

NapoliSana Campania

Supplemento di ricerca infermieristica
NSC Nursing
All'interno, pagg. 19/30

In piazza per la salute



Benevento
Infermieri candidati
Lusinghiere affermazioni



a pagina 34 Andrea Della Ratta

Napoli
"Salute e sicurezza
sui luoghi di lavoro"



a pagina 32 Luigi Lembo

LA SALUTE MI AVEVA ABBANDONATO. GLI INFERMIERI MAI.

Prendersi cura delle persone,
con le giuste competenze,
in ogni momento della loro vita.
Questa è la professione dell'infermiere.



L'Editoriale

di *Ciro Carbone*

Piani ospedalieri e le nozze coi fichi secchi

Non sappiamo ancora quale giudizio daranno i ministeri competenti Mef e Sanità sul nuovo piano sanitario della Campania. Le notizie apparse sui giornali, le indiscrezioni che anche noi pubblichiamo per informare i nostri iscritti, non mi sembrano una base seria e sufficiente per esprimere un giudizio di merito. Aspetteremo la versione ufficiale, quella liquidata da Roma, per dire la nostra. Del resto, al Commissario Joseph Polimeni abbiamo già detto cosa sta a cuore agli infermieri. Glie lo abbiamo detto, con modi garbati, ma fermi, nel corso dell'ultimo incontro a Palazzo Santa Lucia.

Forti del nostro sapere, che è frutto di un confronto continuo, serrato, giornaliero con gli ammalati, siamo stati chiari e non abbiamo tergiversato. Nessun libro dei sogni, né liste dei desideri.

Poche cose. Ma in cima a tutto abbiamo messo il lavoro. La sanità campana deve costare di meno, deve essere di qualità e offrire servizi adeguati alle richieste dell'utenza. Proprio come accade nelle regioni benchmark. Ma ha bisogno soprattutto del lavoro di giovani infermieri per rispondere alle esigenze dei cittadini. La sanità campana ha un urgente bisogno di infermieri e di infermiere pediatriche. C'è penuria negli ospedali, dove si va avanti con colleghi anziani e provati da anni e anni di turni massacranti e con rari innesti di giovani precari mandati allo sbaraglio.

Quando non si può assumere nemmeno per via interinale, si preferisce chiudere interi reparti, rinviare o bloccare le attività di elezione, far allungare le liste d'attesa fino a far scappare i pazienti nelle regioni del nord. Anche quelli gravi e con urgente bisogno di cure. I nodi cruciali della sanità campana sono questi.

Nel piano ospedaliero, come ovvio, non si fa alcun riferimento alle risorse umane. Siamo ri-

masti all'annuncio delle famose 1200 assunzioni dovute allo sblocco totale del turn over per il 2015. Ma non si conoscono né numeri, né tempi. Qualsiasi rivoluzione sia stata disegnata per il futuro nel nuovo piano ospedaliero deve partire dal lavoro. Altrimenti, più che fare una rivoluzione, si vuole andare a nozze coi fichi secchi.

La sanità campana ha bisogno di infermieri negli ospedali, ma anche sul territorio: per la continuità di cura, per non ingolfare il pronto soccorso, per assistere gli ammalati gravi a domicilio. E' ora che accanto agli ammalati ci siano gli infermieri che servono. Per fare questo bisogna innanzitutto stabilizzare il precariato storico e quello nuovo (interinali, co.co.pro, infermieri a progetto). Qualcosa si è fatto, ma non basta.

Bisogna mettere mano alla mobilità interregionale per far rientrare i tanti colleghi emigrati al nord, per farli riavvicinare alle loro famiglie, alle loro case. E poi i concorsi. La sanità campana ha bisogno di un rapido ritorno alla normalità nelle assunzioni e nel reclutamento del personale. Del resto, lo stesso ministro Lorenzin lo ha detto: La Campania "non ha bisogno di risparmiare", "La Campania ora non ha questo problema perché è sostanzialmente in equilibrio di bilancio". Gli infermieri della Regione Campania sono stati i tra i protagonisti del risanamento dei conti. Insieme con i cittadini e con le altre professioni sanitarie. Con piena assunzione di responsabilità, di impegno e dedizione hanno sostenuto carichi di lavoro pressanti in condizioni di scarsità di risorse per garantire ai cittadini un'adeguata qualità di cure ed assistenza a salvaguardia della dignità della persona e della famiglia. E allora bisogna pensare di offrire la giusta, doverosa e qualificata assistenza agli ammalati e servizi adeguati ai cittadini. Perché, lo dice un recente studio condotto in Inghilterra: dove ci sono più infermieri si guarisce meglio e prima.

Supplemento di Napolisana

Rivista periodica di:

aggiornamenti professionali, attualità e cultura

Organo ufficiale dei Collegi Ipasvi
di Napoli e Benevento

ANNO XXII- N. 2 - GIUGNO 2016

AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI NAPOLI N. 4681 DEL 27/9/1995

Spedizione in abb. pos. /art. 2, comma 20/c, L. 662/96 Filiale di Napoli

Direttore editoriale

Ciro Carbone

Direttore responsabile

Pino De Martino

Comitato scientifico

Margherita Ascione, Francesco Attena, Angela Basile,
Florinda Carcarino, Francesco Catapano,
Giuseppe De Falco, Andrea Della Ratta, Maria Rosaria
Esposito, Assunta Guillari, Eva Lieto,
Nicola Scarpato, Carlo Vigorito, Americo Zotti.

Segreteria scientifica

Franca Sarracino

Hanno collaborato a questo numero

Sabrina Bindo, Giuseppina Borriello, Anna Buonocore
Dario De Martino, Andrea Della Ratta, Anna De Vita,
Maria Rosaria Esposito, Assunta Guillari,
Alfredo La Monica, Luigi Lembo, Sharon Magliaro,
Miriam Napolitano, Rita Nardone, Ilaria Rossi,
Chiara Sepe, Pippo Trio.

Editore, direzione e redazione: Collegio Ipasvi Napoli

Via Costantinopoli, n 27, Cap. 80138, Napoli,

Tel. 081 440140, Fax 081 440217

e-mail: napoli@ipasvi.legalmail.it web: www.ipasvinapoli.org

LA RIVISTA VIENE INVIATA GRATUITAMENTE AGLI ISCRITTI

RESP. GRAFICA, IMPAGINAZIONE E STAMPA

QUORUM - NUOVA POGGIOREALE 8 - 80143 NAPOLI

La riproduzione e la ristampa anche parziali di articoli e immagini del giornale
sono formalmente vietate senza la debita autorizzazione dell'editore.



In questo numero:



3 L'Editoriale

Piani ospedalieri
e le nozze con
i fichi secchi

di **Ciro Carbone**

6 Responsabilità professionale

Cittadini e infermieri,
in piazza per la salute

Servizi a cura di **Dario De Martino**



In questo NUMERO



Politica Sanitaria 12

Professioni sanitarie:
Ordini, ad un passo
dalla meta

Con l'approvazione al Senato del Ddl Lorenzin il processo di riforma ordinistica nella sanità compie un importante passo in avanti. Ora la parola alla Camera. Oltre un milione gli operatori interessati. Forse entro quest'anno la legge.

di **Pino De Martino**

14 Politica Sanitaria

Turni light e territorio,
mancano 47mila infermieri

La Federazione Nazionale del Collegi Ipasvi ha reso pubblico il fabbisogno di risorse umane che occorrerebbe inserire negli ospedali e nelle strutture territoriali.

di **Pippo Trio**



Politica Sanitaria 16

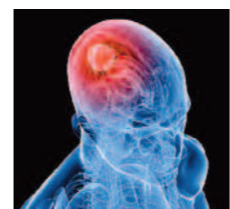
Mef e Sanità
studiano il
Piano Campania

di **Pino De Martino**

18 Politica Sanitaria

Via i commissari
I vertici della sanità li
nomina il Governatore

di **Anna Buonocore**



NSC Nursing 16

Supplemento
di ricerca
infermieristica

all'interno, pagg.19/30



Qui Napoli 31

Il Collegio
Ipasvi di Napoli
incontra i neolaureati

33 Qui Napoli Gli Infermieri protagonisti all'Isola della Salute

di **Ilaria Rossi**



Qui Benevento 34

Infermieri candidati
Lusinghiere affermazioni

di **Andrea Della Ratta**

35 Dentro la professione

L'ambulatorio
diabetologico

a cura di **Giuseppina Borriello, Alfredo La Monica**



Dentro la professione 37

Il ruolo dell'infermiere
nella promozione della
sicurezza a domicilio

a cura di **Rita Nardone Anna De Vita**

39 Dentro la professione

Le "Sindromi
Culturalmente Determinate"

a cura di **Sharon Magliaro, Anna De Vita**



Ospedali e territorio 45

Mastectomia preventiva
e mutazioni genetiche

di **Chiara Sepe**

12.05.2016

GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE

Cittadini e infermieri, in piazza per la salute

Straordinario successo di pubblico, sui social e attraverso i media per l'iniziativa "Musica & Salute" messa in campo dal Collegio Ipasvi di Napoli. Otto stand per celebrare con la prevenzione, l'informazione e la cultura la giornata dedicata all'assistenza infermieristica. Carbone: "Rinnovato il nostro impegno sociale, umano e professionale". Feconda collaborazione con la II Università di Napoli e le Associazioni di volontariato.

di Dario De Martino

“Saremo in piazza per offrire ai cittadini le nostre competenze e il nostro impegno sociale, umano e professionale a favore di una sanità solidale, universalistica e di qualità. Essere a fianco dei cittadini è parte del nostro patrimonio culturale e professionale. Lo testimoniamo oggi 12 maggio, così come lo praticiamo ogni giorno con il nostro lavoro”. Sono le parole con le quali **Ciro Carbone**, presidente del Collegio Ipasvi di Napoli, ha presentato le iniziative promosse dalla professione nell'occasione del 12 maggio, giornata internazionale dell'infermiere. “Abbiamo scelto la piazza e non un luogo chiuso perché vogliamo sottolineare il nostro legame con la cittadinanza. Ci accompagnano da sempre valori morali e civili che legano la nostra professione con l'impegno sociale”, ha spiegato Carbone in un comunicato diffuso alla stampa. “Ci battiamo per una sanità migliore, soprattutto al Sud dove maggiori sono le carenze dell'offerta di salute e dove maggiormente i cittadini pagano di più per un servizio meno efficiente che altrove. Ma anche per un sistema sanitario più equo e sostenibile. Gli infermieri sono la soluzione ai nuovi bisogni di salute della popolazione. La nostra professione è portatrice di un modello avanzato e innovativo dell'assistenza. Un modello che guarda alle condizioni epidemiologiche della popolazione e al soddisfacimento reale dei suoi bisogni, soprattutto di quelli emergenti, legati all'età, alla cronicità e alla non autosufficienza. Per questo il 12 maggio di

quest'anno deve rappresentare l'affermazione della nostra professione perché i cittadini e i pazienti sappiano, così come dice lo slogan adottato dalla Federazione nazionale, che gli infermieri non li abbandonano mai”.

