2019 | n.3

Infermieri Informati

NOTIZIE DALL'**OPI VICENZA**

RIVISTA IN ABBONAMENTO

EDITORIALE

Formazione Complementare Regionale per l'acquisizione di competenze avanzate

APPROFONDIMENTI

La gestione delle patologie otorinolaringoiatriche in pronto soccorso

Gestione infermieristica del bambino affetto da bronchiolite

La somministrazione di farmaci triturati e camuffati: implicazioni e problematiche pratiche

Allergie da imenotteri: diagnosi, trattamento e possibile prevenzione

ESPERIENZE DI VITA

L'arte di curare e di raccontare

La chiamata

CONCORSO

ESITO DEL 1° CONCORSO FOTOGRAFICO "I colori e le forme per l'Alzheimer donati da anima, cuore e mani"

OPI VICENZA

ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Infermieri Informati
NOTIZIE DALL'**OPI VICENZA**

Norme editoriali

Infermieri Informati pubblica aggiornamenti, comunicazioni brevi, note di attualità, rassegne il cui contenuto sia di chiaro interesse professionale-scientifico infermieristico. Verranno presi in considerazione solo lavori originali (non pubblicati in precedenza) e che non verranno successivamente pubblicati altrove. La responsabilità del contenuto scientifico è esclusivamente degli Autori.
La pubblicazione del materiale è subordinata al giudizio insindacabile della Redazione, la quale si riserva la facoltà di apporre piccole modifiche nel contenuto e/o nella forma.

Note tecniche: il materiale dovrà pervenire in formato elettronico

(Word o Rtf) via e-mail con oggetto "Proposta di pubblicazione" all'indirizzo: vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it o su CD, completo di eventuali tabelle, immagini allegate (segnare nel testo, tra parentesi quadre e in grassetto, il punto di inserzione di ogni allegato). I lavori originali vanno scritti con interlinea 1,5, su una sola facciata, con pagine numerate progressivamente.
Nella prima pagina saranno indicati: il titolo, il nome (per esteso), il cognome degli autori, qualifiche professionali ed Ente di appartenenza. Sempre nella prima pagina dovrà comparire il recapito dell'autore (preferibile l'indirizzo di posta elettronica).

In particolare per la sezione "Approfondimenti" è consigliabile la presenza di un riassunto in italiano e preferibilmente anche in inglese con relative parole chiave. Eventuali ringraziamenti saranno posti alla fine dell'articolo prima della bibliografia. Le tabelle andranno citate in extenso nel testo e con numeri arabi (ad es. tabella 1, figura 1, tutto minuscolo). Se si usano parole straniere è bene ricordare che non si declina mai (ad es. caregiver e non caregivers).
La Bibliografia, secondo Vancouver Style, va inserita nell'ultima pagina e va numerata nell'ordine con cui le singole voci vengono citate nel testo. I richiami, nell'articolo, vanno in numerazione araba. Per le riviste: Autori (cognome e iniziale del nome). Titolo dell'articolo. Titolo della rivista; anno e dopo il punto e virgola (;) il volume. A seguito due punti (:) pagine. Non è obbligatorio indicare il numero del fascicolo.

Ad esempio:

Storti M, Dal Santo P, Zanolin ME. A comparison study between two pain assessment scales for hospitalized and cognitively impaired patients with advanced dementia. Prof Inferm 2008; 61: 210-5.
Per i libri: Autori (cognome e iniziale del nome). Titolo. Editore, città di edizione e anno di edizione.

ISSN 1721-2456
Trimestrale

ANNO 2019
NUMERO 3

DIRETTORE RESPONSABILE
Arianna Saugo

REDAZIONE
Federico Pegoraro
Sonia Marcante
Monica Vaccaretti
Arianna Saugo

RESPONSABILE EDITORIALE
Federazioe OPI di Vicenza
Viale Trieste, 29/C - 36100 Vicenza
Tel. 0444 303313 - Fax 0444 514311
e-mail: vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it

PROGETTO GRAFICO
Elena Fattorelli
www.fattorelli.it

DIRITTI
Tutti i diritti sono riservati.
È vietata la riproduzione, anche parziale, senza l'autorizzazione dell'editore.

Indice

Editoriale

Formazione Complementare Regionale per l'acquisizione di competenze avanzate 4

Approfondimenti

La gestione delle patologie otorinolaringoiatriche in pronto soccorso 6

Gestione infermieristica del bambino affetto da bronchiolite 8

La somministrazione di farmaci triturati e camuffati: implicazioni e problematiche pratiche 12

Allergie da imenotteri: diagnosi, trattamento e possibile prevenzione 15

Esperienze di vita

L'arte di curare e di raccontare 18

La chiamata 20

Concorso

Esito del 1° Concorso Artistico "I colori e le forme per l'Alzheimer donati da anima, cuore e mani" 21

a cura di
Dott. Federico Pegoraro
Presidente OPI VICENZA

Formazione complementare regionale per l'acquisizione di COMPETENZE AVANZATE

Cara/o collega
l'autunno del 2019 ha portato qualche buon frutto per la professione infermieristica in Regione Veneto, grazie alla promulgazione di due deliberazioni molto significative.

La prima è la DGR **1533 del 22 ottobre**, che istituisce formalmente il ***Tavolo Permanente tra Regione Veneto ed Ordini delle Professioni Infermieristiche.***
Tale istituzione concretizza anche a livello della nostra regione quanto previsto dal Protocollo d'intesa approvato a livello nazionale dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano il 20 dicembre 2018 con la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, che ha l'obiettivo di affrontare congiuntamente le tematiche di maggiore rilevanza nel settore sanitario attinenti alla professione infermieristica nel rispetto degli ambiti di autonomia politica e organizzativa (per la Regione) e professionale (per gli Ordini).
Il Tavolo Permanente, composto per la parte ordinistica dai Presidenti degli Ordini provinciali degli Infermieri e per la parte regionale dai Direttori dell'Area Sanità e Sociale, della Direzione Risorse Strumentali SSR e della UOC Formazione e Sviluppo delle Professioni Sanitarie di Azienda Zero, dovrà esaminare le seguenti tematiche:

- sviluppo di nuovi modelli organizzativo-assistenziali e delle competenze avanzate e specialistiche anche alla luce del nuovo CCNL del personale del comparto Sanità e delle responsabilità definite dalla legge 24/2017;
- standard del personale infermieristico del SSR;
- sviluppo professionale e di carriera, formazione ed aggiornamento del personale infermieristico del SSR - formazione manageriale;
- definizione del fabbisogno formativo degli infermieri e infermieri pediatrici;
- avvio di percorsi per lo sviluppo del corpo docente universitario afferente ai settori scientifico disciplinari dei corsi di laurea delle professioni sanitarie.

La seconda, che in parte inizia a sviluppare una delle tematiche previste dalla precedente DGR suesposta, è la **DGR 1580 del 29 ottobre**, che prevede l'istituzione dei ***percorsi di formazione complementare regionale per l'acquisizione di competenze avanzate*** in applicazione di quanto previsto ne CCNL comparto Sanità del 21 maggio 2018.

Come noto, l'ultimo CCNL comparto Sanità introduce una nuova disciplina degli incarichi, denominati incarichi di funzione (distinti in organizzativi e professionali), per lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevate responsabilità aggiuntive e/o maggiormente complesse rispetto alle attribuzioni proprie della categoria e del profilo di appartenenza. La Legge 43/2006 identifica il professionista specialista quello in possesso del master universitario specialistico di primo livello, al quale è attribuibile l'incarico di professionista "specialista"; il CCNL sembra tuttavia prospettare due diversi percorsi di sviluppo e valorizzazione dei professionisti in quanto oltre all'incarico di professionista specialista prevede alle Aziende la possibilità, per il personale del ruolo sanitario, di assegnare degli incarichi di professionista "esperto", che possono essere assunti da personale in possesso di "competenze avanzate" acquisibili per mezzo di percorsi formativi complementari regionali e attraverso l'esercizio di attività professionali riconosciute dalle Regioni. Tali percorsi saranno progettati relativamente alle competenze core che i professionisti esperti devono possedere per concorrere a soddisfare in maniera armonica i bisogni di salute di cui il SSR è tenuto a rispondere.

La DGR specifica anche che saranno attivati i primi **tre percorsi formativi pilota**, due realizzati dalla Fondazione Scuola di Sanità Pubblica ed uno dall'Azienda Ospedaliera di Verona, coerenti con le aree identificate come "prioritarie" (assistenza nelle transizioni/continuità delle cure, gestione degli accessi vascolari, assistenza anestesiologica, gestione delle lesioni da pressione e sorveglianza e controllo delle infezioni correlate a pratiche assistenziali), destinati allo sviluppo di competenze avanzate di professionisti infermieri:

- **Infermiere esperto nelle Continuità delle Cure**
- **Infermiere esperto nella Gestione degli Accessi Vascolari**
- **Infermiere esperto nell'Assistenza Anestesiologica**

Rimando alla DGR e relativi allegati per un approfondimento.

Ma, come capita spesso quando qualcosa di positivo si concretizza, non tarda a manifestarsi qualche malumore. Poco dopo la pubblicazione della DGR 1580 la Federazione Nazionale Ordini dei Medici, per il tramite del proprio Presidente dr. Anelli, attacca i contenuti della delibera e **ACCUSA LA MANCATA CONSULTAZIONE PRELIMINARE DELLA PROFESSIONE MEDICA** ai fini della corretta identificazione dei profili (direi meglio confini) di competenza esperta infermieristica (vedi https://www.quotidianosanita.it/veneto/articolo. php?articolo_id=79188).

Tralasciando gli aspetti emozionali che tali posizioni hanno suscitato in me (trascorsi 20 anni dalla Legge 42/99!!), non posso che sostenere in pieno quanto dichiarato dalla Presidente FNOPI Mangiacavalli *"colpisce la presa di posizione del Presidente Anelli, soprattutto dopo aver disegnato insieme un percorso di confronto e condivisone tra le Federazioni nazionali degli ordini, consolidato con la proposta di una consulta tra professioni dove tutti abbiano stessa dignità e stesso rilievo per realizzare percorsi di assistenza virtuosi. Scagliarsi poi contro la delibera che nulla tocca della professione medica, ma rilancia il valore formativo delle altre professioni - questo perché non si è ascoltata per farlo la professione medica - va nel senso diametralmente opposto";* inoltre *"Non c'è "invasione di campo", non c'è appropriazione di competenze, non c'è alcun tentativo di sostituzione tra professionisti".* Ma questo la professione medica sembra non comprenderlo, tentando invece un ritorno anacronistico all'insufficiente approccio esclusivamente medicocentrico per la garanzia e la tutela del diritto alla salute per i cittadini.

Oggi sempre più di ieri l'Ordine degli Infermieri di Vicenza - assieme ai colleghi del Coordinamento Ordini Infermieri del Veneto, anche grazie allo strumento del Tavolo Permanente regionale, proseguirà con tenacia nel lavoro di tutela della salute del cittadino, sostenendo e mantenendo per questo il valore e l'efficacia di quanto agito sul campo dai professionisti infermieri rappresentati, per una soddisfazione dei bisogni di assistenza infermieristica sempre più appropriata, competente e sicura.

