obiettivo è quello di garantire al bambino e alla sua famiglia una risposta, in termini di continuità delle cure, efficace ed efficiente. Referente: Antonella Cipriani

Per concludere una delle attività del nostro gruppo è stata quella di allestire un sito (www.oipat.org, info@oipat.org) attraverso il quale è possibile visionare e proporre i progetti di miglioramento della nostra professione, oltreché contattare i membri per qualsiasi informazione.

Secondo noi la pubblicizzazione dei propri progetti è un'azione importante per diffondere, difendere e potenziare il nuovo ruolo dell'infermieristica territoriale.

¹ Si intende per "Dimissione difficile" la seguente definizione: "dimissione di un bambino/adolescente che presenti problemi sanitari e o socio-assistenziali tali da rendere necessaria la definizione di obiettivi ed interventi terapeutici, di tutela e di assistenza in grado di garantirgli la continuità delle cure al proprio domicilio od in strutture adeguate".





IPASVI



Collegio IPASVI della Provincia di Firenze

Collegio IPASVI di Firenze
Via Pier Luigi da Palestrina 11
tel 055/359866
fax 055/355648
e-mail: segreteria@ipasvifi.it

Borsa di studio 2010

intitolata alla memoria di

Enrico Bertaccini Infermiere

Concorso per 1 borsa
di studio per un lavoro di
ricerca infermieristica
in esecuzione alla delibera
del Consiglio Direttivo
n. 5 del 18/01/2010

www.ipasvifi.it

Requisiti generali e specifici

Possono partecipare al concorso gli iscritti negli albi degli Infermieri e degli Infermieri Pediatrici della provincia di Firenze. Tali requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del bando di concorso. Il progetto di ricerca infermieristica deve essere originale, innovativo, rilevante e realizzabile. Inoltre, per essere giudicato idoneo, il progetto di ricerca infermieristica deve rispondere ai requisiti del metodo scientifico.

Termini per la presentazione della domanda

La domanda di partecipazione, in carta semplice, dovrà essere indirizzata al Presidente del Collegio IPASVI di Firenze, Via Pier Luigi da Palestrina 11, 50144 Firenze e dovrà essere presentata o pervenire entro il 16 Aprile 2010. La domanda deve essere presentata direttamente o a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento o tramite PEC. La data di spedizione della domanda è stabilita e comprovata dal timbro a data dell'ufficio postale accettante oppure certificato di spedizione tramite PEC. Nella domanda il candidato, deve dichiarare, nome e cognome, la data ed il luogo di nascita, la residenza ed il preciso domicilio e il recapito telefonico presso il quale, ad ogni effetto, deve essere data ogni necessaria comunicazione relativa al concorso. Il Collegio IPASVI di Firenze non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente o da mancata, oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, nè per gli eventuali disguidi postali o informatici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o a forza maggiore.

Commissione esaminatrice

La commissione giudicatrice è composta da tre componenti ed è designata dal Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI della provincia di Firenze e viene nominata con atto deliberativo.

La graduatoria e il premio

La graduatoria dei lavori idonei sarà formulata dalla commissione esaminatrice e approvata con apposito provvedimento, col quale, sulla base dei criteri indicati nelle schede allegate e parte integrante del presente bando, contestualmente si individua il lavoro ritenuto migliore a cui si attribuisce il premio consistente in una borsa di studio di Euro 3000,00 – tremila –, vincolata alla partecipazione a iniziative di formazione, aggiornamento, ricerca nel campo dell'assistenza infermieristica. Il Collegio IPASVI di Firenze si riserva il diritto di valutare le possibilità di valorizzare e diffondere il lavoro di ricerca vincitore. Il presente bando verrà affisso presso i principali presidi delle aziende sanitarie e ospedaliere, pubbliche e private della provincia di Firenze. Per ulteriori chiarimenti gli interessati potranno consultare il sito www.ipasvifi.it o rivolgersi alla segreteria del collegio negli orari di apertura.