Su questi principi è stata organizzata la giornata dell'infermiere a Napoli quest'anno. “Musica & Salute” con il Collegio Ipasvi di Napoli per un giorno in piazza del Gesù Nuovo con grandi artisti e importanti associazioni di volontariato messi insieme da **Vincenzo De Falco**, grande animatore della kermesse.

Una giornata celebrata tra la gente: promuovendo la prevenzione, ma anche dichiarando i valori umani e sociali della professione. Così, accanto ai gazebo per offrire prestazioni sanitarie e infermieristiche gratuite ai cittadini, anche iniziative culturali come musica, poesia, teatro. Un successo di pubblico, ma anche mediatico vista l'attenzione dedicata dai media all'iniziativa. Nonostante la pioggia battente, le otto tende allestite in collaborazione con l'Azienda ospedaliera Universitaria Sun erano affollate. Otto stand presidiati per offrire informazioni e semplici prestazioni di prevenzione.

L'Unità Operativa Complessa di “Dietetica e Medicina dello Sport” della Sun, diretta dal prof. **Marcellino Monda**, è stata presente con uno stand dedicato alla promozione del benessere, partendo da una valutazione del peso corporeo. Misurazioni antropometriche e determinazioni dell'indice di massa corporea sono state eseguite “in piazza” sui visitatori interessati in un arco temporale di 5 ore, ottenendo un cam-

pione di circa 400 persone.

Molto frequentato anche il gazebo allestito dal Gruppo degli Specialisti ORL della Seconda Università, diretta dal Prof. Gaetano Motta. Lo stand era provvisto di una postazione audiometrica di screening, con la presenza di personale medico e di tecnici audio-protesi. “Si è trattato di un incontro con la cittadinanza – spiega il prof. **D'Errico** - per una sensibilizzazione ed informazione sulle problematiche riguardanti l'udito”.

Tra gli stand, anche quello dell'Associazione “L'isola che c'è”, una Onlus fondata da un gruppo di medici e professionisti, tra cui pediatri che, lavorando per anni con



12.05.2016

GIORNATA

MIERE

bambini affetti da vari tipi di handicap e con le loro mamme. Il loro impegno è di organizzare qualcosa che in Italia ancora non esiste: un centro dove tutti i pomeriggi bambini sani e bambini portatori di handicap possano condividere in maniera integrata attività ludiche e didattiche (ippoterapia, casa sull'albero, laboratori di integrazione, percorsi per non vedenti, realizzazione di orti, scuola di cucina, artigianato, musica, teatro ecc.). L'invito a scendere in piazza con gli infermieri è stato accolto anche dagli studenti del Corso di Laurea Infermieristica della Sun, sede dell'Istituto Nazionale Tumori G. Pascale, coordinati dalla prof. **Mariarosaria Esposito**. I ragazzi hanno

inscenato un flash mob tutto incentrato sul lavaggio delle mani “Molti studi, ci spiega la Esposito, hanno dimostrato che quando l'adesione alla corretta igiene delle mani è elevata, si riduce il rischio di infezioni correlate all'assistenza.

Molto sentita e apprezzata anche la presenza dell'Associazione V.O.L.A. (una Onlus di volontari che svolge da anni sul territorio attività finalizzate alla Prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) e dell'Associazione “Codice Rosa”, che ha voluto essere in Piazza con un flash mob contro la violenza di genere. “Codice Rosa” è un'associazione che si occupa di violenza di genere creata da un'in-

fermiera, **Anna Maria Iannicelli**, attuale Presidente, che insieme a tanti altri infermieri e non solo, cerca di fare non solo prevenzione ma anche di dare una mano a chi, come sempre, non riesce a denunciare.

Salute sì, ma nella giornata dedicata agli infermieri si è voluto dare anche spazio alla cura dello spirito, dello stare insieme. Dopo una mattinata dedicata alla prevenzione, la chitarra di **Antonio Onorato**, i drums di **Tony Esposito** e un recital di **Pepe Lanzetta** hanno concluso degnamente una giornata dedicata all'assistenza infermieristica. L'intera manifestazione è stata seguita in diretta dalla piazza da parte di **Gigio Rosa** di Radio Marte Stereo.

12.05.2016

GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE

Vola, un fronte alle malattie sessualmente trasmesse

L'associazione V.O.L.A., è un'associazione onlus di volontari che svolge da anni sul territorio attività finalizzate alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse (MST). Nasce nel dicembre 2004, dalla volontà ed iniziativa di alcuni infermieri che quotidianamente si confrontano con una realtà che li vede costretti ad assistere a scene ai limiti della credibilità, si parla di persone affette dal virus HIV/AIDS, senza fissa dimora, di tossicodipendenti spesso abbandonati anche dalle loro famiglie. Presieduta dal dott. **Vincenzo De Falco**, collabora con il Presidio Sanitario D.Cotugno dove ha sede, facente parte dell'A.O. dei Colli. Promuove assistenza psicologica ai pazienti sieropositivi e alle loro famiglie, la qualificazione professionale e l'aggiornamento, organizza manifestazioni ed eventi a scopo sociale e promulgativi.

Costituita da infermieri ospedalieri impegnati nell'assistenza delle persone affette da HIV e nella prevenzione della diffusione del virus attraverso intense campagne di comunicazione ben radicate sul territorio napoletano, sulla base dell'esperienza maturata sia nell'ambito professionale dei singoli soci, sia nell'ambito dell'organizzazione di eventi di promozione dell'uso del preservativo, intende realizzare nelle scuole un progetto che, con l'utilizzo di diversi strumenti, sappia dare un contributo più variegato e duraturo alla promozione del divertimento sano e responsabile fra i giovani studenti delle scuole medie superiori, scoraggiando in modo particolare l'assunzione di droghe che, oltre a costituire di per sé una condotta illegale, diventa spesso causa di comportamenti sessuali non protetti e quindi a rischio di contagio HIV. Inoltre, consapevoli del fatto che il ricorso alle sostanze stupefacenti rappresenta non solo un malcostume giovanile sempre più diffuso, ma è spesso un sintomo di più radicati e profondi disagi ascrivibili a dinamiche psico-sociali



disfunzionali alla crescita del giovane adolescente, i soci dell'associazione si pongono anche come più generale e ambizioso obiettivo quello di favorire l'empowerment dei ragazzi: empowerment è un processo che permette ai singoli e ai gruppi di accrescere le proprie capacità di controllare attivamente la propria vita. La prevenzione del disagio e il potenziamento dell'empowerment saranno perseguiti attraverso la promozione delle capacità creative all'interno di un percorso ludico-formativo, che sarà occasione per i giovani studenti di esperire le proprie potenzialità e competenze, al fine di rafforzare capacità che li rendano "soggetti attivi" in grado di esprimere ed esercitare una volontà, sia nei confronti di se stessi sia nei confronti del proprio ambiente sociale, che troppo spesso offre scenari desolanti impegnati di bullismo, modelli comportamentali delinquenti, abuso di sostanze stupefacenti, indifferenza.

capacità creative all'interno di un percorso ludico-formativo, che sarà occasione per i giovani studenti di esperire le proprie potenzialità e competenze, al fine di rafforzare capacità che li rendano "soggetti attivi" in grado di esprimere ed esercitare una volontà, sia nei confronti di se stessi sia nei confronti del proprio ambiente sociale, che troppo spesso offre scenari desolanti impegnati di bullismo, modelli comportamentali delinquenti, abuso di sostanze stupefacenti, indifferenza.

12.05.2016

GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE

Codice rosa, contro la violenza di genere

Centosettantasette femminicidi in Italia nel 2014; 137 nel 2015; 3624 le violenze sessuali tra il marzo 2014 e il 2015; 4.607 nel 2013, già 20 femminicidi dall'inizio di quest'anno. Il mondo è pieno di violenza: subdola, strisciante, imprevedibile. Ci coglie di sorpresa. In ogni istante può rappresentare il sottofondo della nostra vita quotidiana. Essa è all'ordine del giorno. E, devo dire, non esiste una parola ugualmente rilevante nel vocabolario dell'attualità. La violenza rappresenta la sconfitta dell'etica, l'attentato alla convivenza civile, una ferita alla dignità umana. Se ne parla, la si condanna, la si stigmatizza politicamente, viene sanzionata giuridicamente. Ma continuiamo a captare segni, indizi gravi ed inequivocabili di una recrudescenza che tiene col fiato sospeso. Ecco perché, nella Giornata Internazionale dell'infermiere, l'Associazione "Codice Rosa", ha voluto essere in Piazza con un flash mob contro la violenza di genere. "Codice Rosa" è un'Associazione che si occupa di violenza di genere creata da un'infermiera, **Anna Maria Iannicelli**, attuale Presidente, che insieme a tanti altri infermieri e non solo, cerca di fare non solo prevenzione ma anche di dare una mano a chi, come sempre, non riesce a denunciare. "La nostra ragione sociale - dice la Presidente - è quella di riuscire non solo a sviluppare una consapevolezza diffusa del problema e la capacità di riconoscere i segni indicatori di possibili situazioni di violenza, ma anche di mettere in luce quello che è giusto fare in determinati momenti, quali sono gli accorgimenti da



prendere se ci si trova davanti una donna, un minore, un omosessuale vittima di abusi, dove indirizzarli e fornire un'assistenza infermieristica adeguata". Questo perché, in primo luogo, professionalmente è importante che l'infermiere non si faccia trovare impreparato di fronte a coloro che hanno subito una violenza. E in secondo luogo, da un punto di vista etico, come dice la storia allegorica, di un autore anonimo, che introduce numerosi libri di etica infermieristica di Fedrigotti "Un infermiere se vuole essere eticamente rilevante deve fare la differenza per ciascuno dei suoi pazienti 1."



"L'isola che c'è" L'impegno per l'infanzia

"L'isola che c'è" è una Onlus fondata da un gruppo di medici e professionisti, tra cui pediatri che, lavorando per anni con bambini affetti da vari tipi di handicap e con le loro mamme, hanno maturato sempre più forte la convinzione di quanto possa essere bello e al tempo stesso necessario organizzare qualcosa che in Italia ancora non esiste: un centro dove tutti i pomeriggi bambini sani e bambini portatori di handicap possano condividere in maniera integrata attività ludiche e didattiche (ippoterapia, casa sull'albero, laboratori di integrazione, percorsi per non vedenti, realizzazione di orti, scuola di cucina, artigianato, musica, teatro ecc.), anche attraverso il metodo Montessori. Già decine di associazioni si occupano infatti quotidianamente di sostenere i bambini sia sani sia portatori di handicap, ma nessuna ancora lavora in maniera strutturata e mirata sulla loro integrazione. Inoltre in Italia non è prevista nessuna "cura" per le mamme dei bambini portatori di handicap. L'Associazione ha come mission quella di: favorire l'integrazione di bambini sani con i bambini portatori di handicap; prendersi cura a titolo gratuito delle mamme dei bambini portatori di handicap (estetica, massaggi, yoga, relax, biblioteca, internet). Grazie all'aiuto di persone sensibili, l'associazione dispone di un'area all'aperto di oltre 2000 metri quadrati, dove poter iniziare il nostro progetto che comprende tra l'altro la creazione di un orto didattico, con inoltre un ampio vigneto ed agrumeto. Il progetto portato avanti dall'Associazione è patrocinato dall'Unicef e dal Garante per l'infanzia e l'adolescenza. Per raccogliere adesioni e pareri è stato aperto un gruppo su Facebook, al quale ognuno può chiedere d'isciversi (attualmente siamo più di 850), oltre ad un sito web: www.lisolacheceonlus.it. Tra i sostenitori figurano: Ikea, Deutsche Bank, Medmar, Bit-Brother web designer, Road Tv, l'attore Duilio A. Vaccari e Raffo Art. In questo periodo c'è la possibilità di devolvere il 5 per mille, il Codice Fiscale dell'Associazione è 95225160639, mentre per una donazione l'IBAN è IT02T0335901600100000142245.