Un Augurio Sincero di Buone Feste e di un ottimo 2020 a voi e ai vostri cari da parte mia e di tutto il Consiglio Direttivo.

Federico Pegoraro

di **Monica Vaccaretti**

Dott.ssa Monica Vaccaretti
Infermiera presso U.O. Poliambula
Ulss 8 Berica e Consigliere OPI

La gestione delle **PATOLOGIE OTORINOLARINGOIATRICHE** in pronto soccorso

Il Pronto Soccorso dell'otorinolaringoiatria dell'Ulss Berica, operativo h24 con personale medico ed infermieristico qualificato, gestisce le patologie dell'orecchio, le patologie nasali, le patologie dell'orofaringe e dell'istmo delle fauci, dell'ipofaringe e della laringe, le patologie della trachea. **I dati epidemiologici evidenziano che soltanto il 2% degli accessi riguarda le emergenze che compromettono la vita. La maggioranza delle visite e degli interventi sono urgenze**, urgenze non differibili e urgenze non urgenze. Tra le emergenze ed urgenze ci sono le insufficienze respiratorie acute con tracheostomia d'urgenza, le emergenze emorragiche post chirurgiche, oncologiche e post traumatiche, le epistassi con trattamento ambulatoriale, chirurgico ed endovascolare, gli ascessi orofaringei e le stenosi laringo tracheali, le paralisi laringee ed i corpi estranei. Tra le urgenze differibili sono classificati i traumi del massiccio facciale, la gestione delle complicanze post radioterapia, le rino-sinosopatie complicate, la gestione delle complicanze post chirurgiche dei seni paranasali. Altre urgenze sono le ipoacusie improvvise, l'otite dalla forma banale alle forme croniche recidivanti sino all'otite esterna maligna, le sindromi vertiginose acute, la disfagia acuta e le otomastoiditi acute.

La gestione ottimale di urgenze così ampiamente diversificate **è resa possibile grazie all'adozione di protocolli operativi** condivisi che uniformano l'assistenza clinica e garantiscono la sicurezza ed il comfort del paziente. Elaborati dall'infermiera Paola Bastianello nel 2015 secondo le linee guida dell'Evidence Base Medicine e successivamente revisionati dall'equipe medico infermieristica coordinata dal direttore Dott. Roberto Saetti e dal coordinatore infermieristico Enrico Fortuna, i protocolli attualmente in adozione **consentono di intervenire in maniera efficace e tempestiva**, alla luce delle migliori conoscenze scientifiche. L'esame obiettivo, la raccolta dell'anamnesi ed indagini accurate invasive con il fibroscopio e con il microscopio consentono una efficiente valutazione diagnostica e la prescrizione di una adeguata terapia medica e/o chirurgica.

Il pronto soccorso ORL si avvale, per la gestione delle patologie dell'orecchio, anche della collaborazione dei tecnici audiologi che sono in grado di definire misurandolo il grado di perdita dell'udito con una serie di test atti a valutare inoltre la funzionalità dell'orecchio: l'audiometria tonale e vocale e la timpanometria (impedenza e riflessi stapediali).

Si accede al Pronto Soccorso ORL attraverso consulenza specialistica urgente tramite il pronto soccorso generale oppure con impegnativa urgente del medico di medicina generale. Il PS ORL gestisce anche le consulenze interne urgenti e non urgenti richieste per i pazienti ricoverati presso altre Unità nosocomiali. Si occupa inoltre della programmazione dei ricoveri per interventi chirurgici. In caso di emergenze ed urgenze chirurgiche, l'accesso alle sale operatorie ed endoscopiche è garantito in tempi rapidi.

La **chirurgia nasale** riguarda la riduzione delle fratture delle ossa nasali, la resezione e la ricostruzione del setto nasale, la rinoplastica, la chirurgia funzionale endoscopica dei seni paranasali (FESS). La **chirurgia dell'orecchio**, come la miringotomia (apertura chirurgica nella menbrana timpanica con un bisturi o laser per inserire un tubo di drenaggio) e la timpanoplastica (ricostruzione dei componenti dell'orecchio medio malati o rovinati), può essere eseguita per una perforazione timpanica, per facilitare il drenaggio e la rimozione di tessuto patologico nei casi di infezione, per far recedere una vertigine o per trattare una sordità importante.

Il tappo di cerume, l'otodinia e l'otalgia, l'otite, la perforazione timpanica, l'ipoacusia, la vertigine, la malattia di Meniere sono le **patologie auricolari con maggiori accessi**. Si registrano meno frequentemente casi di corpi estranei, eczema auricolari, condrite e pericondrite, foruncolosi, otomicicosi, otoematoma, otorrea. Tra le patologie nasali più diffuse tra la popolazione oltre alle riniti, alle rinopatie e alle sinusiti acute, sono le epistassi e le fratture nasali. Faringiti acute e croniche, laringiti, ascessi tonsillari, tonsilliti, edemi dell'ugola e corpi estranei completano il quadro. Accedono al PS ORL anche i pazienti laringectomizzati e tracheotomizzati per medicazioni con cambio della cannula endotracheale.

IL RUOLO DELL'INFERMIERE nella gestione delle urgenze è di **COLLABORAZIONE ATTIVA** durante la visita medica nella valutazione dei segni e sintomi fondamentali, di **ASSISTENZA AL MEDICO** durante le procedure tecniche anche invasive, di **EDUCAZIONE DEL PAZIENTE** per una corretta adesione alla terapia prescritta e per il miglioramento dello stato di salute, di gestione delle potenziali complicanze durante il trattamento e nel post operatorio.

PATOLOGIA DELL'ORECCHIO: OTITE

Si tratta di una patologia ad interessamento mono o bilaterale che coinvolge l'intero strato cutaneo del condotto. I fattori predisponenti sono i traumi locali e l'umidità. I traumi sono provocati dal paziente durante le manovre di pulizia dell'orecchio con i bastoncini rigidi che non sono assolutamente da usare perché provocano abrasioni a carico della cute attraverso le quali possono penetrare i batteri quali Stafilococchi, Streptococchi, Proteos Vulgaris, Escherichiacoli o Pseudomonas aeruginosa. La penetrazione di acqua nell'orecchio esterno o l'esposizione ad un clima caldo umido possono diminuire le difese locali per una macerazione dello strato epiteliale o per la creazione di un microambiente che favorisce lo sviluppo di colonie batteriche. Lo stesso effetto si verifica a seguito della frequente asportazione di cerume. Il ph acido del cerume oltre ad esercitare una modesta azione antibatterica agisce come irritante sulla cute rendendola suscettibile alle flogosi batteriche e micotiche. Il sintomo principale dell'otite esterna è una otalgia intensa, spontanea, con otorrea fluida e giallastra. Può comparire anche una sensazione di ovattamento auricolare oppure una ipoacusia se la cute del condotto uditivo esterno è iperemica e talora lo ostruisce completamente. La terapia medica è differente a seconda dell'entità della flogosi. Per le forme più lievi si prescrivono antibiotici topici locali, per i casi più gravi antibiotici per via sistemica associati a fans e steroidei per il trattamento antiflogistico e antidolorifico. Il primo trattamneto in pronto Soccorso consiste - utilizzando l'otoscopio con coni, alligatore, pinza a baionetta e forbice - nell'inserire nel condotto uditivo una longuette iodoformica umettata con aureocort e si chiude con un cerotto medicato. Il paziente verrà rivisto a controllo in ambulatorio dopo 3-4 giorni.

PATOLOGIA DEL NASO: EPISTASSI

L'emorragia nasale (epistassi o rinorragia) ha origine generalmente dal setto nasale e può essere essenziale senza causa apparente oppure sintomatica ossia sintomo di un'affezione nasale o generale. L'eziologia comprende ipertensione, cardiopatie congenite ed acquisite, malattie del ricambio, epatobiliari, infettive, renali emopatie, disfunzioni endocrine. Le epistassi possono essere causate anche da traumi, corpi estranei locali, varici, polipi sanguinanti del setto, neoplasie maligne naso sinusali, ulcere, riniti acute, fenomeni di congestione passiva nasale per compressioni delle vene del collo. La terapia comprende provvedimenti urgenti atti ad arrestare l'emorragia mediante cauticazione con l'elettrocoagulatore o con la bipolare e tamponamento nasale previa anestesia della mucosa introducendo delle longuette di cotone imbevute di anestetico e di vasocostrittore. Le emorragie che non originano da un'unica zona ben circoscritta e delimitata vengono arrestate con il tamponamento nasale e si rende necessario procedere successivamente ad indagini cliniche e di laboratorio per ricercare l'eziologia.

PATOLOGIA DELL'OROFARINGE: ASCESSO TONSILLARE

L'ascesso si insatura nel corso di un episodio acuto o durante la riacutizzazione di un processo cronico. Si manifesta con esacerbazione della disfagia dolorosa, violenta otalgia, iperpiressia a 39-40°C, scialorrea, talvolta trisma facciale. Quando si forma la raccolta ascessuale, che si accompagna spesso da edema dell'ugola, si deve ricorrere alla terapia chirurgica con incisione dell'ascesso e successivo drenaggio per evitare che il processo infiammatorio si propaghi per via linfatica. L'incisione viene preceduta da puntura esplorativa per verificare la presenza di secrezione purulenta.

Gestione infermieristica del BAMBINO AFFETTO DA BRONCHIOLITE

Dott.ssa Jessica Meda
infermiera presso Casa di riposo
Fondazione Bressan di Isola Vicentina

Secondo quanto riportato nel report 2017 sulla stima della mortalità infantile pubblicato dal *United Nations Inters-agency Group for Child Mortality Estimation*, **nel mondo circa il 40% dei bambini muoiono ogni anno per complicazioni neonatali**, e le principali cause di morte nei primi cinque anni di vita sono associate per **il 18% a polmoniti ed altre infezioni respiratorie acute**. A livello mondiale vengono segnalati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità circa 150 milioni di nuovi casi di bronchiolite, soprattutto nei paesi in via di sviluppo, di cui il 7-13% a rischio di sviluppare forme gravi tali da richiedere il ricovero in ambiente ospedaliero.
La bronchiolite rappresenta tuttora la causa principale di ospedalizzazione nei bambini al di sotto l'anno d'età, con prevalenza nei lattanti al di sotto dei sei mesi di vita ed avendo alta incidenza stagionale comporta un elevato numero di accessi presso il Pronto Soccorso Pediatrico, soprattutto quando questa si presenta in grado severo e di difficile gestione territoriale.

L'interesse per l'argomento è maturato dall'esperienza clinica di tirocinio presso l'unità Operativa di Pediatria dell'Azienda Ospedaliera ULSS 7 (Santorso), in cui ho potuto comprendere quanto **l'assenza di procedure standardizzate sulla gestione del bambino affetto da bronchiolite, rendano questa di difficile management e comporti una grande disomogeneità di comportamenti da parte del personale sanitario.** Quest'ultima riflessione ha avuto approvazione nell'Azienda Ospedaliera di Padova (AOP) dove il flusso di bambini in accesso è molto elevato.