Tel 055/359866 fax 055/355648,
e-mail: segreteria@ipasvifi.it

Il Presidente
Gianfranco Cecinati



IPASVI

Collegio IPASVI della Provincia di Firenze



Requisiti generali e specifici

Possono partecipare al concorso gli iscritti negli albi degli Infermieri e degli Infermieri Pediatrici della provincia di Firenze. Tali requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del bando di concorso.

Il progetto di ricerca infermieristica deve essere originale, innovativo, rilevante e realizzabile. Inoltre, per essere giudicato idoneo, il progetto di ricerca infermieristica deve rispondere ai requisiti del metodo scientifico.

Termini per la presentazione della domanda

La domanda di partecipazione, in carta semplice, dovrà essere indirizzata al Presidente del Collegio IPASVI di Firenze, Via Pier Luigi da Palestrina 11, 50144 Firenze e dovrà essere presentata o pervenire entro il 16 Aprile 2010. La domanda deve essere presentata direttamente o a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento o tramite PEC. La data di spedizione della domanda è stabilita e comprovata dal timbro a data dell'ufficio postale accettante oppure certificato di spedizione tramite PEC. Nella domanda il candidato, deve dichiarare, nome e cognome, la data ed il luogo di nascita, la residenza ed il preciso domicilio e il recapito telefonico presso il quale, ad ogni effetto, deve essere data ogni necessaria comunicazione relativa al concorso. Il Collegio IPASVI di Firenze non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente o da mancata, oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, nè per gli eventuali disguidi postali o informatici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o a forza maggiore.

Commissione esaminatrice

La commissione giudicatrice è composta da tre componenti ed è designata dal Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI della provincia di Firenze e viene nominata con atto deliberativo.

La graduatoria e il premio

La graduatoria dei lavori idonei sarà formulata dalla commissione esaminatrice e approvata con apposito provvedimento, col quale, sulla base dei criteri indicati nelle schede allegate e parte integrante del presente bando, contestualmente si individuano i 4 lavori ritenuti migliori a ciascuno dei quali si attribuisce il premio consistente in una borsa di studio di Euro 3000,00 – tremila –, vincolata alla partecipazione a iniziative di formazione, aggiornamento, ricerca nel campo dell'assistenza infermieristica. Il Collegio IPASVI di Firenze si riserva il diritto di valutare le possibilità di valorizzare e diffondere i lavori di ricerca vincitori. Il presente bando verrà affisso presso i principali presidi delle aziende sanitarie e ospedaliere, pubbliche e private della provincia di Firenze. Per ulteriori chiarimenti gli interessati potranno consultare il sito www.ipasvifi.it o rivolgersi alla segreteria del collegio negli orari di apertura.

Tel 055/359866 fax 055/355648,

e-mail: segreteria@ipasvifi.it

Il Presidente
Gianfranco Cecinati

Collegio IPASVI di Firenze
Via Pier Luigi da Palestrina 11
tel 055/359866
fax 055/355648
e-mail: segreteria@ipasvifi.it

Borse di studio 2010

intitolate alla memoria di

**Pierluigi
Serio
Infermiere**

Concorso per 4 borse
di studio per un lavoro di
ricerca infermieristica
in esecuzione alla delibera
del Consiglio Direttivo
n. 5 del 18/01/2010

www.ipasvifi.it

Medicina complementare e gemmoterapia in gravidanza

Alessandra Padiglione

Il termine genericamente usato “medicina alternativa”, si riferisce a medicine non convenzionali che sostituiscono la medicina ufficiale.

In questo capitolo, si preferisce parlare di “medicina complementare”, ossia di un tipo di approccio terapeutico che affianca ma non si contrappone alla medicina ufficiale.

Le competenze di infermieristiche e ostetriche, sono regolate dal D. M. 739/740 del 14 settembre 1994.

L'Art. 1 recita: “L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.”

La prevenzione delle malattie e l'educazione alla salute rientrano quindi nei compiti dell'infermiere e dell'ostetrica, compiti che dovrebbero essere rivolti alla promozione della salute dell'individuo correttamente inserito nel suo contesto familiare, sociale e culturale, (definizione di “salute” dell'OMS).