12.05.2016

GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE

Dietetica e Medicina dello Sport, per promuovere il benessere

In occasione della Giornata Internazionale dell'Infermiere del 12 maggio scorso, l'Unità Operativa Complessa di "Dietetica e Medicina dello Sport" della Sun, diretta dal prof. **Marcellino Monda**, è stata presente con uno stand in Piazza del Gesù Nuovo di Napoli. Un presidio dedicato alla promozione del benessere, partendo da una valutazione del peso corporeo dei visitatori, sono state effettuate "in piazza" misurazioni antropometriche e determinazioni dell'indice di massa corporea sui visitatori interessati in un arco temporale di 5 ore, ottenendo un campione di circa 400 persone. La prevalenza di eccesso ponderale è risultata di circa il 53% nella popolazione analizzata, confermando i dati allarmanti derivati da altre indagini epidemiologiche, che pongono la Campania al primo posto in Italia per la pre-



valenza di obesità, sia per gli adulti sia per i bambini.

La valutazione ponderale è stata di spunto per attrarre l'attenzione dei visitatori sul materiale espositivo statico (cartelloni, ecc.) e dinamico (video brevi, spots, ecc.). Tutto questo per promuovere la sana alimentazione e l'adeguato esercizio fisico quali colonne portanti del benessere. La manifestazione ha permesso di far conoscere una "singolare" struttura universitaria (nella difficile realtà del Centro Storico di Napoli, sede del Policlinico della Sun), che coniuga competenze nutrizionali con quelle riguardanti l'attività motoria.

Gli studenti della Sun Una campagna per l'igiene delle mani

“Abbiamo voluto portare in piazza del Gesù Nuovo una strategia educativa promossa dall'Oms per sottolineare il ruolo che da sempre gli infermieri si impegnano a sostenere per la sicurezza del paziente, ma anche come intervento pedagogico che ha saputo coniugare i due aspetti: musica e promozione della salute, rivolto a tutta la popolazione per sensibilizzare alle cure igieniche. Il semplice gesto di lavaggio mani, salva vite umane”. Così la dottoressa **Mariarosaria Esposito**, coordinatore infermieristico del CIO, (Comitato infezioni ospedaliere), ha spiegato l'impegno degli studenti della Sun a favore del lavaggio delle mani e la loro apprezzata performance in piazza del Gesù Nuovo in occasione della giornata internazionale dell'Infermiere. L'intervento formativo è stato rappresentato dagli studenti sotto forma di un ballo in cui veniva simulato il corretto lavaggio delle mani con la soluzione alcolica e con l'interpretazione da parte degli studenti della canzone di E. De Crescenzo "Le Mani". Bisogna ricordare che quest'anno gli



e la formazione sui 5 momenti dell'igiene delle mani (prima del contatto del paziente, dopo il contatto, prima di procedure asettiche, dopo il contatto con fluidi biologici, dopo il contatto con l'ambiente circostante il paziente" (vedi figura 1).

Il 5 maggio l'Oms promuove e sostiene l'impegno nei confronti della campagna "SAVE LIVES: Clean Your Hands" (Salvate vite: lavatevi le mani), dedicata alla Giornata Mondiale sull'igiene delle mani. Tale data è stata scelta per ricordare non solo la locandina dei 5 momenti fondamentali della promozione del-

l'igiene delle mani nelle attività sanitarie e assistenziali, ma anche perché è il quinto giorno del quinto mese dell'anno. Un appuntamento annuale che si ripete per ribadire e sensibilizzare tutti sul ruolo chiave dell'igiene delle mani, riconosciuta come una pratica centrale per proteggere i pazienti dalla trasmissione di infezioni. Molti studi hanno dimostrato che quando l'adesione alla corretta igiene delle mani è elevata, si riduce il rischio di infezioni correlate all'assistenza.

studenti del Corso di Laurea Infermieristica della Sun, sede dell'Istituto Nazionale Tumori G. Pascale, hanno aderito alla Campagna promossa dall'Oms per coinvolgere gli operatori sanitari, pazienti e visitatori al corretto lavaggio delle mani. "Il programma educativo, promosso dalla Direzione Sanitaria dell'Istituto - spiega la Esposito - ha previsto la disseminazione di dispenser con il prodotto idroalcolico per l'igiene delle mani, la diffusione di locandine illustrative

12.05.2016

GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE

Cives Napoli, professionisti nella Protezione civile

Anche l'Associazione Nazionale Cives, Nucleo di Napoli, ha dato il proprio contributo, in occasione della celebrazione della Giornata Mondiale dell'Infermiere del 12 Maggio, con una campagna di sensibilizzazione di rilievo nazionale per diffondere un messaggio di utilità sociale nei confronti dei cittadini, favorendo la conoscenza del mondo infermieristico ed in particolare di quello dell'infermieristica di Protezione Civile. Il Presidente Cives di Napoli, il Consigliere **Guido Amato** ce ne spiega il senso. "Questa campagna viene ripetuta ogni anno e i temi sono e saranno sempre due. Quest'anno, il primo è legato alla professione infermieristica, definito tema Ipasvi": gli infermieri Cives hanno effettuato la rilevazione dei parametri vitali (pressione arteriosa, glicemia, saturimetria), e la compilazione di un questionario da parte del cittadino, il "Questionario della salute", da inviare alla Direzione Nazionale Cives per fini statistici e di ricerca. Inoltre, con la supervisione di Istruttori esperti e qualificati sono state effettuate dimostrazioni riguardanti le manovre di rianimazione cardiopolmonare, le manovre di disostruzione delle vie aeree, l'utilizzo del defibrillatore. "Il secondo tema, definito tema Cives, - spiega Amato - è legato al mondo della Protezione Civile ed è dedicato prevalentemente ai bambini, con

il gioco educativo "Il mio kit d'emergenza" in cui i bambini attraverso il gioco, impareranno l'importanza della prevenzione in emergenza e un percorso alla scoperta del posto più sicuro dove mettersi in salvo in caso di calamità".

Valore aggiunto del Nucleo Cives Napoli è l'accreditamento presso la Regione Campania come ente formatore per i corsi di BLS-D e quindi l'appartenenza alla rete formativa della nota Società Scientifica IRC "Italian Resuscitation Council", gruppo Italiano per la Rianimazione Cardiopolmo-

nare, con lo scopo primario di diffondere la cultura e l'organizzazione della rianimazione cardiopolmonare in Italia, inoltre, la loro attività si integra in modo particolare con quella dell'European Resuscitation Council. Il mondo infermieristico, è da sempre per propria cultura, attento e sensibile al tema della solidarietà e dell'aiuto alle fasce deboli ed alle popolazioni vittime di disastri e calamità ed è noto che le associazioni di volontariato traggono il loro sostentamento soprattutto dalla disponibilità dei soci e dal sostegno di coloro che, pur senza essere parte dell'associazione, ne condividono gli scopi e gli obiettivi. Hanno preso parte alla giornata del 12: Infermieri: **Capasso Carmen, Cuomo Martina, Giordano Rita, Guadagno Giovanna, Langella Federica, Loffredo Jacopo, Piluso Pietro, Russo Simona, Saviano Rocco, Schettino Vittoria, Strazzulli Angela, Strazzulli Margherita, Villani Carla. Istruttori/ Infermieri: Del Prete Antonio, Del Prete Luigi, Palladino Ciro, Piscopo Agrippino, Salinas Fabiana, Salinas Salvatore.**



Uno stand per lo screening audiologico

La giornata dedicata agli Infermieri ha visto la partecipazione del Gruppo degli Specialisti ORL della Seconda Università, diretta dal Prof. **Gaetano Motta** e coordinati per l'occasione dal prof. **D'Errico**. Per l'occasione è stato allestito uno stand provvisto di una postazione audiometrica di screening, con la presenza di personale medico e di tecnici audio-protesi. "Si è trattato di un incontro con la cittadinanza per una sensibilizzazione ed informazione sulle problematiche riguardanti l'udito", spiega D'Errico. "Bisogna dire subito che gli anziani sono stati maggiormente attratti da tale iniziativa. Molti hanno richiesto una valutazione audiometrica, preoccupati da una oggettiva difficoltà nella quotidianità e nei rapporti sociali. Sono state effettuate decine di misurazioni audiometriche di screening e nei casi in cui veniva riscontrato un deficit significativo, le persone interessate venivano invitate a recarsi presso in nostro presidio al Secondo Policlinico, Edificio 17 - terzo piano, per sottoporsi ad ulteriori indagini, più precise ed approfondite". In definitiva una giornata utile, considerata la scarsa conoscenza dimostrata dalla popolazione sui gravissimi problemi che possono derivare dalla perdita dell'udito, nei giovanissimi per i disturbi dell'apprendimento e sugli anziani riguardo al loro isolamento.

Professioni sanitarie: Ordini, ad un passo dalla meta

Con l'approvazione al Senato del Ddl Lorenzin il processo di riforma ordinistica nella sanità compie un importante passo in avanti. Ora la parola alla Camera. Oltre un milione gli operatori interessati. Forse entro quest'anno la legge.

di Pino De Martino

La tanto attesa riforma ordinistica in sanità è a un passo dalla meta. Con l'approvazione da parte del Senato del disegno di legge 1324 "Norme varie in materia sanitaria", più noto come Ddl Lorenzin, le professioni sanitarie tutte hanno raggiunto un importante traguardo che conferma il ruolo che viene loro attribuito per l'evoluzione e lo sviluppo del Servizio sanitario nazionale e dell'intero sistema salute del Paese. Infermieri, soprattutto. Ma anche oste-

triche, tecnici di radiologia. Tutti insieme gli operatori delle 22 professioni sanitarie sono oltre un milione e 100mila. Ora, dopo quasi tre anni dalla prima presentazione (il premier era ancora Enrico Letta), il Ddl lascia il Senato e approda alla Camera. Ed entro l'anno potrebbe diventare legge dello Stato.