Nel mondo i decessi nei primi 5 anni di vita sono associati per il 18% alle infezioni respiratorie acute.

Gli obiettivi prefissati nella stesura di questo elaborato di tesi sono stati i seguenti:
1) **descrivere** il fenomeno della bronchiolite nella popolazione d'età 0 - 12 mesi a cui è stata posta diagnosi di bronchiolite in Pronto Soccorso Pediatrico nel periodo settembre 2017 - maggio 2018;
2) **identificare** i principali interventi infermieristici attraverso ricerca bibliografica al fine di gestire secondo evidenza il bambino con bronchiolite;
3) **elaborare** una procedura per la gestione infermieristica della bronchiolite all'interno dell'unità operativa del Pronto Soccorso Pediatrico e Pediatria D'urgenza dell'Azienda ULSS 16 di Padova

Mentre i quesiti di ricerca sono stati:
- "Qual'è l'entità con cui si presenta la bronchiolite all'interno del Pronto Soccorso Pediatrico nella stagione 2017 - 2018? "
- "Quali sono gli interventi infermieristici da compiere nel Pronto Soccorso Pediatrico e Pediatria d'Urgenza di Padova al bambino con bronchiolite, per garantire un'adeguata respirazione, ossigenazione, idratazione ed alimentazione?"

La bronchiolite consiste in un processo acuto infettivo che interessa le basse vie aeree ed in maniera elettiva i bronchioli causandone infiammazione e ostruzione. Sono state proposte numerose definizioni, causando molta disomogeneità. Inoltre vi è discordanza anche in merito all'età in cui viene effettuata la diagnosi, alcuni accettano fino all'età di 12 mesi altri reclutano bambini fino ai 2 anni d'età. La probabilità di sviluppare un quadro patologico è correlato all'età anagrafica con maggiore interesse nei bambini d'età inferiore ai 24 mesi e prevalenza nei neonati d'età inferiore ai 3 mesi, seguiti da quelli con età inferiore ai 6-12 mesi; e dalla stagionalità con maggiore incidenza nei mesi invernali ed inizio primavera, tra ottobre e maggio, talora manifestandosi con epidemie date da un picco con plateau nei tre mesi centrali. È una patologia la cui trasmissione avviene per eliminazione dell'agente eziologico due giorni prima della comparsa dei sintomi e si protrae per circa una settimana. Il contagio avviene per via aerea e/o contatto diretto con le secrezioni di soggetti infetti, che diffondono le piccole goccioline cariche di virus entro un raggio di 2 metri.). Nel complesso, il periodo di incubazione varia dai 2 agli 8 giorni con maggiore rilevanza dai 4 ai 6 giorni circa. Pertanto la prevenzione ambientale è essenziale per ridurne la circolazione e si raccomanda il lavaggio frequente delle mani con acqua e sapone e/o soluzioni alcoliche prima e dopo il contatto; la pulizia degli strumenti; l'utilizzo e smaltimento adeguato dei dispositivi di protezione individuale e l'assistenza del paziente in una stanza singola secondo isolamento da contatto.

La bronchiolite presenta tipicamente una fase prodromica per i primi due giorni in cui il virus infetta le cellule epiteliali del naso con segni di flogosi delle alte vie aeree come rinite e secrezione nasale con o senza febbre. Dopo circa tre giorni per una durata di dieci, a causa della penetrazione del virus nelle diramazioni più piccole, vi è l'interessamento delle basse vie aeree con comparsa di tosse persistente, tachipnea con alitamento delle pinne nasali, aumento del lavoro respiratorio con retrazioni intercostali ed alterazione dell'alimentazione. Nel complesso il reperto obiettivo è dominato dall'auscultazione di rantoli crepitanti fini diffusi bilateralmente, udibili al termine dell'inspirazione e all'inizio dell'espirazione che appare prolungata ed accompagnata da sibili. In casi gravissimi, si può arrivare al silenzio respiratorio. Inoltre mediante palpazione è possibile rilevare il fegato e la milza a causa dello sviluppo di enfisema polmonare.
La sintomatologia ha una risoluzione graduale nell'arco temporale che oscilla tra i 10 e 22 giorni. Per quanto riguarda le complicanze che possono insorgere, queste sono rappresentate dall'insufficienza respiratoria, atelettasia e pneumotorace. In secondo luogo può determinare alterazione della conduzione seno-atriale, aritmie cardiache, nonché miocarditi, epatiti e convulsioni.
La complicanza più temuta rimane comunque l'apnea che si manifesta in circa il 20% dei casi clinici.

Per quanto concerne lo studio svolto, il metodo d'indagine è stato pianificato con la formulazione di due fasi:

Nella **FASE 1** al fine di rispondere al primo quesito di ricerca, è stata condotta un'**indagine epidemiologica retrospettiva** nel mese di settembre 2018, mediante la consultazione di dati a carattere informatico presso l'unità operativa di Pronto Soccorso Pediatrico dell'Azienda ULSS 16 di Padova con l'uso dello strumento informatico Qlik. View, relativi alla stagione 2017 - 2018.

Mediante la selezione dei seguenti filtri,
nel campione sono stati inclusi bambini con:
- accesso per periodo: anno 2017-2018;
  mesi da settembre a maggio;
- accesso per diagnosi: bronchiolite
- anagrafica: da 1 a 28gg; da 29 a 365gg;
- sesso: maschio e femmina;
- codice colore:
  blu, bianco, verde, giallo e rosso
- esito: ricovero, dimissione, rifiuto ricovero

Nella FASE 2 è stata effettuata una **revisione** semplice **della letteratura scientifica mediante la consultazione** delle principali banche dati quali PubMed, Cochrane Library e il motore di ricerca Google Scholar durante i mesi di giugno-agosto 2018, svolta in modo retroattivo di 10 anni (dal 2008 al 2018).

Per rendere la ricerca più specifica, sono stati posti dei limiti per ogni motore di ricerca utilizzato come indicato a seguito:
Limiti posti alla ricerca in **PubMed**:
- limite temporale: 10 anni;
- specie umana;
- età: newborn: birth-1 month;
  infants: birth-23 months;
  infants: 1-23 months;
- articoli in full text.

Limiti posti alla ricerca in **Cochrane Library**:
- database: Cochrane Reviews e Trials;
- title Abstract Keyword;
- dates: between 2008 and 2018;
- articoli in full text.

Limiti posti alla ricerca in **Google Scholar**:
- intervallo di tempo dal 2008 al 2018;
- articoli in full text.

La ricerca è stata condotta combinando le seguenti MeSH o parole chiavi: *Bronchiolitis* (bronchiolite), *Patient Care Management* (gestione del paziente), *Suction* (aspirazione), *Oxygen Inahlation Therapy* (ossigenoterapia), *Fluid Therapy* (idratazione), *Feeding Methods* (alimentazione); e l'uso dei connettivi booleani AND, OR, NOT.

Dall'analisi della letteratura selezionata quali studi primari (sperimentali ed osservazionali) e secondari (revisioni sistematiche e non della letteratura e linee guida), è emerso che le linee guida nazionali ed internazionali sono in accordo in merito allo spazio molto limitato, se non inesistente, per la terapia farmacologica, dando invece rilievo ai cardini del trattamento della bronchiolite che riguardano il supporto respiratorio con gestione delle vie aeree, il supporto ventilatorio con la somministrazione di ossigenoterapia ed il mantenimento di un'adeguata idratazione ed alimentazione.

Con lo studio epidemiologico retrospettivo, che ha analizzato il fenomeno della bronchiolite in bambini d'età inferiore o uguale ai 12 mesi che si sono recati presso il Pronto Soccorso Pediatrico di Padova nella stagione 2017-2018, è emerso che il tasso di maggiore incidenza per bronchiolite è stato registrato tra dicembre 2017 e febbraio 2018 con picco nel mese di gennaio 2018, in cui i valori d'accesso sono stati pari al 29% sul totale di campione considerato.
Pertanto è stata dimostrata l'esistenza di un'associazione tra bronchiolite e periodo temporale d'incidenza, in coerenza con l'aspettativa iniziale che ha orientato la selezione del campione nell'arco temporale da settembre 2017 a maggio 2018.
Dall'analisi della letteratura selezionata quali studi primari (sperimentali ed osservazionali) e secondari (revisioni sistematiche e non della letteratura e linee guida), è emerso che le linee guida nazionali ed internazionali sono in accordo in merito allo spazio molto limitato, se non inesistente, per la terapia farmacologica; dando invece rilievo ai cardini del trattamento della bronchiolite che riguardano il supporto respiratorio con gestione delle vie aeree, il supporto ventilatorio con la somministrazione di ossigenoterapia ed il mantenimento di un'adeguata idratazione ed alimentazione.

Il punto di forza del trattamento rimane quindi l'assistenza di supporto, che include la gestione dell'ostruzione delle vie aeree che necessitano dell'intervento del personale infermieristico. Al fine di migliorare la respirazione senza interventi invasivi, l'infermiere può attuare strategie alternative come ad esempio far assumere al bambino la posizione prona favorendo l'ossigenazione e il movimento toraco-addominale. Qualora la postura non basti a favorire la respirazione, l'infermiere deve intervenire con l'aspirazione delle vie aeree per garantirne la liberazione. Nonostante il crescente corpo di letteratura che studia le opzioni di trattamento, la supplementazione di ossigeno è il cardine della terapia per la bronchiolite. Essa è indicata quando la saturazione d'ossigeno diminuisce al di sotto del 90%, di conseguenza l'obiettivo target di saturazione che il personale sanitario deve porsi è pari al 90%.
Un altro aspetto fondamentale nel trattamento dei bambini con patologia acuta quale la bronchiolite è l'**idratazione**, al fine di preservare il volume extracellulare mantenendo un normale bilancio elettrolitico e garantendo un'adeguata perfusione tissutale. Infatti i bambini con bronchiolite che non riescono a mantenere un'idratazione orale devono essere idratati tramite fluidi e dispositivi esterni quali SNG o accesso venoso.
Pertanto ad oggi la letteratura fornisce evidenze per raccomandare l'impiego di soluzioni isotoniche ribadendo l'importanza di un attento monitoraggio clinico con rilevazione del peso corporeo e bilancio idro-elettrolitico giornaliero del bambino e bioumorale con dosaggio regolare degli elettroliti, soprattutto sodio e potassio, al fine di prevenire diselettrolitemie e conseguenti complicazioni.
Non si esclude nel trattamento di questa patologia l'importanza di un'adeguata alimentazione, resa difficile dall'aumento della frequenza respiratoria.