La cosiddetta “medicina complementare”, offre a queste figure sanitarie professioniste, un'ottima opportunità di intervento per la promozione della salute e per l'educazione sanitaria dell'individuo che va considerato in maniera olistica, non frazionabile, in cui le sfere fisica, emozionale, mentale e spirituale sono in stretta e costante relazione fra loro, ed il loro equilibrio conserva lo stato di salute, prevenendo la malattia.

Nulla ci impedisce di consigliare i pazienti anche in quei casi in cui presentano disturbi parafisiologici che non indicano malattia, come i disturbi che caratterizzano la gravidanza, la menopausa, l'adolescenza, o che si possono ad esempio verificare a causa di una alimentazione scorretta o di uno stile di vita errato.

I campi di azione della medicina com-



plementare sono molteplici, per fare solo qualche esempio cito *l'iridologia*: sistema diagnostico basato sull'osservazione dell'iride dell'occhio con un apposito strumento. Secondo questa metodica analizzando l'iride di una persona, si può vedere se c'è un problema non solo a qualche apparato o funzionalità del corpo, ma anche caratteristiche mentali e psicologiche della persona. La diagnosi effettuata dall'iridologo non è una diagnosi clinica, ossia è possibile vedere se un organo ha un qualche problema o squilibrio, ma non si può dire quale sia la malattia reale.

Entrando nel campo della **medicina tradizionale cinese** si incontrano metodiche e scienze consolidate nei secoli come: *l'agopuntura, la digitopressione, la moxa e l'auricoloterapia, la riflesso-logia plantare.*

E bene precisare che in Italia infermieri e ostetriche non possono praticare l'agopuntura, l'omeopatia e la medicina ayurvedica di sola competenza medica.

Possono invece essere eseguiti da infermieri e ostetriche tecniche non invasive come **la digitopressione**, l'uso dei sigari di Artemisia nella **moxa** o l'uso dei semi di Vaccaria al posto degli aghi nell'**auricoloterapia**.

Tutti questi metodi, mirano a stimolare

alcuni punti energetici al fine di ristabilire l'equilibrio nell'individuo ottenendo la scomparsa di disturbi e sintomi di vario tipo.

Uso del sigaro di Artemisia nella Moxa

La **Fitoterapia** offre altrettanti campi di azione, a partire dalle preparazioni fitoterapiche vere e proprie per continuare con i **Fiori di Bach** i quali esplicano la loro azione a livello emotivo, **la gemmoterapia** che utilizza gemme e giovani getti di alberi e piante sotto forma di macerati glicerici, **l'aromaterapia**, la quale si avvale dell'utilizzo di oli essenziali sia per via orale che olfattiva.

Un'altra risorsa è data dall'**oligoterapia**, detta anche terapia delle funzioni o terapia catalitica dechelante, ripristina il funzionamento degli enzimi. Essa si avvale della somministrazione degli oligoelementi, minerali presenti in concentrazioni ridotte nell'organismo. Questo tipo di terapia si avvale di preparazioni in cui la concentrazione dell'oligoelemento è trascurabile, tanto da non creare intossicazione o effetti collaterali.

Una corretta educazione alla salute che si avvalga di varie metodiche integrate fra loro, possono permettere a operatori sanitari come infermieri e ostetriche, un approccio olistico con il paziente che ha

lo scopo di promuovere la sua salute, sia dal punto di vista fisico che emotivo. La promozione della salute dell'individuo e l'educazione sanitaria, non possono prescindere da una adeguata informazione sul corretto stile di vita accompagnata da adeguati consigli per una corretta alimentazione. Tutto questo è alla base del mantenimento della salute e di un buon equilibrio energetico dell'individuo.

In questa occasione, verrà trattato in particolare il possibile utilizzo della **gemmoterapia** in gravidanza.