Una riforma attesa da decenni (la normativa risale al 1934), che ha l'obiettivo di tutelare contemporaneamente la dignità professionale degli operatori e gli stessi assistiti. Con il provvedimento si stabilisce che gli Ordini sono enti di diritto pubblico non

economico che svolgono funzioni sussidiarie dello Stato e si procede a una netta separazione tra funzione giudicante e istruttoria, in modo da aumentare la trasparenza nelle funzioni di vigilanza. La trasformazione degli attuali Collegi e delle relative Federazioni è un passo fondamentale non solo per una migliore e più corretta gestione dei professionisti dedicati all'assistenza sanitaria, ma per la tutela stessa della professione. Anche perché il riconoscimento ormai acquisito e universalmente affermato della professione d'infermiere non può prescindere da quello di un'organizzazione esattamente analoga a quella delle altre professioni intellettuali. La differenza poi la faranno i codici deontologici, che anche grazie alla nuova legge, una volta approvata



definitivamente, acquisteranno maggiore rilevanza anche per il peso e le potenzialità che i nuovi Ordini avranno.

Ora bisogna solo sperare che la Camera sia altrettanto veloce quanto lo è stato il Senato nell'approvazione definitiva della legge. Troppe volte in questi anni l'abbiamo vista arrivare in vista del traguardo e poi rimanere sospesa per mille ragioni, politiche, tecniche o anche organizzative. Ma cosa succederà ai vecchi collegi quando il ddl Lorenzin sarà trasformato in legge? Dalla Federazione arrivano concetti chiari. La differenza la farà l'organizzazione a livello locale che la legge rende elastica in funzione della dimensione dei nuovi enti e in base alle necessità del territorio. In questo senso, l'orientamento della Federazione è per ora quello di lasciare liberi gli attuali Collegi di costituire coordinamenti regionali per garantire attività che riguardano

Mangiavacalli: "Alla Camera siano veloci come al Senato Silvestro: "I nuovi Ordini a favore dei cittadini-pazienti"

Sia la Presidente **Mangiavacalli**, sia la Senatrice **Silvestro**, ciascuno per le proprie competenze, hanno giocato un ruolo da protagonisti in questa partita che trasformerà i collegi in ordini professionali. Ed entrambe esprimono la soddisfazione per questo primo importante successo. "Ora dobbiamo sperare che la Camera approvi velocemente e in via definitiva la legge", dice la Mangiacavalli. E poi: "L'elemento forte della presenza degli Ordini è la tutela dell'assistito che si ottiene vigilando affinché l'iscritto abbia titolo al contatto diretto con lui, anche in caso con l'esercizio della magistratura interna. Quindi il controllo sui comportamenti deontologici e professionali: si lavora per una sorta di accreditamento periodico anche in termini di competenza dei professionisti. Non basta essere iscritto all'Ordine se poi l'iscrizione diventa un mero titolo di cui fregiarsi senza rivedere preparazione, formazione e competenza. Va introdotto un percorso di accreditamento periodico professionale e continuativo che gli Ordini posso a pieno titolo verificare. E in questo senso ci auguriamo che alla Camera non ci si fermi di fronte alle mille istanze delle tante figure che operano a vario titolo anche legittimamente nell'assistenza sanitaria, ma che si chiuda in fretta la partita ormai giunta al suo "secondo tempo" della riforma ordinistica, senza "tempi supplementari" che rischiano ancora una volta di farla finire in un nulla di fatto. L'organizzazione che dovrà essere data successivamente ai nuovi Ordini con i decreti applicativi e gli accordi con le Regioni consentirà anche di andare incontro alle altre, tante istanze che si dimostreranno legittime, ma che ora non possono e non devono frenare un'evoluzione professionale e normativa che già adesso è attesa e voluta con forza da oltre 1.100.000 operatori sanitari".

Per la senatrice Silvestro "Gli Ordini sono un grande obiettivo, un impegno a favore della società per combattere abusivismo, opacità fiscale e amministrativa e autoreferenzialità. E per garantire qualità professionale al sistema e ai cittadini. Le professioni sanitarie attraverso i loro Ordini e i Collegi hanno da sempre fatto una scelta di campo a favore del cittadino, sostenendo un Ssn pubblico, equo, solidale e universale a cui chiedevano fosse correlato un impianto ordinistico moderno, con norme adeguate all'attuale contesto sociale e nei rapporti con le istituzioni, i cittadini e i professionisti.

Agli Ordini viene, infatti, chiesto di svolgere un ulteriore e peculiare ruolo a favore dei cittadini-pazienti fornendo dati e informazioni in generale e specificamente sulle competenze e sul comportamento deontologico dei professionisti iscritti ai loro Albi oltre che per la garanzia sulla loro professionalità. Quello degli ordini e dei professionisti loro iscritti è, quindi, un impegno a favore della società, che potrà contare su solidi e attenti alleati non solo per combattere l'abusivismo professionale, l'opacità fiscale ed amministrativa e l'autoreferenzialità professionale, ma anche per sostenere e verificare il costante aggiornamento delle competenze professionali e la manutenzione delle conoscenze e delle abilità attraverso il contributo fornito alle istituzioni per la definizione del fabbisogno e dei contenuti formativi".

Non si può e non si vuole assolutamente rischiare di penalizzare con forzature organizzative il lavoro che da anni questi Collegi hanno svolto nel loro rapporto con i cittadini, proprio perché conoscono le esigenze locali e con i professionisti che da loro dipendono e che da loro aspettano risposte legate all'organizzazione del territorio, se non della singola struttura.



Politica
SanitariaPolitica
Sanitaria

Turni light e territorio, mancano 47mila infermieri

La Federazione Nazionale del Collegi Ipasvi ha reso pubblico il fabbisogno di risorse umane che occorrerebbe inserire negli ospedali e nelle strutture territoriali a livello nazionale: servono subito almeno 17mila infermieri per soddisfare la norma Ue sui riposi e i turni di lavoro. Altri 30mila per far fronte alle necessità del territorio dove non autosufficienza e cronicità aumentano di pari passo con la crescita dell'età della popolazione.

di Pippo Trio

La Federazione Nazionale del Collegi Ipasvi ha reso pubblico il fabbisogno di risorse umane che occorrerebbe inserire negli ospedali e nelle strutture territoriali a livello nazionale: servono subito almeno 17mila infermieri per soddisfare la norma Ue sui riposi e i turni di lavoro e altri 30mila per far fronte alle necessità del territorio dove non autosufficienza e cronicità aumentano di pari passo con la crescita dell'età della popolazione. E anche per queste ragioni da qui a cinque anni il numero del fabbisogno cresce e raggiunge quota 60mila, fino ad arrivare nel giro di 10 anni a 90mila nuovi infermieri. L'analisi del fabbisogno, ma



anche di come questo può essere correttamente determinato e di come si possono gestire i nuovi numeri, l'ha fatta la Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi in occasione del convegno su "Il fabbisogno dei professionisti sanitari nei prossimi 20 anni: l'esperienza italiana nell'ambito del progetto europeo" presso il ministero della Salute e rappresenta l'evento finale italiano del progetto europeo Health Workforce Planning and Forecasting. Il lavoro messo a punto dalla Federazione non si limita a denunciare la carenza di personale. Nella relazione della Vicepresidente vengono non solo individuati gli ambiti d'intervento, ma anche le possibili strade da seguire.

Maria Adele Schirru, vicepresidente della Federazione Ipasvi, ha evidenziato all'incontro la necessità di incrementare il numero di infermieri attivi dal 6,1 per mille abitanti a 6,5 per mille abitanti (subito al 6,3 per mille, a fronte di una media Ocse superiore al 9,1 per mille). L'arco temporale per raggiungere il parametro indicato è, in questa prima fase, ipotizzabile in cinque anni con progressivo aumento delle risorse professionali sino a raggiungere il 7 per mille entro dieci anni. "In questo scenario - ha detto la Schirru - sono possibili alcune azioni per aumentare produttività e performance; migliorare lo skill mix, cioè il cambiamento nella combinazione di figure professionali richieste per le attività sanitarie, l'elaborazione di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali che si basino, fin dalla loro progettazione, anche sulla revisione delle competenze professionali e delle responsabilità da attivare; impegnare i professionisti sanitari nelle aree sotto servite".

Il primo intervento riguarda le strutture di ricovero, dove c'è urgente necessità di una integrazione degli organici per due motivi: ripristinare livelli di organico più sicuri per il paziente e in grado di mantenere l'erogazione di un'assistenza di qualità, rispettosa dei criteri internazionali di buona pratica; rispettare i parametri Ue in materia di orario di lavoro. L'ipotesi è quella di prevedere incentivi per favorire il ricambio generazionale: al pensionando volontariamente disponibile alla trasformazione del contratto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale con una riduzione dell'orario di lavoro del 50% delle ore contrattualmente dovute, è mantenuta l'integrazione contributiva derivante da un contratto di lavoro a tempo pieno sino alla maturazione dei requisiti pensionistici. Questa figura potrebbe assumere anche una funzione di tutor dei più giovani per tenere alto il livello di qualità dei servizi. La nuova suddivisione delle funzioni per ottimizzare il lavoro e i



servizi sarebbe determinata poi anche grazie alle nuove competenze specialistiche in via di approvazione in Stato-Regioni. Con i risparmi di spesa legati alla riduzione dell'orario di lavoro dei pensionandi della stessa azienda o struttura sanitaria, il datore di lavoro assume, con contratto di lavoro a tempo indeterminato, uno o più assumibili a tempo parziale ovvero a tempo pieno. Alla maturazione dei requisiti pensionistici dei pensionabili, il contratto di lavoro a tempo parziale può essere trasformato in contratto di lavoro a tempo pieno. Il secondo intervento riguarda l'assistenza territoriale dove la figura dell'infermiere è centrale per garantire continuità delle cure, diventando parte attiva del passaggio dalla cosiddetta medicina d'attesa a quella di iniziativa. In questo senso l'Ipasvi sottolinea, tra le nuove competenze degli infermieri, quella delle cure primarie e servizi territoriali/distrettuali. In molte Regioni questa figura è stata già atti-

vata, anche con il nome di "infermiere di famiglia" ed è utilizzata soprattutto per i non autosufficienti e i malati cronici, che richiedono al di là della diagnosi e della prescrizione della terapia, un'assistenza pressoché costante e, soprattutto, di qualità professionalmente garantita, per non aprire la porta a soluzioni fai-da-te (parenti, amici, badanti ecc., che lo stesso infermiere potrebbe educare a eseguire interventi semplici, possibili senza specifica preparazione e di routine per agevolare il benessere del malato) che altro non fanno se non accrescere poi il ricorso al pronto soccorso per mettere riparo a ulteriori danni arrecati alla salute. Gli italiani interessati a questo tipo di assistenza sono, secondo gli attuali indici di non autosufficienza e di cronicità, circa 16 milioni e l'Ipasvi calcola la necessità di almeno un infermiere ogni 500 assistiti (l'assistenza è continua), circa 30mila in tutto.