TIPO DI SUPPORTO	TIPO DI AZIONE	TIPO DI INTERVENTO
Respiratorio	Gestione vie aeree	• postura prona • lavaggio nasale con soluzione salina ipertonica • aerosolterapia con soluzione salina ipertonica nebulizzata al 3% • aspirazione vie aeree superiori
Ventilatorio	Supplementazione d'ossigeno	• se saturazione d'ossigeno <90% in area ambiente • erogazione basso flusso con cannula nasale o maschera facciale • erogazione alto flusso umidificato e riscaldato con cannula nasale (HFNC) • ventilazione continua a pressione positiva (CPAP)
Idro-elettrolitico	Idratazione	• se lieve → allattamento al seno o con biberon ogni 2-3 ore • se moderata → sondino nosogastrico (1ª scelta) o via endovena • se severa → via endovena con soluzione isotonica
Nutrizionale	Alimentazione	

L'area di competenza professionale dell'infermiere trova qui un'ampia applicazione per quanto riguarda la corretta identificazione dei segni e sintomi, dei fattori di rischio che favoriscono un decorso severo del quadro clinico, ma soprattutto dei bisogni riguardanti lo stato respiratorio e metabolico.

In sintesi, le prove disponibili dimostrano che
la manipolazione minima del bambino,
la pulizia delle vie aeree superiori dalle secrezioni,
il mantenimento della saturazione di ossigeno superiore al 90%,
l'equilibrio dei fluidi e la nutrizione
sono ancora il cardine del trattamento per la bronchiolite.

Concludendo, standardizzazione e personalizzazione delle cure non necessariamente devono essere considerate come approcci contrapposti: è possibile concepire e praticare l'assistenza infermieristica come attività personalizzata, cioè rivolta alla persona intesa nella sua totalità ed unicità e nella sua peculiare esperienza di malato, e, ove possibile, standardizzata, cioè orientata alla scelta degli interventi che hanno già dimostrato, in situazioni cliniche analoghe, una reale efficacia. In altre parole, **l'infermiere deve porsi** non solo come esecutore, ma anche come decisore e valutatore, cioè **come professionista autonomo e responsabile**. Infatti, la standardizzazione assume rilevanza professionale nella misura in cui gli infermieri si impegnano a dimostrare l'efficacia delle proprie azioni ed evidenziano il contributo concreto del nursing alla promozione, al recupero ed al mantenimento della salute, soprattutto del bambino che è il paziente più fragile e vulnerabile.

La consultazione e lo studio degli altri articoli scientifici individualizzati e la ricerca effettuata e descritta hanno reso possibile l'elaborazione del progetto finale "Procedura per la gestione infermieristica del bambino affetto da bronchiolite" per una possibile implementazione nel contesto di Pronto Soccorso Pediatrico precedentemente citato.

Bibliografia

1. Baraldi E., Lanari M., Manzoni P., et al. Documento di consenso intersocietario sul trattamento e la prevenzione della bronchiolite nel neonato e nel lattante, Giornale italiano di pediatria, 2014.
2. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, et al. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. American Academy of Pediatrics AAP, 2014
3. NICE Guideline, Bronchiolitis in children: diagnosis and management; 2015.
4. Da Dalt L, Bressan S, Martinolli F, Perilongo G, Baraldi E. Treatment of bronchiolitis: state of art. Early Human Development, 2013.
5. Cangiano G, Nenna R, Frassanito A, et al. Bronchiolitis: Analysis of 10 Consecutive Epidemic Seasons. Pediatric Pulmonology, 2016.
6. Lanari M, Vandini S, Adorni F, et al. Risk factors for bronchiolitis hospitalization during the first year of life in a multicenter Italian birth cohort. Italian Journal of Pediatrics, 2015.
7. Gillies D, Wells D, Bhandari AP, Positioning for acute respiratory distress in hospedalised infants and children.Cochrane Database, 2014.
8. Franklin D, Babl FE, Schlapbach LJ, et al. A Randomized Trial of High-Flow Oxygen Therapy in Infants with Bronchiolitis.The New England journal of medicine, 2018.
9. Zuiani C, Tosetto I, Titomanlio L, Da Dalt L. Pediatria d'urgenza: novità dalla letteratura. Società Italiana di Pediatria, 2016.
10. Oakley E, Borland M, Neutze J, et al. Nasogastric hydration versus intravenous hydration for infants with bronchiolitis: a randomised trial. The Lancet Respiratory Medicine, 2013.

di **Michela Tovo**

La somministrazione di **FARMACI TRITURATI E CAMUFFATI:** implicazioni e problematiche pratiche

Michela Tovo
Infermiere Coordinatore S.C. di Geriatria
ULSS 7 Pedemontana

Molti pazienti, sopratutto anziani, non riescono ad assumere compresse e capsule di grosse dimensioni a causa di patologie o problemi che interferiscono con la deglutizione, come la demenza, il morbo di Parkinson, la disfagia ed altre alterazioni neurologiche.
Per ovviare a questo problema sia gli infermieri che i caregiver triturano le compresse o aprono le capsule.

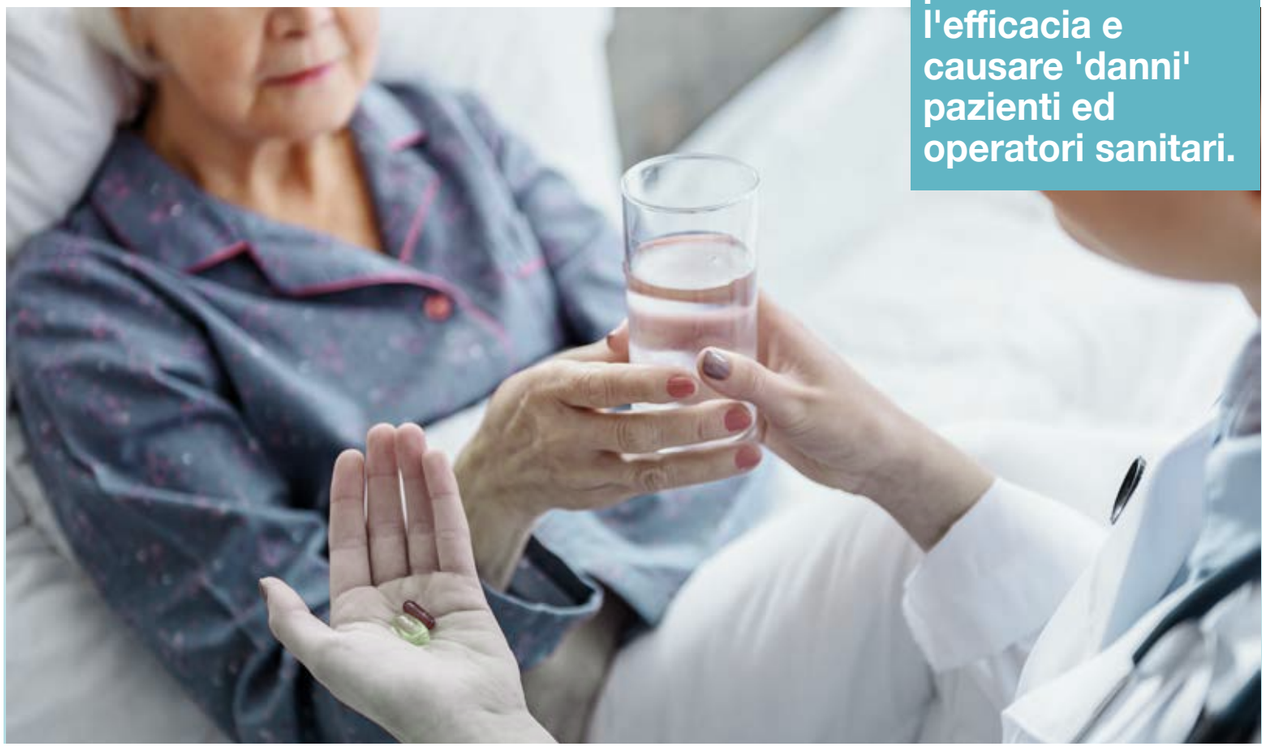
In uno studio trasversale condotto nel 2012, su un campione di 697 ospiti di 3 Rsa di Milano, gli ospiti assumevano mediamente 7,5 principi attivi al giorno, di cui 6 per Oral Somministration. Il 40% assumeva la terapia in modo alterato. Su 2639 somministrazioni 785 erano alterate e tra queste il 43% dei principi attivi erano somministrati in modo non conforme alle indicazioni del produttore. La necessità, quindi di modificare la consistenza dei farmaci per migliorare la compliance terapeutica dei pazienti fragili rappresenta un'area da considerare ed approfondire molto attentamente. Questa modalità di somministrazione dei farmaci sembra essere abbastanza comune anche in ambito ospedaliero sopratutto nelle unità operative geriatriche.
Ci si chiede: quali possono essere le conseguenze per i pazienti, infermieri e caregiver?
Cosa si può fare quando non si riesce a somministrare un farmaco?
È stata fatta una revisione delle principali prove disponibili utilizzando la metodologia standard di Prescrire International (rivista francese impegnata nell'informazione scientifica indipendente in campo farmacologico-diagnostico), escludendo i pazienti con sondino nasogastrico.

ALTERAZIONI DELL'ASSORBIMENTO DEL FARMACO E SUE CONSEGUENZE

Triturare una compressa o aprire una capsula significa alterare la sua forma farmaceutica e di conseguenza la concentrazione e la velocità di assorbimento. In alcune situazioni questo può portare a sovradosaggio o a sottodosaggio del farmaco stesso.

- **Farmaci con un basso indice terapeutico: sovradosaggio**

I farmaci a basso indice terapeutico sono farmaci le cui concentrazioni plasmatiche efficaci sono vicine a quelle tossiche. Anche una piccola differenza nelle concentrazioni plasmatiche può talvolta provocare gravi reazioni avverse. È il caso di farmaci che contengono principi attivi come carbamazepina, litio, teofillina, fenitoina, fenobarbital, digossina.



Ad esempio frantumare le compresse di digossina espone il paziente al rischio di aritmie. Aprire la capsula di un anticoagulante orale, il dabigatran aumenta la biodisponibilità del farmaco del 75% esponendo il paziente a rischio emorragico.

- **Farmaci a rilascio modificato: sovradosaggio**

Quando una formulazione a dosaggio modificato viene frantumata o aperta il principio attivo non viene più rilasciato ed assorbito gradualmente, dando origine ad un sovradosaggio. Ad esempio un paziente con disfagia è andato in depressione respiratoria e coma dopo aver assunto una compressa di ossicodone a rilascio prolungato triturata. Sono stati riportati episodi di ipotensione e lipotimie in pazienti che assumevano compresse a lento rilascio frantumate di alfa-1 bloccanti prazosina e alfuzosina; come anche ipoglicemia con la compressa frantumata a lento rilascio di glicazide.

- **Distruzione del rivestimento gastroresistente: sottodosaggio**

Le compresse con rivestimento gastroresistente o le capsule che contengono granuli gastroresistenti rilasciano il principio attivo dopo il passaggio nello stomaco, per proteggerlo dall'aggressione dei succhi gastrici. Quando il rivestimento viene distrutto dalla frantumazione, è molto verosimile che si verifichi un sottodosaggio del farmaco, ad esempio con le compresse gastroresistenti di sulfasalazina, bisacodile o degli inibitori della pompa protonica.

Modificare la consistenza dei farmaci può alterarne l'efficacia e causare 'danni' pazienti ed operatori sanitari.