Gemmoterapia in gravidanza

La gemmoterapia è una branca della fitoterapia che utilizza tessuti vegetali freschi allo stato embrionale, quali le gemme e altri tessuti in via di accrescimento. Essa offre un approccio terapeutico dolce, in quanto utilizza una bassa concentrazione di principio attivo ed è praticamente innocua, tanto da poter essere utilizzata sia in gravidanza che in pediatria. Le gemme e i giovani getti essendo tessuti in via di accrescimento, contengono una elevata quantità di ormoni, biostimoline tissutali e altri principi attivi presenti solo in tracce nella pianta adulta. Alla bassa diluizione con la quale vengono utilizzati, i gemmoterapici possono svolgere una notevole azione drenante a livello degli organi emuntori.

Quando si parla di gemmoterapia e della sua possibile applicazione durante il periodo gravidico, non si può fare a meno di notare l'affascinante analogia esistente tra le parti embrionali della pianta e l'embrione umano.

Le gemme, così come l'embrione, hanno l'unico scopo di crescere e differenziarsi fino a portare al completamento dell'essere vivente. Le cellule primordiali embrionali, sia nella pianta che nell'uomo, sono impegnate in un unico grande compito, che è quello di perfezionarsi per garantire la vita.

La delicatezza, e allo stesso tempo la forza vitale delle gemme, rispecchia la loro azione clinica, delicata e allo stesso tempo profonda.

Pur avendo un particolare organotropismo, l'attività del singolo gemmoderivato, non è quasi mai isolata ad una sola funzione o organo, la sua azione tende al raggiungimento dell'omeostasi e al riequilibrio generale.

Una donna in stato di gravidanza, è sottoposta a bruschi cambiamenti fisici, or-

monali e psichici che portano spesso alla comparsa di disturbi parafisiologici più o meno accentuati. Tali disturbi, possono essere tranquillamente affrontati con i gemmoterapici, i quali agiscono in modo olistico e completo senza che vi sia alcun effetto collaterale o controindicazione.

La prescrizione corretta in gemmoterapia prevede il nome in latino del gemmoderivato seguito dalla sigla **M.G.** (macerato glicemico) **1DH** (prima decimale) e dalle regole posologiche.

La posologia media nell'adulto è di 50 gocce, 1-3 volte al dì.

I disturbi parafisiologici che compaiono in gravidanza sono dovuti a modificazioni ormonali, posturali, meccaniche e psichiche.

Tali disturbi abbracciano tutti gli organi e gli apparati, come quello digestivo, venoso, linfatico, muscolo-scheletrico, nervoso, cardiaco ed epatico.

Nel primo periodo della gravidanza, compaiono frequentemente sintomi digestivi come **nausea e vomito**, le cause più probabili sono le modificazioni ormonali, con particolare riferimento alla gonadotropina corionica umana, che raggiunge i suoi valori massimi fino al momento in cui, verso la 12ª settimana, la placenta rimpiazza il corpo luteo. Anche gli estrogeni e il progesterone favoriscono l'insorgenza della nausea e del vomito. Tra la 12ª e la 16ª settimana il sintomo tende in genere a diminuire fino a scomparire. In seguito possono comparire **bruciori gastrici, pirosi e stipsi**.

Molti gemmoderivati, agiscono con un loro organotropismo, altri sinergizzano l'azione di gemmoterapici più specifici. *Ficus carica gemme* ad esempio, pos-

siede un tropismo elettivo per le mucose digestive dello stomaco e del duodeno, agendo probabilmente come regolatore dell'asse cortico-diencefalico. Il gemmoderivato agisce sul sistema neurovegetativo e nelle turbe ad esso correlate. Ha un'azione ansiolitica ed è considerato un rimedio nelle manifestazioni psicosomatiche, in particolare a carico della sfera digestiva. Potrebbe essere associato a *Ribes nigrum gemme* che stimola l'attività della corteccia surrenale e sinergizza l'azione più specifica di *Ficus carica*.