Politica
Sanitaria

Mef e Sanità studiano il Piano Campania

Il Piano ospedaliero regionale al vaglio dei ministeri. Il progetto targato Polimeni prevede una rete unica per l'emergenza; incremento di 1424 letti. Il ruolo strategico delle cliniche private accreditate. Le Case di cura entrano nella rete ictus e infarto.

di Pino De Martino

Il nuovo Piano ospedaliero della Campania è già a Roma per una valutazione di merito e di sostenibilità economica. E a Beatrice Lorenzin non dispiace (Vedi altro servizio nelle pagine successive, ndr). Il Ministro della salute ha espresso un primo sommario giudizio nel corso dell'ultimo incontro a Napoli con il Commissario **Joseph Polimeni**, estensore del progetto. A differenza dei precedenti, il nuovo piano ospedaliero non è frutto del lavoro del Consiglio regionale, ma solo della struttura commissariale. Naturalmente, la firma in calce al piano è del Governatore De Luca, che ha lavorato gomito a gomito con Polimeni. La filosofia di fondo è semplice. Nelle 194 pagine si dice di voler aumentare in assoluto i posti letto, abbassando quelli per gli acuti e incrementando quelli per le lungodegenze: 19.628 nel complesso in Campania a fronte dei 18204 attuali: un incremento di 1424 letti. Di questi, 16486 saranno destinati ai ricoveri per acuti e 3142 per quelli in fase "post acuzie", lungodegenza e riabilitazione. E poi, chiudere le strutture insicure, (ma poi di tagli quasi nessuno); trasferire gli ammalati nei reparti attrezzati per le terapie in base alle patologie, anche nei Policlinici; concentrare le cure oncologiche; prevedere la radioterapia anche in provincia. Queste le priorità. Altro capitolo è dedicato al rafforzamento dell'assistenza territoriale, con una significativa apertura verso



le strutture private accreditate che entreranno a pieno titolo nel nuovo assetto dell'offerta di salute regionale, a partire dalla nascente rete contro ictus e infarto. In ogni caso, quello inviato a Roma, e che qui cerchiamo di sintetizzare, è comunque solo una bozza. Molto sarà da rivedere e da limare anche in base ai giudizi che daranno i ministeri dell'economia e delle finanze e della Sanità. Comunque l'impianto c'è. Ed è ispirato al modello lombardo.

Napoli, con un'utenza di oltre 3 milioni di persone, la città capoluogo avrà come presidi di frontiera gli ospedali Cardarelli, San Giovanni Bosco, San Paolo, Pellegrini e Loreto Mare che saranno integrati nelle rete per infarto, ictus e traumi. All'ospedale Pellegrini e al Loreto mare saranno annessi rispettivamente gli Incurabili e l'Ascalesi, l'uno come polo chirurgico e l'altro come polo oncologico. Al Loreto mare resta la ginecologia,

unica offerta a Napoli 1 in collegamento con Villa Betania, che insieme all'ospedale Fatebenefratelli è integrato nella rete cardiologica (spoke). Funzione che sarà svolta anche dalla clinica Mediterranea ma con una maggiore complessità (hub di 1° livello). L'Ospedale del Mare (quando naturalmente sarà attivo) sarà sede di un'emergenza completa. Il Policlinico Federico II e l'Azienda dei Colli (con l'ospedale Monaldi) sono individuati come centri di riferimento (Hub) nella rete cardiologica. Il Policlinico anche per l'Ictus, mentre il Cto coopera con la rete Ictus e traumatologica avendo come centro di riferimento il Cardarelli.

In provincia: l'ospedale di Pozzuoli diventa decisivo per trattare ictus e trauma e per la cardiologia. A Torre del Greco il «Maresca» viene potenziato; a Boscotrecase chiude l'ostetricia e ginecologia. Un'attenzione particolare è dedicata all'assistenza

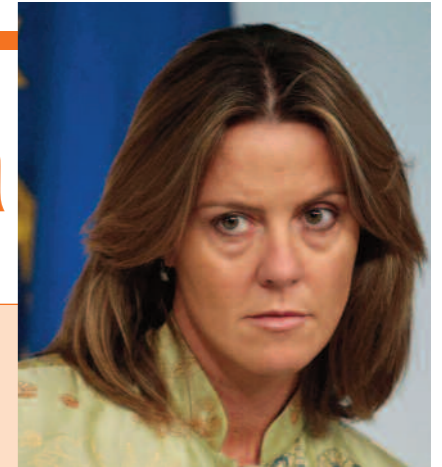
per la lungodegenza e le cure primarie. A Bisaccia è previsto, tra l'altro, un hospice. Confermata la «Maugeri» di Telesse per la riabilitazione e come centro di riferimento regionale per i pazienti cerebrolesi.

Ad Avellino il «Moscati» è centrale per la traumatologia, la rete cardiologica, l'ictus, la terapia del dolore e la rete pediatrica. Sono tre i pronto soccorso nel resto dell'Irpinia: Solofra, Ariano e Sant'Angelo dei Lombardi. In quest'ultimo ospedale viene rafforzata l'attività di ortopedia e resta la medicina, l'assistenza per l'infarto; confermata la struttura di riabilitazione, dove opera la fondazione don Gnocchi. La clinica Montevergine rientra nella rete cardiocirurgia e cardiologia interventistica. Resta, inoltre, il punto nascita ad Ariano Irpino.

Caserta. Otto i pronto soccorso programmati. Naturalmente, l'ospedale di Caserta guida le cure per ictus, infarto e traumi e viene dotato di una unità spinale con neuro-riabilitazione. Gli altri pronto soccorso sono ad Aversa, (in aggiunta neurologia, oculistica e urologia) alla Clinica Pineta Grande e a Castel Volturno. E poi a Sessa Aurunca, Santa Maria Capua Vetere, Piedimonte Matese (con possibilità di elisoccorso), Maddaloni e Marcianise. Mentre la Clinica San Michele di Maddaloni, già dotata di emodinamica, entra nella rete cuore e ictus. I presidi di Teano e Capua vengono invece riconvertiti in ospedali di comunità.

Salerno - Il Ruggi è il riferimento per ictus, infarto e trauma. Potenziato, nel nuovo piano, il centro trapianti, prevista un'unità spinale e la neuro-riabilitazione.

A Mercato San Severino si trasferisce psichiatria. Il presidio di Vallo della Lucania entra nelle rete per le cure palliative e le emergenze digestive e guadagna 20 posti per la riabilitazione. Nelle rete del 118 ci sono anche Sarno (trauma e cardiologia), Polla (ictus, infarto e trauma). Confermato il pronto soccorso a uliveto Citra (dove viene potenziata la psichiatria e arriva la riabilitazione), a Battipaglia, a Eboli, e nelle sedi disaggiate di Castiglione di Ravello, a Roccadaspide e Agropoli.



Lorenzin: Campania come al Nord

«Il piano porta alla riorganizzazione della sanità in Campania come quella delle Regioni del Nord». Parola di Beatrice Lorenzin, ministro della Salute, parlando del Piano ospedaliero regionale predisposto dal commissario di governo per la Sanità in Campania, Joseph Polimeni. «Quando si va verso una riorganizzazione delle strutture - ha detto il Ministro - non si va verso una chiusura delle strutture stesse, ma verso un sistema che le faccia funzionare e che metta in grado i pazienti di avere il massimo delle cure possibili portando così la Campania ad uno stato di normalità e non di anormalità». «Questo è l'obiettivo, la mission che hanno i commissari che non è quella di risparmiare - aggiunge - La Campania ora non ha questo problema perché è sostanzialmente in equilibrio di bilancio». «Adesso la necessità per la Campania - prosegue - è di avere una rete ospedaliera che le permetta di stare esattamente come stanno le altre Regioni che non sono in piano di rientro». Sul fronte dei Lea, i livelli essenziali di assistenza, il ministro aggiunge che «per aumentare le cure, i servizi che vengono offerti ai cittadini, ci sono delle griglie e la Campania deve ancora salire». «È un obiettivo da raggiungere - conclude - ed è questo l'obiettivo del commissariamento, per salire devi erogare servizi di qualità».