ULCERAZIONI DELLA MUCOSA

Frantumare le compresse o aprire le capsule può provocare ulcerazioni orali o gastrointestinali per il contatto con il principio attivo. Sono state segnalate ulcerazioni della bocca e necrosi a seguito della somministrazione di compresse triturate di solfato di ferro o di bifosfanato.
Altra implicazione, da non tralasciare è che le compresse spesso vengono rivestite per nascondere il sapore amaro: quando triturate e mescolate agli alimenti, danno un sapore cattivo che ne rende difficile il consumo.

Tra i farmaci segnalati come particolarmente sgradevoli: Paracetamolo, Ticlopidina, Promazina (Talofen), Ferro (fiale e compresse).

ERRORI, DOSI DIVERSE, DECOMPOSIZIONI

Frantumare le compresse o aprire le capsule rende il farmaco non identificabile e può portare alla somministrazioni di dosi incomplete o alla somministrazione di un principio attivo che si è degradato per il contatto con la luce o l'umidità.

- **Farmaci non identificabili**
  Una volta polverizzato in un mortaio o tritapastiglie è impossibile identificare il farmaco, soprattutto se vengono triturati insieme più farmaci questo può aumentare il rischio di somministrazione al paziente sbagliato. Un ospite di una RSA è stato ricoverato d'urgenza per un' emoraggia, aveva assunto più volte il dessert della persona che mangiava accanto a lui in cui era stato camuffato un farmaco anticoagulante.

- **Dosi incomplete**
  Alcuni studi hanno dimostrato che dopo la suddivisione delle compresse, vengono somministrate dosi più basse perché parti del farmaco rimangono nel contenitore in cui è stato frantumato: più sono ruvide le superfici, più farmaco trattengono. Anche mescolare il farmaco triturato al cibo riduce la quantità di farmaco assorbito: è più facile che questo abbia conseguenze cliniche con i farmaci con basso indice terapeutico.

- **Rischio di contaminazione**
  Se si usa lo stesso tritapastiglie o mortaio per più pazienti e non lo si pulisce accuratamente dopo ogni uso, si rischia di somministrare particelle di farmaci di altri pazienti.

- **Esposizione alla luce, all'umidità e degradazione del principio attivo**
  Alcuni principi attivi sono sensibili alla luce o all'umidità, ad esempio il furosemide, la midorina, e la nifedipina. Se la capsula viene aperta o il farmaco triturato e miscelato con alimenti o liquidi, va assunto subito,prima che il principio attivo si degradi.

- **Incompatibilità fisico-chimiche**
  Frantumare assieme più farmaci porta a contatto i principi attivi e si conosce poco sulle conseguenze per il paziente delle incompatibilità fisico-chimiche. Alcuni farmaci sono composti di più strati per separare principi attivi e componenti incompatibili tra loro o fare in modo che vengano rilasciati in sequenza (ad esempio la forma a lento rilascio dell'alfuzosina)

- **Esposizione degli operatori al contatto con il farmaco**

Frantumare compresse o aprire capsule espone al contatto con il principio attivo che contengono. Sono stati riportati casi di allergia da contatto su viso, collo e mani negli operatori che frantumavano i farmaci e quindi ripetutamente esposti a particelle di donezepil (usato per l'Alzheimer), piroxicam (un FANS) o tetrazepam (una benzodiazepina).

FARMACI CITOTOSSICI: CANCEROGENICITÀ E TERATOGENICITÀ

Rompere una compressa o una capsula di un farmaco citotossico espone la persona che lo fa e quelle intorno a particelle di farmaco ed ai loro effetti citotossici e teratogeni. È importante informare operatori sanitari, pazienti e familiari di questo rischio e adottare misure per prevenire il contatto cutaneo indossando guanti e mascherina.

ALTRI EFFETTI TERATOGENI E CITOTOSSICI

L'esposizione a particelle di farmaci teratogeni durante la gravidanza può avere effetti negativi sul feto. Ad esempio il vasodilatatore bosentan, usato per trattare l'ipertensione polmonare e il miglustat, sono teratogeni. Il foglietto illustrativo del finasteride, avverte che le donne in gravidanza non devono entrare in contatto con il farmaco: il rivestimento ha proprio l'obiettivo di evitare contatto e assorbimento cutaneo.

COME DECIDERE SE FRANTUMARE O MENO UNA COMPRESSA O APRIRE UNA CAPSULA

- **Il farmaco è davvero necessario?**
  Si deve valutare il rapporto rischio beneficio e l'effettiva necessità del farmaco.

- **Usare una via o una forma diversa**
  Si può evitare il rischio di aspirazione accidentale valutando se somministrare i farmaci per via transdermica, rettale o parenterale. Quando il rischio di aspirazione accidentale è basso si può usare una differente forma orale (liquida, effervescente, orodispersibile, in sospensione). La via sublinguale talvolta è utile ma ha altri svantaggi che vanno presi in esame.

- **Usare un farmaco simile**
  Si devono valutare, quando possibile, altri farmaci della stessa classe, con un'altra forma farmaceutica.

Gestione infermieristica del
BAMBINO AFFETTO DA BRONCHIOLITE

Alcune informazioni sui rischi legati alla frantumazione di compresse o all'apertura di capsule si possono trovare nei foglietti illustrativi,nelle indicazioni delle ditte farmaceutiche,nelle schede tecniche, nelle pubblicazioni, anche se talvolta le informazioni fornite sono contrastanti. Le schede tecniche del farmaco danno qualche volta indicazioni su come somministrare una compressa frantumata o una capsula aperta, ad esempio con quali liquidi o alimenti, e a quale temperatura. In Francia, i centri regionali Omedit, forniscono indicazioni sull'uso dei farmaci, pubblicate online e liberamente accessibili, e sostenute da letteratura sulla possibilità o meno e sui rischi di frantumare compresse o aprire capsule. Nel 2012, il *National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)* statunitense ha pubblicato un elenco di farmaci teratogeni e cancerogeni che mettono a rischio di tossicità acuta e cronica gli operatori che frantumano le capsule o aprono le compresse.

In conclusione la pratica di somministrare farmaci "alterati": tritati, decapsulati, camuffati nel cibo come abbiamo visto, non è scevra di rischi. Sia in termini di efficacia terapeutica, che di eventi avversi per i pazienti e gli operatori sanitari.
La triturazione, se non conforme alle indicazioni farmacologiche, può essere considerata una procedura inappropriata, da includere tra i potenziali errori di terapia.

Le conseguenze della frantumazione di compresse e la decapsulazione sono in genere poco documentate e il profilo di beneficio/rischio di un farmaco somministrato in questo modo è incerto, quindi prima di farlo è utile porsi alcune domande (tabella 1). Se non si trovano alternative, si deve segnalare il motivo in cartella, per informare gli altri operatori, ed è importante monitorare l'efficacia del farmaco e segnalare gli eventi avversi per modificare, eventualmente, il trattamento.

La necessità di modificare la consistenza dei farmaci rappresenta un'area da considerare attentamente, sulla quale investire. A vari livelli (istituzionale, aziendale e professionale) dovrebbero essere implementati programmi che includano il monitoraggio degli eventi avversi correlati alla somministrazione della terapia farmacologica. Sarebbe auspicabile che, per le compresse non triturabili e per le capsule, l'industria **rendesse disponibili altre formulazioni di pari efficacia ma più sicure**. La farmaceutica geriatrica dovrà necessariamente evolvere al pari di quella pediatrica, in considerazione dell'aumento della popolazione anziana, caratterizzata da una maggiore aspettativa di vita, ma la tempo stesso da maggiori comorbilità, disabilità e necessità di polifarmacoterapia.

PRIMA DI TRITURARE UNA COMPRESSA O APRIRE UNA CAPSULA Tabella 1

È importante porsi alcune domande e fare le ricerche necessarie per rispondere

- Quali sono gli obiettivi del trattamento? Il rapporto beneficio rischio del farmaco in questa situazione è realmente favorevole?
- Questo farmaco è la scelta migliore per il paziente?
- C'è una via di somministrazione soddisfacente rispetto a quella orale?
- C'è un'altra forma farmaceutica disponibile un rapporto beneficio-rischio favorevole?
- Il farmaco ha un indice terapeutico stretto?
- È una capsula o compressa normale o a rilascio modificato?
- Quali sono le conseguenze della rottura della compressa o dell'apertura della capsula, in base al foglietto informativo e alla scheda tecnica? Cosa dicono le altre fonti di informazione?
- Il rapporto beneficio/rischio è accettabile quando si rompe la compressa o si apre la capsula, tenendo conto delle incertezze di questa modalità di somministrazione?

Bibliografia

- Di Giulio P, Castaldo A, Zanetti E. I problemi con le terapie in RSA. Assist Inferm Ric 2015; 34: 198-2007
- Di Giulio P, Castaldo A, Zanetti E. Anziani, farmaci e RSA: promemoria per quando i contesti pesano più dei problemi. Assist Inferm Ric 2015; 34: 149-153
- Boeri C, Castaldo A, Giordano A. La somminstrazione di farmaci tritati e camuffati nelle RSA: prevalenza e implicazioni pratiche Evidence 2013; 5(10): e1000060
- Paparella S. Identified safety risks with splittingand crusching oral medications. J. Emerg. Nurs 2010; 36: 156-158

Allergie da imenotteri: diagnosi, trattamento e possibile prevenzione

Argomento presentato al Forum Risk Management Firenze Novembre 2019

di **Arianna Saugo**

Dott.ssa Arianna Saugo
Master in Risk Management
Infermiera presso Ambulatorio
Cardiologico Ulss 8 Berica
Ospedale di Vicenza

Le allergie sono ad oggi fonte di nuove scoperte e nuovi studi. Molto del loro interesse è dovuto all'aumento delle stesse ma soprattutto dalle reazioni che possono provocare nei soggetti.
Gli imenotteri sono una categoria di insetti che comprende oltre 100.000 specie. Gli imenotteri pungitori sono quelli che hanno modificato l'apparato ovopositore per veleno e pungiglione. I più noti e comuni sono **Api, Vespe, Calabroni, Polistes**, riconoscerli non è sempre facile.

Gli imenotteri più pericolosi sono:
L'**APE** che è piccola di colore nero a strisce giallastre con corpo tozzo, risulta avere poco evidente la separazione tra torace e addome. Se punge, è destinata a morire perché l'aculeo seghettato rimane infisso nel tessuto colpito assieme al sacco velenifero. Tra gli Apidi la specie più studiata è sicuramente quella delle api (Apis mellifera), che vivono in colonie socialmente organizzate e rappresentano insieme ai bombi i principali insetti impollinatori. L'ape e il bombo sono simili: entrambi pelosi con striature tendenti al marrone, il bombo in particolare ha le dimensioni del calabrone con addome di colore nero o bianco o arancio.