Vaccinium vitis idaea è invece il gemmoterapico specifico di tutte le infezioni intestinali, indicato in tutte le alterazioni dell'alvo e nel meteorismo, può essere associato ad esempio a *Quercus pedunculata gemme* per la sua azione regolizzante a livello intestinale.

Tra i disturbi che abbracciano l'apparato osteo-articolare e muscolari, in gravidanza si riscontrano frequentemente **lombosciatalgie, dolori alla schiena e crampi** muscolari.

Nella gravida, lo spostamento all'indietro del busto e del bacino in avanti, provocano una contrazione continua di alcuni muscoli paravertebrali, con indolenzimento o vero e proprio dolore localizzato all'altezza della regione lombare.

I crampi possono essere procurati da disturbi a livello della circolazione venosa e linfatica e a deficit di alcuni Sali minerali ed in particolare di potassio e di magnesio.

Contro la lombaggine è possibile agire con *Aesculus hippocastanum* utile in caso di algie lombo-sacrali, lombaggine, e coadiuvante in caso di discopatia, è uti-



le anche nelle algie alle articolazioni ileosacrali.

Pinus montana gemme possiede un particolare tropismo per il sistema osteoarticolare e svolge un'azione rigenerativa nei confronti del tessuto osseo e cartilagineo.

Betula verrucosa gemme si usa sia in caso di lombaggine che in caso di nevralgia sciatica, utile in gravidanza in quanto possiede anche un'azione di stimolo sul sistema linfatico. Se è presente la sciatalgia, si può associare *Acer campestre* o *Viscum album* e *Ribes nigrum* che agisce anche migliorando la rigidità di tendini e legamenti e diminuisce la componente algica e infiammatoria.

Il progesterone rilascia la muscolatura liscia venosa determinando un rallentamento della circolazione. All'interno delle vene dilatate le valvole diventano inefficaci per cui compaiono le **varici**. Le varicosità possono interessare gli arti inferiori, il canale anale (**emorroidi**) e la vulva. La situazione è aggravata dalla congestione pelvica

La stasi linfatica, si può associare a crampi muscolari ai polpacci, in tal caso è utile *Castanea vesca* da associare a *Citrus limonum* e a *Tilia tomentosa*, efficace antispastico. Se si sospetta una insufficienza venosa, si può eseguire il drenaggio venoso con *Sorbus domestica*, grande regolatore della circolazione venosa.

Le gemme di *Aesculus hippocastanum* sono anche utili contro le varici e le emorroidi in gravidanza, per la loro azione venotonica e vasculoprotettiva, da associare a *Sorbus domestica*, tonico e decongestionante della parete venosa o *Castanea vesca gemme* che riduce la congestione, l'ingorgo linfatico e gli **edemi** soprattutto a livello degli arti inferiori.

Occorre riconoscere l'edema fisiologico da un edema patologico che può essere il segno di una preeclampsia, specie se si associa ad ipertensione e a proteinuria. L'edema fisiologico si manifesta come un modesto gonfiore alle caviglie, dovuto a rallentamento della circolazione venosa, è normale negli ultimi mesi di gravidanza se compare la sera; tuttavia dopo il riposo notturno deve scomparire.

L'**insonnia** può essere causata da vari fattori, come la necessità di alzarsi spesso durante la notte per la minzione, la difficoltà di assumere una posizione confortevole a letto per l'ingombro rappresentato dall'utero in crescita, l'ansia e i dis-

turbi dell'umore che spesso si notano nelle gestanti. Ma anche l'eventuale presenza di disturbi gastro-esofagei che compaiono generalmente dopo la 30^a settimana, quali pirosi e reflusso che peggiorano proprio in posizione distesa e costringono la donna a dormire con più cuscini, possono disturbare il sonno.

Molte gestanti, presentano un umore variabile che va da momenti di depressione a momenti di allegria e spensieratezza. Una maggiore **fragilità emotiva**, le porta spesso a richiedere maggiori attenzioni per se stesse, possono avere una certa facilità al pianto. Colpevoli di questa destabilizzazione, sono gli estrogeni e il progesterone, o meglio la modificazione del loro rapporto che la gravidanza sposta a favore del progesterone e che si manterrà fino all'ottavo mese di gestazione.