Politica
Sanitaria

Via i commissari

I vertici della sanità li nomina
il Governatore

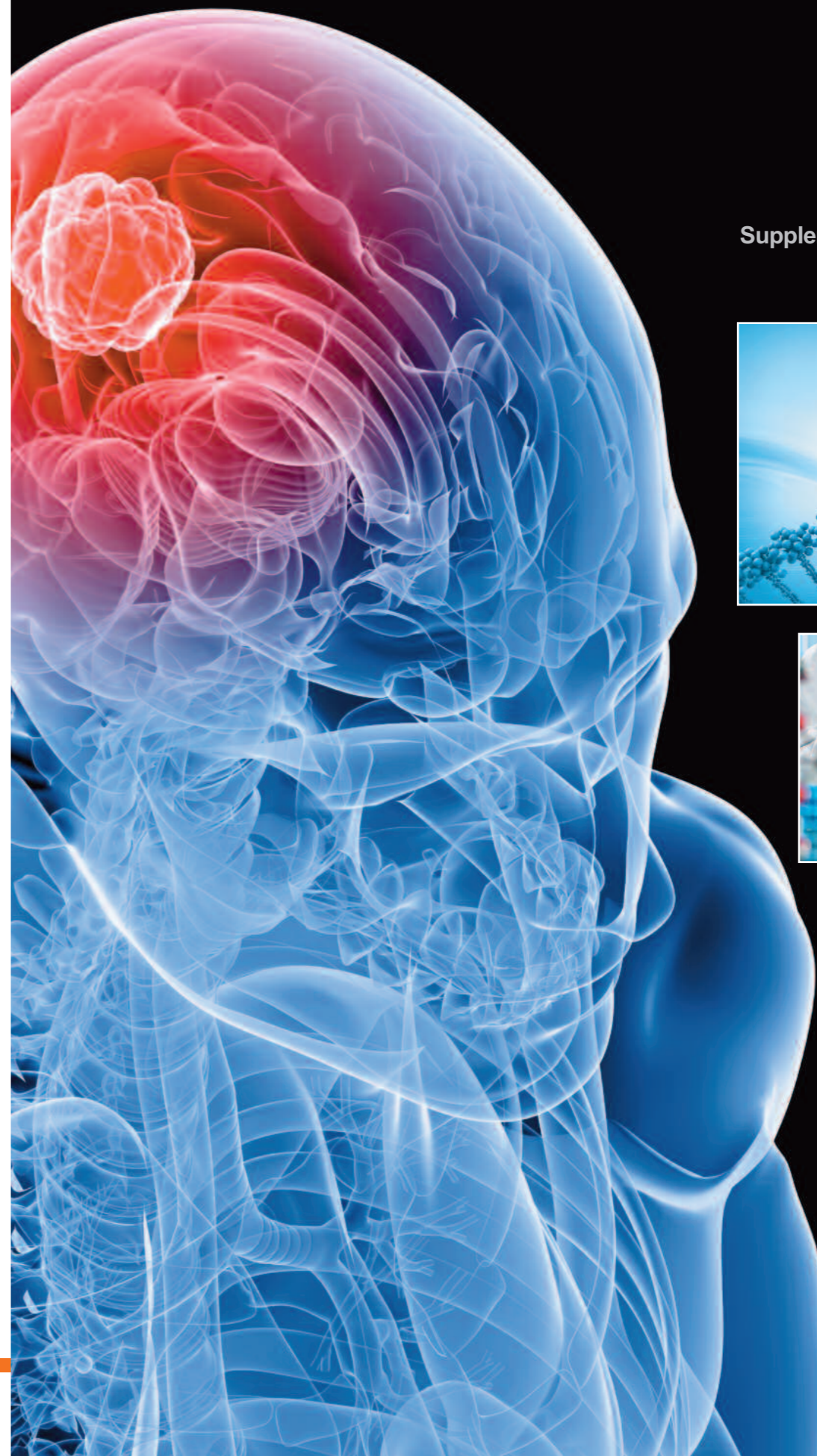
di Anna Buonocore

“Non ho alcuna intenzione di accumulare potere di nomina. E' l'esatto contrario: non voglio più nominare o prorogare commissari, vogliamo rientrare nell'ordinario e garantire il livello di assistenza sanitaria di che i campani chiedono da troppi anni”. Così il Presidente **Vincenzo De Luca** nel corso del suo intervento in Consiglio Regionale che ha approvato la nuova legge di riforma della nomina dei direttori generali della Sanità. “I commissari da noi nominati fino ad oggi sono tutti dirigenti regionali, quindi totale indipendenza. Una cosa è la trasparenza - ha rimarcato -, l'altra è l'ipocrisia sulla trasparenza. La nomina dei direttori avverrà nel massimo rispetto della competenza, della professionalità, del merito, nell'assoluto interesse dei cittadini della Campania per una sanità di qualità”. Quanto alla procedura d'urgenza adottata sul provvedimento, “la Campania - ha detto De Luca - è chiamata ad attuare le norme del nuovo piano ospedaliero, scelte strategiche fondamentali per segnare la svolta nella sanità campana e per le quali è necessario avere direttori generali nella pienezza dei poteri e delle responsabilità”.

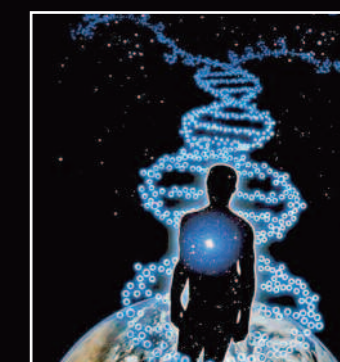
Addio alle rose di candidati per le poltrone di direttori generali delle aziende sanitarie e ospedaliere. D'ora in avanti a scegliere il manager sarà direttamente la politica, nella fattispecie il governatore Vincenzo De Luca. È ciò che prevede il disegno di legge approvato a maggioranza dal Consiglio regionale della Campania. L'albo sarà un elenco di 495 nomi con l'aggiunta di circa 300 nuovi aspiranti. Sarà pronto entro giugno. Poi in autunno l'identificazione di direttori sanitari e amministrativi, anch'essi pescati da appositi albi ma nominati dai neodirettori, destinati a formare il governo strategico di Asl e ospedali e deputati a innestare quella marcia in più per l'attuazione delle riforme da un anno invocata dal governatore De Luca. I contratti saranno triennali e puntano a dare stabilità nell'attuazione delle scelte di programmazione della Regione e della struttura commissariale, realizzando una cinghia di trasmissione diretta tra Palazzo Santa Lucia e i vertici sanitari. In Campania ai vertici di Asl e ospedali oltre che di aziende ospedaliere universitarie dell'Istituto di ricerca Pascale attualmente siedono tutti commissari e sub commissari. Fa eccezione **Antonio Giordano**, direttore generale dell'azienda dei Colli e **Anna Maria Minicucci** manager al Santobono il cui mandato scade a metà del 2017. “Non possiamo continuare con i commissari e i subcommissari. precisa **Raffaele Topo** presidente della Quinta Commissione Sanità - allo stato attuale le Asl e le aziende ospedaliere sono commissariate dall'ottobre 2014. La sanità campana, alle prese con una molteplicità di emergenze, non può più permetterselo”. Un'accelerazione che comunque dovrà fare i conti con la incombente riforma governativa della pubblica am-



ministrazione (firmata dal ministro Madia) che entro l'anno dovrebbe giungere alla definitiva approvazione. Il provvedimento punta a cambiare per sempre la sanità pubblica in direzione del merito e della trasparenza nelle nomine delle poltrone. Sul provvedimento il parere del Consiglio di Stato che ha chiesto un rafforzamento delle misure finalizzate a eliminare l'ingerenza dei partiti e della politica dalle nomine dei vertici delle aziende del Ssn. Palazzo Spada ha raccomandato la creazione di una cabina di regia (Stato, Regioni, soggetti pubblici in dipendenti) per dare ritmo e garanzie a quella rivoluzione del merito di cui la sanità pubblica ha urgente bisogno. Ricordiamo che il decreto in 9 articoli istituisce l'albo dei manager presso il ministero della Salute. L'elenco sarà aggiornato ogni due anni. Per la formazione sarà nominata la Commissione, i cui componenti resteranno in carica il tempo necessario per completare l'Albo e non possono essere nominati per più di una volta. Gli aspiranti Dg non potranno superare i 65 anni, ma dovranno invece avere esperienza dirigenziale in formazione in materia di sanità pubblica. Non potrà accedere all'albo chi sia già stato dichiarato decaduto da un precedente incarico o per violazione degli obblighi di trasparenza.

NSC
ursing

Supplemento di ricerca infermieristica



Prevenzione del Linfedema secondario

Progetto infermieristico educativo delle pazienti con carcinoma mammario: studio di coorte

a cura di Sabrina Bindo*, Maria Rosaria Esposito**, Assunta Guillari***

ABSTRACT

Introduzione: Il linfedema secondario rappresenta una potenziale complicanza della linfoadenectomia ascellare per il cancro della mammella. Il linfedema correlato al cancro della mammella, richiede interventi mirati basati sulle migliori evidenze scientifiche al fine di stimolare le pazienti all'osservazione di comportamenti atti a ridurre il rischio. Scopo dello studio è quello di distrutturare un intervento educativo e valutare le conoscenze delle pazienti linfoadenectomizzate in tema di prevenzione del linfedema.

Materiale e metodo: Studio di coorte prospettico, condotto tra maggio e agosto 2014, su pazienti sottoposte ad intervento di linfoadenectomia ascellare per cancro della mammella. Le pazienti sono state suddivise in tre coorti, il primo gruppo ha ricevuto l'intervento educativo, il secondo gruppo ha ricevuto le informazioni di routine mentre il terzo gruppo era costituito da pazienti in trattamento per linfedema.

Risultati: il campione è costituito da 45 pazienti, il 57,8% del campione conosce le misure preventive del linfedema; il 13,3% delle pazienti non ha ricevuto nessuna informazione; oltre il 20% del campione identifica l'infermiere come principale fonte di informazioni.

Discussione: Il gruppo delle pazienti cui è stato fornito l'intervento educativo, iniziato nel preoperatorio, hanno maggiori conoscenze in tema di prevenzione, sono maggiormente consapevoli dei rischi rispetto al gruppo che ha ricevuto l'informazione di routine mentre hanno buone conoscenze le pazienti in trattamento per linfedema.

Conclusione: La capacità di gestione delle pazienti migliora sensibilmente con l'aumento del grado di informazioni ricevute. L'intervento educativo inizia nella fase peri-operatoria, gli infermieri devono favorire il processo di autocura dei pazienti migliorando le conoscenze e le abilità nella prevenzione del linfedema.

PAROLE CHIAVE: linfedema, linfoadenectomia, prevenzione, intervento educativo, cancro mammario

BACKGROUND

Il carcinoma della mammella è la neoplasia più frequente nel sesso femminile e, secondo le indagini più recenti, il trend è in continuo aumento¹. L'incidenza del carcinoma mammario è direttamente proporzionale al grado di occidentalizzazione di un Paese, inteso non solo come industrializzazione, ma anche come abitudini di vita (soprattutto dietetiche), con differenze fino a 810 volte tra Paesi come gli Stati Uniti, Paesi africani ed orientali². Per diversi tipi di tumore, a scopo diagnostico vengono escisi anche i linfonodi; questo può determinare un aumento considerevole del rischio di sviluppare linfedemi, anche a distanza di anni. Il linfedema è una condizione patologica caratterizzata da un accumulo di liquido ad elevata concentrazione proteica nello spazio extracellulare e interstiziale. È da considerarsi una patologia evolutiva con progressivo peggioramento nel tempo, fino ad arrivare alla formazione di fibrosi del tessuto, ossia un aumento della consistenza e del volume fino a 2-3 volte la norma con conseguenti deficit funzionali e articolari per l'alta concentrazione delle proteine presenti nel liquido (figura 1). Il 20% delle donne sottoposte a linfoadenectomia ascellare, sviluppa il linfedema³ ma sono stati riportati tassi di linfedema che vanno dal 6% al 70% tra i pazienti con cancro mammario, dato determinato anche dalla variabilità di misurazione dello stesso⁴. Tra i fattori di rischio, noti alla comunità scientifica, associati a tale insorgenza, vi sono: il numero dei linfonodi e tessuto mammario rimosso chirurgicamente, i vasi linfatici ostruiti o danneggiati, le cicatrici indotte dalle radiazioni, la fibrosi delle strutture linfatiche e dei tessuti circostanti, le infezioni postoperatorie e fattori individuali come l'obesità⁵ e l'ipertensione arteriosa⁶. L'avvento della chirurgia conservativa, il miglioramento delle tecniche chirurgiche e radioterapiche, ha migliorato la Qualità di Vita (QoL) nelle pazienti sottoposte a tali trattamenti. Tuttavia l'incidenza è direttamente correlata alla dissezione ascellare dei linfonodi ed è fortemente influenzata dall'associazione della radioterapia. Le ripercussioni psicofisiche, generate dalla convivenza con questa disfunzione, o dalla sola paura che questa possa sopraggiungere, sono innumerevoli e coinvolgono sia il piano sociale (familiare, relazionale e lavorativa) che quello economico della vita del paziente. Il linfedema è, infatti, una patologia cronica e irreversibile che influenza negativamente la vita del paziente, sia perché ne altera la percezione dell'immagine corporea sia perché determina problemi funzionali e fisici come il dolore, pesantezza del braccio, senso di oppressione e diminuzione dei movimenti della spalla omolaterale⁷, tutto questo con un impatto negativo sulla QoL⁸.