Le **VESPE** hanno un corpo giallo e nero a strisce, hanno un pungiglione liscio e possono pungere più volte di seguito. Si distingue una vespa cosiddetta giallone o vespula e una vespa Polistes. Le vespule sono più piccole del Polistes, possiedono antenne nere e costruiscono i loro nidi sottoterra in colonie a volte gigantesche (un nido di vespe può arrivare a produrre anche più di 20.000 celle con 5.000 adulti). Possono volare oltre 60 km/orari a 10/15 metri di altezza. Nei mesi di agosto o settembre inoltre, questa specie risulta particolarmente molesta in quanto le operaie sono impegnate nell'accanita ricerca di proteine e grassi per gli individui riproduttori. Tra gli imenotteri è probabilmente la specie più aggressiva. I Polistes hanno addome staccato dal tronco, antenne gialle e presentano la caratteristica di nidificare sotto i tetti delle case e nelle grondaie, è detta vespa "cartonaia" in quanto costruisce piccoli nidi a forma di ombrello formati solitamente da meno di 100 cellette e senza alcun involucro che le circonda: le cellette risultano quindi ben visibili.

La conoscenza degli imenotteri e del loro abitat limita il rischio di reazioni allegiche da puntura.

Il **CALABRONE** è facilmente riconoscibile dalle altre vespe per le grosse dimensioni, per il caratteristico addome striato di giallo tendente all'arancio e per la puntura estremamente dolorosa, simile ad una pugnalata. Vive in colonie di 30 o 40 individui adulti ed è piuttosto aggressiva, hanno nido con le celle simili al Polistes e aggressività come le vespule. Le sue antenne sono nere, l'addome presenta gastro attaccato al torace con strisce giallo-scuro.

In Italia si stima che oltre 5 milioni di individui vengano punti dagli imenotteri; dagli studi consultati risulta che da 1 a 8 su 100 sviluppa una reazione allergica. Si tratta quindi di una patologia allergica dal peso epidemiologico assai importante, che quasi raggiunge i livelli delle allergie alimentari. Le punture degli imenotteri possono provocare reazioni da lievi a molto gravi; diversi casi, come riportato dalla cronaca, hanno portato ad exitus.

Le reazioni che il veleno da imenotteri può comportare si distinguono in:

- **reazioni locali** (interessano dal 2,4% al 26% delle persone allergiche) che si manifestano come lieve rossore/o lieve gonfiore; sono dovute alle sostanze tossiche contenute nel veleno.
- **reazioni locali estese** (interessano dal 2,4% al 26% delle persone allergiche) si manifestano come arrossamenti e/o gonfiore in sede di puntura con un diametro superiore ai 10 cm e una durata che supera le 24 ore.

- **reazioni sistemiche severe** che sono causate da componenti del veleno a cui il paziente è allergico, attraverso la formazione di anticorpi specifici. Insorgono entro 20 min. circa dalla puntura dell'insetto, si possono manifestare con:
  - dolore
  - gonfiore generalizzato
  - rossore diffuso
  - difficoltà respiratorie
  - paresi muscolari
  - vertigini
  - nausea, vomito, diarrea, dolori addominali
  - perdita di coscienza
  - edemi diffusi
  - edema della glottide da conseguente shock anafilattico
  - arresti cardiocircolatorio

Nel corso degli anni sono state proposte diverse classificazioni, in funzione della gravità dei sintomi; la più utilizzata resta comunque quella di Mueller.

CLASSIFICAZIONE DELLE REAZIONI SISTEMICHE A VELENO DI IMENOTTERI SECONDO MUELLER.

Grado I	Sintomi quali orticaria generalizzata, malessere, ansia
Grado II	Sintomi precedenti più angioedema, nausea, vomito, diarrea, addominalgia, vertigine, costrizione toracica
Grado III	Sintomi precedenti più dispnea, stridore raucedine e sibilo da edema laringeo, disartria, astenia, confusione mentale, sensazione di "morte imminente"
Grado IV	Sintomi precedenti più ipotensione o shock con perdita di coscienza, incontinenza sfinterica, cianosi.

DIAGNOSI

La prima parte della diagnosi prevede la raccolta dell'anamnesi, al duplice scopo di cercare di identificare l'insetto responsabile e di valutare la gravità dei sintomi. Il medico dovrà cercare di inquadrare il più possibile la reazione allergica, ad esempio indagando l'orario, le condizioni climatiche, il numero di punture, il tempo d'insorgenza dei sintomi, l'eventuale trattamento farmacologico adottato, la presenza di altre allergopatie.
La sintomatologia più frequentemente riportata è la reazione locale estesa, mentre le reazioni sistemiche coinvolgono fino al 5% della popolazione europea e del nord America.

Parallelamente all'indagine anamnestica sono la diagnosi di allergia al veleno di imenotteri si basa fondamentalmente su:

- test cutanei, eseguiti con veleni diluiti, molto più sensibili dei prick test anche a basse concentrazioni;
- ricerca di IgE specifiche nel siero (RAST) verso il veleno tramite prelievo ematico;
- ricerca di IgE specifiche nel siero verso singoli componenti allergeniche di alcuni veleni, che possono risultare di aiuto nel caso di pazienti polisensibili (sensibili a più veleni).

La diagnosi deve essere eseguita dallo specialista allergologo, onde evitare diagnosi errate e conseguenti terapie non appropriate.
In caso di reazioni gravi è più facile fare diagnosi e disporre terapia che è gratuita.
In presenza invece di reazioni lievi o solo locali estese, il percorso alla diagnosi risulta complesso. Rast, antigeni ricombinati, test cutanei indirizzano lo specialista ad individuare i soggetti con reazioni più gravi e quindi alla conseguente prescrizione di terapia o immunoterapia più appropriata.

TRATTAMENTO

Il trattamento di una puntura da imenottero dipende tuttavia dal tipo di reazione che si manifesta.
Se dopo la puntura, compaiono rossore e gonfiore in una zona di circa 2-3 cm di diametro, si tratta di una reazione perfettamente normale, dovuta al veleno iniettato dall'insetto; in questo caso si può applicare ghiaccio ed eventualmente una pomata al cortisone su indicazione medica. Nel soggetto non allergico la terapia per la puntura di imenottero consiste nella accurata rimozione del pungiglione, se è ancora nella cute; si dovrebbe notare a occhio nudo un puntino nero al centro della parte colpita. È importante estrarlo con l'utilizzo di qualche supporto (pinzetta o limetta) evitando di afferrarlo con le dita, per evitare che il sacco velenifero che gli è attaccato continui a iniettare altro veleno. All'aumento dell'entità della reazione è suggeribile alla persona di recarsi il prima possibile in pronto soccorso.
Nel caso di accertata allergia la persona deve munirsi ed essere in grado di somministrarsi:

- **Adrenalina in fiala**
- **Antistaminico H1 compresse**
- **Corticosteroide compresse o fiale per iniezione intramuscolare**

Tuttavia dopo averli assunti è sempre meglio farsi portare in ogni caso al più vicino pronto soccorso o chiamare il 118.
Per contrastare l'effetto del veleno da imenotteri lo specialista allergologo individua e tratta i pazienti allergici tramite immunoterapia con veleni purificati.
L'immunoterapia con veleni purificati è attualmente l'unico strumento terapeutico in grado di offrire la pressoché completa protezione in caso di ripuntura (95-98% dei casi trattati).

Il programma terapeutico prevede la somministrazione di dosi crescenti di veleno fino a raggiungere il dosaggio di protezione che è di solito di 100 mcg. Per raggiungere tale dosaggio si possono impiegare differenti regimi terapeutici. Rispetto alle metodiche convenzionali che impiegavano circa 15 settimane, recenti protocolli di somministrazione rapida consentono in pochi giorni o addirittura poche ore il raggiungimento della dose di protezione. Questa dose è praticata successivamente ad intervalli inizialmente mensili, come cura di mantenimento per almeno tre-cinque anni. Un'altra caratteristica della immunoterapia specifica è la sua capacità di mantenere la protezione per molti anni dopo la sua sospensione, dopo un periodo di trattamento adeguato
Al fine di raccogliere informazioni e dati per la stesura di uno di questi documenti, Dhami e colleghi hanno effettuato una revisione della letteratura e una metanalisi per stabilire l'efficacia, il rapporto fra costo ed efficacia e la sicurezza dell'immunoterapia, impiegata nelle persone con allergia al veleno di imenotteri. La revisione sistematica ha permesso di identificare un totale di 16950 studi, di cui 17 sono stati utilizzati per la metanalisi, in quanto soddisfacevano i criteri stabiliti dai ricercatori. Il piccolo numero di ricerche ritenute congrue, rispetto al grande

ALLERGIE DA IMENOTTERI:
diagnosi, trattamento e possibile prevenzione

numero di pubblicazioni reperibili, è indicativo della inadeguatezza della gran parte degli studi eseguiti, in termini di qualità dei metodi impiegati o di dimensioni della casistica presa in esame. I risultati della metanalisi hanno indicato che l'immunoterapia riduce il rischio di gravi reazioni allergiche generalizzate dovute alle punture degli imenotteri (rischio relativo = 0,08, 95% CI 0,03-0,26) e migliora anche la qualità di vita associata a questi quadri di circa il 40% (differenza di rischio = 1,41, 95% CI 1,04-1,79). Gli effetti indesiderati provocati dall'immunoterapia sono stati per lo più di lieve intensità e non sono stati riferiti casi di decesso attribuibili a questa cura. Infine, l'immunoterapia sembra avere un buon rapporto fra costo ed efficacia per le persone che possono andare incontro a reazioni sistemiche ripetute alle punture che hanno una ridotta qualità di vita.
Nonostante le evidenze disponibili abbiano alcuni limiti, gli autori di questa metanalisi hanno concluso che l'immunoterapia è efficace e sicura per ridurre la probabilità di comparsa di reazioni allergiche sistemiche gravi alle punture di imenotteri.
È una pratica efficace e sicura confermata anche da recenti studi svolti tra cui quello svolto da alcuni allergologi italiani e pubblicato lo scorso ottobre 2019su WAO JOURNAL dal titolo: "Efficacy and safety of honybee and wasp tyrosine adsorbed venom immunotherapy".

POSSIBILE PREVENZIONE

Il primo passo per una corretta prevenzione è sicuramente la conoscenza degli imenotteri e dei luoghi dove maggiormente vivono. Questo sarebbe possibile tramite una sensibilizzazione che dovrebbe estendersi su tutto il territorio nazionale e nelle diverse istituzioni, in primis le scuole con la proposta di effettuare dei prick test gratuiti che non richiederebbero personale sanitario altamente specializzato.