Nei **disturbi dell'umore** e nell'insonnia, è utile la somministrazione di *Tilia tomentosa*, tranquillante vegetale per eccellenza, favorisce l'addormentamento e contribuisce ad aumentare la durata del sonno è indicato nell'iperemotività, agisce innalzando il livello della serotonina ed è quindi in grado di migliorare il tono dell'umore con azione ansiolitica e blandamente antidepressiva. Il suo effetto si esplica anche contro **palpitazioni, tachicardia e dispnea**.

Nel terzo trimestre infatti, la crescita dell'utero e il conseguente innalzamento del diaframma determinano una compressione del cuore e dei polmoni. Ne consegue una difficoltà respiratoria che si accentua sempre più con l'approssimarsi del parto. Il cuore assume, inoltre, una posizione quasi orizzontale e subisce un carico di volume maggiore per l'aumento del volume ematico. Tutti questi fattori determinano un aumento della frequenza cardiaca. Le palpitazioni sono più frequenti in alcune posizioni, che variano da donna a donna, e dopo pasti abbondanti, per l'eccessiva distensione dello stomaco.

Il gemmo terapeutico con particolare organotropismo a livello cardiaco è *Crataegus oxyacantha*, indicato sia per la dispnea che per le palpitazioni, agisce anche normalizzando i **valori pressori**, favorisce il sonno e ha un blando effetto ansiolitico e antidepressivo.

Il **prurito cutaneo**, è un fastidioso disturbo molto frequente durante la gravidanza ed è legato ad una ritenzione di sali biliari nei tessuti, causato da una mo-

desta insufficienza epatica, tipica dell'ultimo trimestre di gravidanza, e dalla difficoltà di svuotamento della cistifellea. Quando compare precocemente, è più probabile che si tratti di un fenomeno allergico.

Per il drenaggio biliare, il gemmoterapico più indicato è *Rosmarinus officinalis* con tropismo elettivo per la colecisti e le vie biliari, esplica azione colagogocoleretica, dimostrata sperimentalmente, ed epatotropa.

Per favorire il drenaggio generale, è utile associare *Betula pubescens* gemme, eccellente drenante generale dei tessuti infiltrati da eccesso di scorie metaboliche, stimola le difese immunitarie favorendo la depurazione di tutto l'organismo. E' utile anche in caso di stipsi e aiuta a superare l'astenia psicofisica, ha proprietà tonica e stimolante e prepara e facilita l'azione terapeutica di altri Gemmoderivati più specifici.

Il sintomo cutaneo, può essere trattato con *Cedrus libani*, mentre, se si sospetta una componente allergica, è utile associare *Ribes nigrum*.

Estremamente maneggevoli, i gemmoderivati, non hanno evidenziato significative controindicazioni e limitazioni d'uso. Essi trovano ampie applicazioni in situazioni delicate come in ambito pediatrico, geriatrico, in gravidanza e allattamento.

Pur essendo privi di qualsiasi effetto collaterale, è giusto considerare sempre alcune nozioni di conoscenza fitoterapica per sfruttare al meglio la loro utilizzazione.

Solo per alcuni di essi è bene adottare qualche precauzione dettata più dal buon senso che da un'effettiva e reale controindicazione.

In gravidanza in particolare e in allattamento è consigliata una certa attenzione con i seguenti gemmoderivati:

- *Alnus incana* o *Alnus glutinosa* non dovrebbero essere somministrati durante l'allattamento poiché possiedono azione galattofuga.
- *Ribes nigrum* gemme può essere somministrato in gravidanza, meglio però evitare la somministrazione per lunghi periodi in soggetti ipertesi.

Un approccio olistico nei confronti della paziente, come quello che ci offre la medicina complementare, soddisfa il bisogno che la donna ha, in questo delicato periodo, di sentirsi seguita nella sua integrità fisica, psichica e spirituale.