Tabella 1 Conoscenze generali del campione sulle principali Raccomandazioni

Lo sapevate che:	Sì		No	
	n*	%	n	%
1. Non bisogna consentire controlli della pressione sanguigna, iniezioni o prelievi sul braccio interessato	41	91.1	4	8.9
2. Bisogna mantenere il braccio interessato perfettamente pulito	39	86.7	6	13.3
3. È consigliato evitare di sollevare e di fare movimenti vigorosi ripetitivi con il braccio interessato (non strofinare, tirare, spingere)	43	95.6	2	4.4
4. Non bisogna indossare reggiseni stretti, gioielli o bende elastiche intorno al braccio, torace o dita	38	84.4	7	15.6
5. È necessario evitare calore eccessivo al braccio (es. bagni caldi, docce bollenti, sauna)	33	73.3	12	26.7
6. Non sottovalutare traumi accidentali al braccio interessato (es. scottature, tagli, bruciate, morsi di insetti, graffi di gatti, etc)	35	77.8	10	22.2
7. Bisogna indossare guanti per le faccende domestiche, giardinaggio o altri lavori che potrebbero portare piccoli infortuni	32	71.1	13	28.9
8. Durante gli esercizi non bisogna sovraccaricare il braccio interessato	43	95.6	2	4.4
9. Gli esercizi raccomandati sono la passeggiata, il nuoto, aerobica leggera, bicicletta, yoga o ballo	32	71.1	13	28.9
10. Durante i viaggi aerei, è consigliabile cambiare frequentemente posizione del braccio	10	22.2	35	77.8
11. Se il linfedema si presenta contattare il medico	44	97.8	1	2.2
12. Bisogna evitare il sovrappeso	39	86.7	6	13.3

n* Numero dei rispondenti

Per tali ragioni è riconosciuto, da qualche tempo dalle istituzioni scientifiche, il ruolo dell'educazione alla prevenzione del linfedema nelle nei pazienti sottoposte alla dissezione ascellare per cancro della mammella⁹. Tuttavia, in quanto condizione non letale, la particolare gestione di questa complicanza ha ricevuto negli anni ridotti investimenti di ricerca e scarsa attenzione della letteratura. Le ricerche sul linfedema hanno teso a concentrarsi sull'incidenza, sulla prevalenza, fattori di rischio e trattamenti insieme con le sue morbidità¹⁰ senza prestare troppa attenzione al grado di conoscenza dei pazienti di comportamenti preventivi¹¹. La sua gestione è stata ampiamente sottovalutata, con conseguente scarsa preparazione degli operatori sanitari sia nel fornire informazioni adeguate sia nel suo trattamento¹² con conseguente scarsa sensibilizzazione dei pazienti ad attuare comportamenti preventivi¹³.

Dalla revisione della letteratura è emerso che esistono delle valide "Raccomandazioni" per indirizzare i pazienti colpiti dal cancro della mammella, atti a ridurre il rischio di insorgenza del linfedema. L'importanza della prevenzione post intervento di linfoadenectomia ascellare sembra confermata da tutti gli studi, alcuni dei quali vanno ad individuare percentuali interessanti (53%) sulla riduzione della sintomatologia del linfedema in nelle pazienti cui è stato fornito un intervento educativo¹⁴.

Nello schema 1 sono riportate le Raccomandazioni, costituite da indicazioni igienico-comportamentali da fornire nell'intervento educativo⁴.

Schema 1 Raccomandazioni per la prevenzione del linfedema

- Evitare gli ambienti caldi e le fonti di calore.
- Evitare l'esposizione prolungata e ripetuta ai raggi del sole nelle ore più calde
- Usare creme protettive ad alto fattore di protezione.
- Immergere il braccio in acqua fresca per 5/10 minuti nelle giornate afose
- Indossare abiti leggeri di fibre naturali ed evitare i colori scuri.
- Evitare i bagni caldi (bagno domestico, acque termali calde, saune).
- È preferibile la doccia al bagno per l'igiene del corpo
- Evitare di rimanere a lungo fermi con il braccio "penzolari".
- Durante i viaggi lunghi, utilizzare i braccioli dei sedili e muovere il braccio frequentemente.
- Durante la notte, evitare di tenere il braccio sopra la testa o di dormire sul fianco con il braccio sotto il peso del corpo.
- Se c'è un linfedema, può giovare poggiare l'arto su un cuscino posto al lato del corpo.
- È consigliato l'uso di un reggiseno che non lasci segni né sul to-

race, né sulla spalla, senza stecche.

- Le borse a mano o a tracolla vanno portate dal lato opposto.
- Orologio, bracciali, anelli, maniche strette non devono stringere il braccio.
- Non consentire controlli della pressione sanguigna né prelievi o iniezioni al braccio interessato.
- Sono sconsigliate tutte le attività che comportino sforzi muscolari intensi, nonché quelle che implicino movimenti ripetitivi e prolungati con le braccia, anche se non faticosi (es. usare il mouse, lavorare a maglia/uncinetto).
- Nelle attività svolte in cucina va posta particolare attenzione per evitare di ferirsi
- Mantenere il peso sotto controllo seguendo una corretta alimentazione.
- Evitare ferite da graffio o da morso di animali domestici;
- Usare opportuni repellenti contro le punture d'insetto
- Durante i viaggi aerei indossare indumenti compressivi.
- La depilazione deve essere effettuata solo con metodi delicati, evitando cerette o raso.
- Disinfettare ed applicare una crema antibiotica su ogni ferita, anche minima, o puntura di insetto. Infezioni micotiche od eczemi vanno curati meticolosamente.

Tuttavia emerge la carenza di un programma educativo strutturato e multidisciplinare degli interventi da attuare per la prevenzione del linfedema. Pertanto è sembrato interessante indagare la struttura di un programma educativo efficace e valutare le conoscenze in tema di prevenzione del linfedema.

Obiettivi

L'obiettivo dello studio è quello di:

- valutare le conoscenze sulla prevenzione del linfedema nelle pa-

Ricerca infermieristica

continua da pagina 21

zienti sottoposte a linfadenectomia ascellare per il cancro della mammella;

- valutare l'intervento educativo nel gruppo selezionato rispetto sia al gruppo che ha ricevuto informazioni di routine che nel gruppo che non ha ricevuto nessuna informazione/intervento educativo;

Obiettivo secondario

- fornire un esempio di pianificazione assistenziale valido per implementare un intervento educativo

MATERIALI E METODI

Studio di coorte prospettico. Sono state arruolate le pazienti ricoverate in un reparto di Senologia di un istituto oncologico della Campania. Il campione di convenienza è costituito da pazienti sottoposte ad intervento di linfadenectomia ascellare per cancro della mammella. Sono state incluse le pazienti che afferivano alla Struttura per follow-up dell'ambulatorio di riabilitazione. Sono state escluse le pazienti con cancro della mammella non sottoposte ad intervento di linfadenectomia. Lo studio è stato effettuato tra maggio e agosto 2014. A tutte le pazienti è stato chiesto il consenso informato per la partecipazione all'indagine e la libera accettazione allo studio, previa autorizzazione dei Responsabili del Reparto e ambulatorio di riabilitazione.

Per il raggiungimento degli obiettivi è stato necessario suddividere le pazienti in tre gruppi.

Il primo gruppo, definito "Intervento educativo", è costituito dalle pazienti cui è stato fornito l'intervento educativo sulla prevenzione del linfedema. Le informazioni nel periodo pre-operatorio hanno interessato in particolare: la mobilitazione precoce dell'arto interessato, la possibilità di avere in un drenaggio insitu, per la necessaria aspirazione della linfa del cavo ascellare, la possibilità di essere sottoposti a controlli per la riabilitazione dell'arto, etc. L'intervento educativo è stato rafforzato nel post-operatorio e prima della dimissione, per gli esercizi dell'arto superiore da praticare in modo graduale. È stato utilizzato, inoltre, l'opuscolo dell'AIMaC (Associazione Italiana Malati di Cancro) "Il linfedema" n.12 della Collana del Girasole, per facilitare, attraverso le immagini del libretto, i comportamenti che favoriscono una ripresa delle attività quotidiane accompagnate da una breve spiegazione del linfedema e del suo riconoscimento precoce. Le conoscenze sono state valutate alla prima visita del follow-up di riabilitazione, dopo 2 mesi dall'intervento chirurgico (come da percorso assistenziale adottato dalla Struttura).

Il secondo gruppo, definito "Informazioni di routine", include pazienti già sottoposte all'intervento di linfadenectomia che non manifestano segni e sintomi di linfedema, afferenti al reparto per altre terapie oncologiche del cancro della mammella.

Il terzo gruppo, identificato "Con linfedema", è riferito alle pa-

Lo sapevate che:	Risposta corretta					
	Intervento Educativo		Informazioni di routine		Con linfedema	
	n	%	n	%	n	%
1. Non bisogna consentire controlli della pressione sanguigna, iniezioni o prelievi nel braccio interessato	15	100	11	73.3	15	100
2. Bisogna mantenere il braccio interessato perfettamente pulito	15	100	11	73.3	13	86.7
3. È consigliato evitare di sollevare e di fare movimenti vigorosi ripetitivi con il braccio interessato (non strofinare, tirare, spingere)	15	100	13	86.7	15	100
4. Non bisogna indossare reggiseni stretti, gioielli o bende elastiche intorno al braccio, torace o dita	15	100	9	60	14	93.3
5. È necessario evitare calore eccessivo al braccio (es. bagni caldi, docce bollenti sauna)	14	93.3	6	40	13	86.7
6. Non sottovalutare traumi accidentali al braccio interessato (es. scottature, tagli, bruciature, morsi di insetti, graffi di gatti, etc)	15	100	6	40	14	93.3
7. Bisogna indossare guanti per le faccende domestiche, giardinaggio o altri lavori che potrebbero portare piccoli infortuni	13	86.7	7	46.7	12	80
8. Durante gli esercizi non bisogna sovraccaricare il braccio interessato	15	100	13	86.7	15	100
9. Gli esercizi raccomandati sono la camminata, il nuoto, aerobica leggera, bicicletta, yoga o balletto specializzato	10	66.7	11	73.3	11	73.3
10. Durante i viaggi aerei, è consigliabile cambiare frequentemente posizione del braccio	5	33.3	3	20	2	13.3
11. Se il linfedema si presenta prendere contatto con il medico	15	100	14	93.3	15	100
12. Bisogna evitare il sovrappeso	15	100	11	73.3	13	86.7

zienti con linfedema clinicamente diagnosticato, arruolate nell'ambulatorio di follow-up riabilitativo per il suo trattamento.

Strumento utilizzato

Il questionario è stato strutturato a seguito di una estesa revisione della letteratura. Gli items sono stati definiti per valutare le conoscenze nella prevenzione del linfedema e le fonti di informazione acquisite. Il questionario è stato diviso in tre sezioni, A-B-C. In particolare, la sezione A con domande a risposta chiusa, è volta a conoscere le caratteristiche socio-demografiche (età, sesso, tipologia d'intervento), mentre le informazioni ricevute sul rischio e prevenzione del linfedema nel peri-operatorio, sono state indagate con risposta dicotomica si/no, al fine di facilitarne la compilazione dei partecipanti. La sezione B, valutava le conoscenze con la descrizione sintetica delle raccomandazioni che le pazienti devono aver compreso e adottare, indagate con risposta a tre punti (Sì, No, Non so). La sezione C, infine, valutava fonti di informazione acquisite, l'utilità dell'opuscolo informativo ed il bisogno di ulteriori informazioni in tema prevenzione del linfedema; gli items di quest'ultima sezione sono stati formulati a risposta chiusa.