Prevenire le punture e quindi abbigliamento e altre precauzioni possono essere di aiuto se si affronta un ambiente "a rischio".
Alcune regole essenziali potrebbero essere le seguenti:

- Evitare di indossare abiti larghi, prediligere il bianco
- Evitare di usare profumi utilizzare creme solari inodori
- Evitare di camminare scalzi nei prati
- Evitare di avvicinarsi a fiori molto profumati
- Evitare di lasciare cibi e bevande esposti se si mangia all'aperto
- Fare particolare attenzione se si spostano ceppi in quanto le vespe nidificano spesso nelle immediate vicinanze
- Applicare le zanzariere alle finestre
- Tenere ben chiuse le pattumiere
- Rimanere calmi ed evitare di agitarsi in presenza di imenotteri ma allontanarsi piano piano

Come precedentemente citato in caso di accertata allergia l'individuo adeguatamente istruito dovrà assumere in farmaci indicati.
E per ultimo ma non per importanza si sottolinea l'estrema necessità di mantenere rispetto per l'ambiente in cui viviamo.
Una narrazione scientifica definisce il ruolo delle api centrale all'interno del nostro ecosistema, da qui la necessità di non avere paura delle api (questo non significa, ovviamente, sfidarle) ma cercare di essere decorosi sia per il loro ambiente che per il nostro quieto vivere.

Bibliografia

- Alessandrini, Berra, Rizzini, Mauro, Melchiorre, Rossi Speziia, Stanizzi, Ricciardi, Burastero: "Flexible approaches in the design of subcutaneous immunotherapy protocls for hymenoptera venom allergy". Ann Allergy Asthma Immunoloy 2013: 110: 51-54.
- Allergen immunotherapy for insect venom allergy: a systematic review and meta-analysis, Allergy, 2017 Mar; 72(3):342-365.
- Bilo', Martini, Pravettoni, Bonadonna, Cortellini et all: "Large local reactions to hymenoptera stings: outcome of re-stings in real-life. Allergy. 2019 Efficacy and safety of honybee and wasp tyrosine adsorbed venom immunotherapy 2019"
- Bilo', Pravettoni, Bignardi, Bonadonna, Mauro, Novembre et all: "Hymenoptera venom allergy: management of children and adults in clinical practice.". j. Investig Allergol Clin Immunology 2018.
- Macchia, Cortellini, Mauro, Meucci, Quercia, Manfredi et all: "Vespa calabro immutherapy versus vespa-venom immunotherapy in vespa cabro allergy: a comparison study in field re-sting" World Allergy Organ j. 2018; 73. 744-764
- Pravettoni, Primavesi CRD nell'allergia al veleno di imenotteri: marcatori primari di sensibilizzazione ape/vespa. Unità Operativa Complessa di Allergologia e Immunologia Clinica, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, tratto dal sito www.siaip.it, data d'accesso novembre 2019.
- Severino, Simioni, Bonadonna, Crescioli et all: "Efficacy and safety of honybee and wasp tyrosine adsorbed venom immunotherapy" WAO JOURNAL, ott. 2019. https://www.anallergo.it, L'Immunoterapia Specifica data d'accesso novembre 2019.
- Fondazione Cesare Senoro, Diagnosi, cura e prevenzione dell'allergia al veleno degli imenotteri, tratto dal sito: https://www.fondazioneserono.org, data d'accesso novembre 2019.
- Severino, Bonadonna, Bilo', Cortellini, Mauro, Schiappoli, et all: "Safety and efficacy of immunotherapy with polistes dominulus venom: results from a large italiana databese". Allergy 2009.

di **Andreina Raschietti**

L'arte di curare e di raccontare

FNOPI Workshop Teatrale - Roma novembre 2019

Dott.ssa Andreina Raschietti
Coordinatrice Servizi di
Assistenza Infermieristica Domiciliare
Distretto Ovest dell'Ulss 8 Berica

Sperimentare l'attenzione amorevole su di se, può essere una scoperta per chi quotidianamente la usa nella professione.

L'avventura inizia in una sera dell'agosto scorso, quando mi collego a facebook e mi soffermo su un breve video della pagina FNOPI. Un regista teatrale invita gli iscritti all'ordine a raccontare ciò che noi infermieri viviamo nel quotidiano della nostra professione attraverso la narrazione di cos'è, cosa sarà e anche cos'è stato l'essere infermiere.

Fra me e me, mi sono detta che dopo 40 anni di professione di storie ne avevo tante da raccontare. Accendo il cellulare e narro la mia storia, a partire da come tutto è cominciato, nel lontano 1978, a Vicenza, presso l'allora scuola infermieri.

Mi ritrovo a provare gratitudine e riconoscenza nel ricordare tutti i colleghi con cui ho condiviso il percorso formativo e il lavoro nei reparti di Chirurgia, Otorino di Vicenza e poi Gruppo Operatorio, Ginecologia di Arzignano. Scolpiti nella mente sono anche i pazienti con cui ho condiviso le storie di dolore ma anche di speranza. In particolare ho molti ricordi degli 85 pazienti, tutti uomini, che ho incontrato nel mio primo incarico di Caposala, nel 1990, presso la Casa di Salute, un residuo psichiatrico a Montecchio Maggiore. Finendo con l'ultima esperienza ventennale di coordinatrice del Servizio di Assistenza Domiciliare del Distretto Ovest dell'Ulss 8 Berica, dove gli infermieri sono "ospiti" nelle case dei loro pazienti.

Racconto così, nella brevità di 3 minuti, la mia narrazione sulla relazione di cura.

Più passano gli anni e più il mio tempo corre veloce e, probabilmente per l'accumulo di impegni lavorativi e familiari, non ci ho più pensato; fino a quanto, il 10 settembre, mi arriva via mail una nota, firmata dalla Presidente Barbara Mangiacavalli, che mi indicava come una tra i selezionati a partecipare ad un workshop nazionale sulla narrazione, proprio in virtù di quell'audio di 3 minuti.

In quel periodo ero particolarmente amareggiata a causa dei cambiamenti dovuti all'applicazione del nuovo contratto che ha molto penalizzato, a parer mio, la professionalità dei caposala/coordinatori.

Parallelamente, però, pochissimi mesi prima avevo acquisito il titolo di Counsellor Professionista presso il Centro Camilliano di Formazione di Verona a cui mi ero iscritta 4 anni prima dopo esserci andata per preparare un percorso formativo sulla presa in carico dei caregiver e dei pazienti in fine vita in assistenza domiciliare.

Ho sempre creduto che aggiornamento e formazione professionale non abbiano mai fine per questo amo rimettermi in gioco continuamente. Ed è proprio in questo senso che la partecipazione a questo progetto nazionale mi ha rinnovato l'entusiasmo, che a volte si assopisce, per la mia stupenda professione di cura.

L'elenco dei selezionali per il workshop teatrale è stato di 20 infermieri di tutte le età e da tutta Italia. Le storie scelte, tra circa 150 contributi inviati, sono state ritenute quelle più efficaci e capaci di una rappresentazione teatrale. Dal Veneto eravamo presenti, oltre a me vicentina, un collega bellunese ed una giovane leva padovana.

Ci siamo incontrati in 19 infermieri, nel caratteristico quartiere romano di Trastevere, nel Laboratorio Teatrale Integrato "Piero Gabrielli" dove si integrano ragazzi con e senza disabilità allo scopo di realizzare uno spazio in cui le differenze convivano e diventino una ricchezza.

In quei 3 giorni abbiamo interagito, divertendoci e lavorando insieme con il linguaggio teatrale, grazie all'intensa guida del regista e coordinatore artistico Roberto Gandini, con un passato di infermiere, accompagnate dalle riprese dell'attento regista/video editor Gianluca Rame e dell'eclettico pianista e compositore Roberto Gori che improvvisava melodie a tema.

Ci ha accompagnato anche Silvestro Giannantonio dell'Ufficio Stampa e Comunicazione FNOPI che ci ha precisato che scopo di questo laboratorio era di raccogliere materiale audiovisivo "reale, vero, concreto" per il 2020 che è stato promosso dall'OMS anno internazionale dell'infermiere e che, tra l'altro, coincide con il bicentenario della nascita di Florence Nightingale (Firenze, 12 maggio 1820 – Londra, 13 agosto 1910) fondatrice dell'infermieristica.

Inoltre, proprio per questa occasione, scopo di questo workshop era di esser **base di partenza per la creazione di uno spettacolo teatrale da proporre in tutta Italia per far conoscere la rilevanza del ruolo di infermiere all'interno della società** al fine di migliorarne il profilo e lo status sociale.

Solo gli infermieri possono raccontare realmente cosa significhi esserlo, partendo da ciò che stanno vivendo, giorno dopo giorno, all'interno delle corsie degli ospedali o nel territorio in assistenza domiciliare.

La narrazione è stata facilitata dal lavoro sul corpo e sulla voce, con esercizi e giochi di improvvisazione, che ci ha permesso di diventare ancora più consapevoli della nostra identità, trasformandoci in un insieme, abitando empaticamente anche il mondo professionale dell'altro, originando così una nuova e diversa identità. Tutto è stato possibile grazie alla creazione di un reciproco clima di fiducia e condivisione, elementi imprescindibili per un percorso di ricerca e creazione artistica.

Nell'esplorazione delle diverse vite professionali, da quella più giovane a quella più esperta, sono emersi **emozioni e sentimenti di gioia, ammirazione, interesse, stupore ma anche di stanchezza, turbamento, insoddisfazione e vulnerabilità**, pur senza mai parlare di protocolli, procedure, accreditamento, contratto, straordinari, ferie e stipendio inadeguato.

Esplorare il mondo dell'altro, con un ascolto fatto di presenza, di silenzi, di carezze e di attenzioni vicendevoli, ci ha permesso di rigenerarci sia come persone che come professionisti. Mi auguro che tutto questo possa divenire un punto di partenza per dei lavori audiovisivi e teatrali che possano portare ad un nuova e diversa immagine pubblica che l'essere infermiere merita.

Il laboratorio ha fatto emergere **vissuti professionali colmi di riflessioni intense**. In quei giorni ci siamo guardati e ascoltati intensamente l'un l'altro, non solo con lo sfondo musicale, ma anche in un silenzio ricco di significato.

Tutto quello che è stato ripreso era vero, intenso, sincero e profondamente umano, prima che professionale, quasi che le nostre vite fossero legate a doppio filo.

In sostanza **abbiamo sperimentato un'attenzione amorevole da parte degli altri: una relazione di cura. La stessa che sperimentiamo nel nostro agire professionale** con pazienti, caregiver, colleghi e con gli altri professionisti con cui interagiamo.

Quel laboratorio ha creato un contesto in cui, con gli strumenti proposti, abbiamo potuto incontrarci e scoprirci parte di una collettività professionale animata da sofferenze e avversità sia comuni quanto divergenti e nel confronto crescere con un momento fuori dall'ordinario scorrere della vita quotidiana, portando l'eccezione, l'inconsueto, l'imprevisto. È stato un momento dirompente a che ci ha smossi dall'abitudine e ci ha portato verso momenti e movimenti impensati.

L'articolo 4 del nostro nuovo codice deontologico riconosce che "il tempo di relazione è tempo di cura". È mia convinzione che sottolineare la validità di questo momento permettere agli infermieri di riappropriarsi di quello spazio che gli è sempre stato proprio: l'intima prossimità con la persona malata.

Cura deriva dalla radice latina ku-/kav- osservare. Questa competenza richiede responsabilità, nel caso sia una terapia medica, un assistenza, una preoccupazione o un accudire il progetto di una vita altrui ma anche nel caso di workshop teatrale di questo tenore.

Questa esperienza, capitatami per caso anche se so che il "caso" non esiste, mi ha dato l'occasione preziosa di confrontare le mie emozioni con quelle dei colleghi presenti e mi ha rammentato l'antica arte giapponese del kintsukuroi, che letteralmente significa "riparare con l'oro". Quando un oggetto si rompe i maestri kintsukuroi lo aggiustano rimettendo insieme i pezzi con del metallo prezioso, evidenziando le linee di frattura che diventano simili a cicatrici, ma valorizzando, al contempo, l'oggetto precedentemente rotto grazie all'uso della materia preziosa.

Ancora una volta un esperienza di condivisione mi ha permesso di comprendere che nella vita **si può crescere anche attraverso esperienze dolorose** che, se valorizzate, possono rendere ogni persona originale e meravigliosa.

Lo scienziato Stefano Mancuso afferma che anche le piante sono intelligenti e dotate degli stessi sensi di cui è dotato l'uomo, anche di qualcuno in più, e comunicano, al loro interno e fra individui della stessa specie, trasmettendo informazioni vitali che permettono loro di trovare soluzioni efficaci ai problemi.

Allora mi sono immaginata che Roberto, il regista, Roberto il musicista, Gianluca, il regista/video editor e i colleghi Lucia e Oscar da Bergamo, Cristiano da Perugia, Annalisa da Genova, Marilena da Varese, Elisa da Udine, Daniela da Torino, Cristina da Aosta, Antonella da Arezzo, Maria da Alessandria, Paola da Milano, Marietta e Federica da Roma, Laura da Pavia, Irene da Pescara, Emanuela da Palermo ed i veneti Luigi e Stefania formassero un piccolo bosco che ha imparato, con la narrazione teatrale, a crescere autenticamente e a divenire resiliente professionalmente.

Se ripenso a quello che ho vissuto in questa esperienza lo percepisco come particolarmente prezioso e significativo.

Con queste mie riflessioni desidero rendere onore a ogni persona incontrata che mi ha regalato un nuovo modo di essere nella relazione.

Grande è la mia gratitudine alla FNOPI e a chi ha permesso che tutto questo potesse accadere.

Io sono quasi arrivata alla fine del mio percorso professionale e questa esperienza mi ha permesso di ripensare con fiducia al futuro dell'infermieristica perché domani ci sarò io "dall'altra parte".

Tutti abbiamo bisogno di cura e tutti siamo ciò di cui ci prendiamo cura, come ci insegna il filosofo tedesco Heidegger.

Ricordo ancora con commozione una frase che ho trovata scritta da Ettore Sabbini, paziente delle casa di Salute del 1923: "…E voi infermiere validi ed efficaci cooperatori dei seguaci di Esculapio giacché nulla è più vero di quel detto che se il medico cura l'ammalato il buon infermiere lo guarisce."

Se la parola diventa cura dobbiamo "prenderci cura" anche delle nostre parole per farle diventare ancor più una meravigliosa arte. L'arte della cura.

di **Marifulvia Matteazzi Alberti**

Prof.ssa
Marifulvia Matteazzi Alberti
trapiantata di rene

LA CHIAMATA

Quella sera non vedevo l'ora di tornare. La notte prima la macchina aveva fischiettato fino all'alba: dormendo della grossa avevo schiacciato il tubicino, la soluzione non era defluita dal mio ventre alle sacche e viceversa, così che la dialisi peritoneale si era fermata al secondo tempo.
Il mattino trascorse tra feroci occhiate di mal sopportazione allo schermo luminoso della PD MIGHT e mille progetti per il pomeriggio.
Ed appena slegata dal cordone ombelicale di plastica, volai via dimenticando la radio accesa con il cronista che sciorinava angosciato particolari, modalità, ipotesi situazioni agghiaccianti dell'accaduto dell'altro ieri 11 settembre 2001.
Rimasi fuori tutto il pomeriggio ed ora la sera saliva, quatta quatta con una luce insolita: così all'improvviso i colori ingiallivano in un crepito sommesso, a poco a poco scomparivano logorando i contorni purpurei delle cose e il buio saliva, presto troppo presto.
Ed assopita nei miei sguardi interiori guidavo e fermandomi al semaforo di porta S. Bortolo, osservavo intorno, persa nella vita e nella gente di sempre.
Ascoltavo e ribattevo ai tre ragazzi che avevo in auto e riflettevo: l'indomani si faceva festa la grande compiva sedici anni.
Superai il ponte ed ecco l'entrata al Pronto Soccorso: un cellulare suonò la sua marcetta allegra, non ci badai... tanto saranno i compagni in pizzeria che vogliono farci fretta.
Ma come mai lei risponde che ci sono, che sto guidando e mi allunga il telefonino dicendomi che è la Nefrologia che mi vuol parlare... di sera la Nefrologia, ma perché?
Avrò dimenticato qualcosa: eppure ad agosto sono addirittura scesa dalla montagna per gli esami e l'ultima visita risale a pochi giorni fa...
È una dottoressa che ti vuole..
Curioso... una dottoressa...
Gliela passo subito
E mi ritrovo tra le mani una voce femminile che mi chiede se sto guidando e che mi intima di ascoltare...
Non so come ma capisco tutto: rallento, mi fermo ed una vampata di calore dalle caviglie mi parte, arriva al cuore, alle tempie, alla mente. La vita chiama, batte, urge, vuole tutta me stessa: stravolta anima e corpo compreso!
Sopra di me l'avvolgente calore di porta S. Lucia, la mia porta dove là dentro le mure ho vissuto i miei bellissimi anni verdi: qui tutto intorno è regolare apparentemente consueto, mentre io sono chiamata a partire per un viaggio che non so, che non conosco, che mille volte ho desiderato e temuto di intraprendere e che ora, come una mano sconosciuta, mi prende e mi serra la gola.
Dovrò da sola saltare questo muro di terrore e buttarmi nel buco d'ombra, nella nebbia oscura, aggrappandomi alla fiducia, alla speranza di risvegliarmi, di ritrovare me stessa la più presto.
Signora c'è un rene per lei, accetta?
Sta bene?
Si...Sì...
E che altro posso dire...
Non si lusinghi però del tutto: la compatibilità accertata è del 75% se non verrà confermato il rimanente, l'intervento non si farà... mi raccomando... sia qui entro un'ora!
Devo mettermi calma, chiamare in soccorso tutta la mia lucidità, il mio equilibrio: sono alla guida e due dei ragazzi a bordo non sono miei.
Faccio a vuoto il giro dell'isolato ed una voce mi comanda di andare a casa e procedo come rapita da un'incoscienza, da una forza mentale che diminuisce però la presa fisica.
Non riesco, o non voglio sollevare il basculante, mi aggrappo al cellulare e chiamo la voce gioiosa del mio nefrologo che mi spinge ad andare, ad essere felice perché il rene è arrivato proprio al momento giusto.
Mi sento leggera e serena: entro in casa, butto quattro camice alla rinfusa nel trollej, un arrivederci rassicurante ai piccoli ed eccomi...
Nella mente le immagini indelebili di otto giorni prima: durante la visita lui l'aveva detto così sbadatamente, quasi sovrappensiero, ma con una lungimiranza attenta, sicura, generosa di chi da anni ascolta le strade dritte del raziocinio ma anche i viottoli tortuosi della sensibilità, che sa andare oltre, che è sempre dalla tua parte, che lotta per te e con te, che desidera il bene dell'altro.

1° Concorso Artistico

PER IL MESE SUL TEMA ALZHEIMER 2019

"I colori e le forme per l'alzheimer donati da anima, cuore e mani"

Lo scorso 25 ottobre l'OPI di Vicenza ha bandito la prima edizione del concorso artistico: "I colori e le forme per l'Alzheimer donati da anima, cuore e mani".
Si è trattata della continuazione di una similare iniziativa organizzati negli anni passati, riservata al solo ambito fotografico e finalizzata alla raccolta di materiale artistico inedito, **esposto con lo scopo di diffondere la conoscenza e la possibilità di approccio a questa patologia,** purtroppo in continuo aumento.
Sono pervenute 20 opere che sono state esposte durante un evento formativo organizzato da OPI all'interno della rassegna "Le stagioni dell'Alzheimer", proposta dall'Ulss 8 Berica. L'evento che aveva come titolo: "Ricordi?... Sono l'Alzheimer" si è svolto ad Isola Vicentina presso la Fondazione Bressan con la collaborazione di alcuni professionisti che operano all'interno di Centri di Servizi per anziani. Tale incontro ha permesso un momento di riflessione e confronto fra gli attori protagonisti dell'assistenza alle persone affette dalla Patologia di Alzheimer.
Nell'incontro sono stati coinvolti in un tavolo di lavoro gli infermieri di strutture che operano direttamente a contatto con persone colpite da questa patologia e con le relative famiglie, con l'obiettivo di condividere le diverse esperienze professionali.
Durante il pomeriggio vi è stata la presentazione delle opere del concorso artistico e la relativa premiazione a cura della Professoressa Matteazzi Marifulvia critica d'arte.

Sono pervenute opere di vario genere, pitture, sculture, disegni, incisioni e tecniche miste.

I VINCITORI DEL CONCORSO SONO STATI QUATTRO "EX AEQUO"

Laura Poffe - FORSE LIBERA (pittura a tecnica mista)

Valeria Croci - OBLIO (pittura acrilica tecnica mista)

Antonio Capovilla - KAOS (scultura)

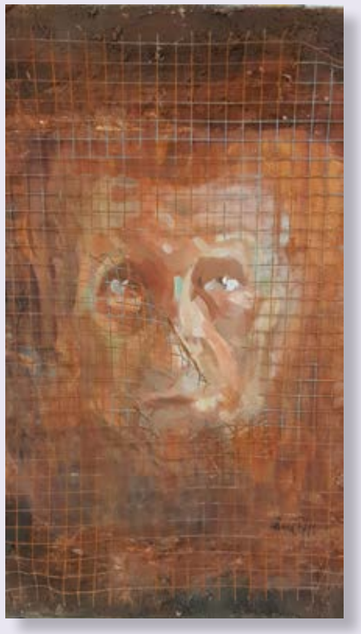
Annamaria Olmo - TORNARE BAMBINI (pittura materica)

Dato il successo di questa prima edizione, OPI Vicenza intende riproporre per gli anni a seguire tale iniziativa ed eventi che possano promuovere sia la formazione dei professionisti sia l'interesse dei cittadini.

Concorso

I colori e le forme per l'alzheimer
donati da anima, cuore e mani

Laura Poffe - FORSE LIBERA



Antonio Capovilla - KAOS

Valeria Croci - OBLIO

Annamaria Olmo - TORNARE BAMBINI

grafica: www.fattorelli.it

Infermieri Informati

NOTIZIE DALL'**OPI VICENZA**

OPI VICENZA
ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

OPI Ordine Professioni Infermieristiche Vicenza
Viale Trieste, 29/C - 36100 Vicenza - Tel. 0444 303313 - Fax 0444 514311
vicenzaopi@opivicenza.it - PEC: vicenza@cert.ordine-opi.it
www.opivicenza.it