Per alleggerire la compilazione del questionario è stata scelta una grafica meno aggressiva e più accattivante, accompagnando le risposte sulle conoscenze delle raccomandazioni con faccine smile. Il questionario è stato somministrato in forma anonima secondo quanto previsto dalla normativa in materia di tutela della privacy.

Analisi dei dati

Terminata l'indagine, i questionari sono stati organizzati con un numero di protocollo e inseriti in un data base. Ogni voce di ogni sessione è stata codificata al fine di agevolare l'immissione dei dati in un file Excel per l'opportuna raccolta dei dati. L'analisi statistica è stata eseguita mediante il pacchetto statistico Stata 10.0 e articola-

Ricerca infermieristica

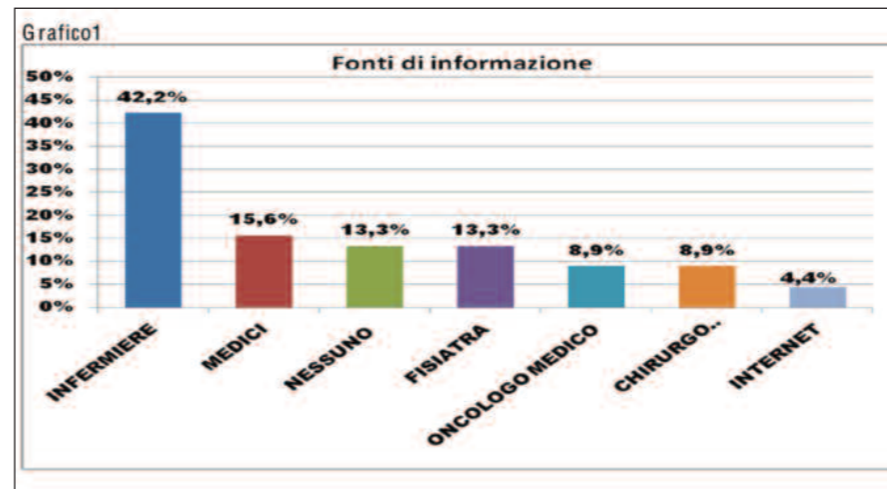
	Intervento educativo		Informazioni di routine		Con linfedema	
	n	%	n	%	n	%
Informazione sul rischio di linfedema	15	100	5	33.3	8	53.3
Informazioni igienico-comportamentali	15	100	4	26.7	7	46.7

lata in due momenti: trasporto dei dati da Excel al data base e, successivamente, l'analisi descrittiva.

RISULTATI

Il campione è costituito da 45 pazienti di sesso femminile, uniformemente distribuito in tre coorti di 15 pazienti. L'età media è di 53.2 anni in un intervallo compreso tra 31 e 75 anni. Il 73.3% del campione è stato sottoposto ad intervento di quadrantectomia mentre il 26.7% ad una mastectomia radicale, entrambi gli interventi hanno interessato la dissezione ascellare dei linfonodi. In generale il 62.2% del campione riferisce di avere ricevuto informazioni sul rischio di insorgenza del linfedema, solo il 57.8% è stato informato sulle misure di prevenzione. Nella tabella 3 sono riportati i risultati ripartiti per coorte, solo il 33.3% del gruppo che ha ricevuto informazioni di routine è stato informato sul rischio e poco più della metà, il 53.3%, ha ricevuto informazioni sulle misure di prevenzione, anche nel gruppo con linfedema si è rilevata la scarsa informazione, 26.7% e 46.7% rispettivamente per gli items indagati. La **Tabella 1** sintetizza i risultati delle conoscenze generali del campione sulle principali "Raccomandazioni" per la prevenzione del linfedema. Nella **Tabella 2** sono riportati i risultati del confronto delle conoscenze dei rispondenti sulle diverse Raccomandazioni delle rispettive coorti ("Intervento educativo", "Informazioni di routine" e "Con linfedema"). Sono state prese in considerazione solo le risposte corrette.

Nella **Tabella 3** sono sintetizzate le risposte delle tre coorti di rispondenti circa le informazioni ricevute nel periodo peri-operatorio, sul rischio di linfedema e sulle norme igienico-comportamentali da adottare. I risultati dell'indagine sulle fonti da cui le pazienti riferiscono di aver ricevuto informazioni sul rischio e la prevenzione del linfedema mostrano che, per il 42.2% l'infermiere è stata la principale fonte, per il 15.6% lo è stato il Medico di famiglia, il 13.3%, invece, non ha ricevuto nessuna informazione, il 13.3% ha ricevuto informazioni dal Fisiatra mente l'8.9%, rispettivamente ricevono informazioni dal proprio medico Oncologo e Chirurgo e solo il 4.4% ha consultato internet (**Grafico 1**).



Discussione

Informare i pazienti sul linfedema può contribuire a diminuire il loro rischio di sviluppare tale complicanza, o tra quelli già colpiti, evitare che progredisca ulteriormente.

Relativamente alla sezione A del questionario è emerso che sono state fornite scarse informazioni alle pazienti sul rischio di insorgenza e informazioni per la prevenzione del linfedema, nelle due coorti che non hanno ricevuto l'intervento educativo. La mancanza di un percorso assistenziale strutturato potrebbe spiegare tale dato. Tuttavia i limiti dello studio non permettono di analizzare a tale risultato. I risultati della coorte di pazienti dell'"Intervento educativo", valutati al follow-up, mostra in generale che le informazioni e l'educazione effettuata per la prevenzione del linfedema sono state acquisite e trattenute dalle pazienti. Un'attenta analisi dei risultati della prima tabella mostra in generale quali Raccomandazioni sono più note e quali invece richiedono un rinforzo educativo, infatti, il calore eccessivo all'arto, le misure di barriera come indossare i guanti nelle faccende domestiche ed i movimenti dell'arto interessato nei lunghi viaggi, rappresentano dei fattori di rischio. Risultati, di analoghi items, si sono avuti in un'indagine retrospettiva¹¹ sull'intenzione, delle donne sopravvissute al cancro della mammella, di attuare i comportamenti preventivi. Nella seconda tabella, si analizzano più nello specifico le conoscenze delle pazienti divise nei tre gruppi di osservazione ("Intervento educativo", "Informazioni di routine" e "Con linfedema"). Tale confronto mostra una migliore conoscenza nelle pazienti cui è stato attuato l'intervento educativo, rispetto al gruppo che ha ricevuto informazioni di routine mentre sono sovrapponibili, i risultati delle conoscenze con il gruppo delle pazienti che hanno ricevuto informazioni a seguito del trattamento per linfedema. Questo dato è in linea a quanto emerge dalla letteratura, i pazienti che ricevono informazioni partecipano maggiormente al processo decisionale, hanno una migliore preparazione nelle procedure mediche, hanno un'elevata soddisfazione per le scelte di trattamento e interazioni con gli operatori sanitari, maggiore controllo di coping, migliore capacità di far fronte allo stress della diagnosi durante e dopo il trattamento¹⁵.

In questo studio emerge che l'infermiere viene riconosciuto dal 42.2% delle pazienti come la principale fonte di informazioni. Tuttavia questo dato è spiegato dall'intervento educativo attuato nel periodo dello studio e si sottolinea che il 13.3% delle pazienti non ha ricevuto alcun tipo di informazione sul rischio di linfedema. Il gruppo di pazienti cui è stato fornito il materiale cartaceo e le informazioni nel peri-operatorio hanno maggiori conoscenze sui rischi sulle raccomandazioni, valutate a distanza di 2 mesi al follow-up. Nondimeno è doveroso precisare che, tali conoscenze dovrebbero essere rivalutate a distanza di tempo, per capire se l'intervento è stato realmente efficace, se le pazienti aderiscono ai comportamenti attesi e

Ricerca
infermieristica

continua da pagina 23

se si necessita di ulteriori interventi educativi per rafforzare le conoscenze in tema di linfedema. Si evidenzia, comunque, l'importanza del ruolo educativo dell'infermiere nella fase peri-operatoria del carcinoma mammario, nell'applicare un programma educativo, al fine di indirizzare le pazienti all'adesione di comportamenti atti a ridurre il rischio di comparsa del linfedema e gestirne la problematica. Si è consapevoli dei limiti di questo studio, in primis rappresentato dal ridotto campionamento e dalla mancata valutazione delle variabili che intervengono nelle diverse fasi della progettazione dello studio. Ciò nonostante questo lavoro rappresenta un primo tentativo di applicazione nella pratica clinica di quanto riportato in letteratura. Forti della convinzione che un programma educativo strutturato possa ridurre gli eventi negativi, come la comparsa del linfedema, ci si ritiene soddisfatti per poter suggerire qualche intervento nella pianificazione del processo infermieristico nelle pazienti con linfadenectomia ascellare per cancro della mammella.

CONCLUSIONE

Con la crescente popolazione di sopravvissuti del cancro della mammella, aumentare la consapevolezza del paziente, l'educazione sui rischi linfedema e la cura nel primo periodo dopo la diagnosi di cancro, risulta necessario se si vuole garantire il miglioramento della qualità di vita. La capacità di gestione dei pazienti migliora sensibilmente con l'aumento del grado di informazioni ed educazione ricevuta. In alcuni studi emerge che l'associazione tra l'opuscolo informativo accompagnato dall'informazione verbale¹⁶ migliora sensibilmente la capacità di autocura. Emerge anche che la modalità di somministrazione delle informazioni, ovvero il momento in cui esse vengono date e la capacità di trasmetterle in modo adeguato, risultano determinanti per il successo terapeutico.

Dalla letteratura risulta che vi è una scarsa attenzione nella pianificazione infermieristica di interventi educativi indirizzati ai pazienti, nel fornire indicazioni igienico-comportamentali mirate alla prevenzione del linfedema correlato al cancro mammario. La prevenzione del linfedema, tuttavia, investe tutti gli operatori sanitari che prendono in carico i pazienti. Pertanto l'approccio vincente delle cure è quello multidisciplinare, con un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, come lo è già per il cancro della mammella, in cui si traccia anche il percorso preventivo-riabilitativo del linfedema. Gli infermieri possono contribuire a ridurre il rischio attraverso l'integrazione multidisciplinare nel fornire sostegno efficace alle pazienti linfadenectomizzate. Il rischio è quello che l'infermiere potrebbe sottovalutare non solo il bisogno di informazione, in mancanza di intervento educativo, ma anche le ripercussioni psico-fisiche, piuttosto invalidanti, a cui le pazienti possono andare incontro. Appare, infine, superfluo evidenziare che nessun opuscolo informativo può sostituire il ruolo dell'infermiere come educatore in quanto, la comunicazione e la relazione che si instaura tra paziente e infermiere, permettono di esaurire qualsiasi dubbio o incertezza del paziente, che nessuno opuscolo o qualsiasi materiale informativo può sostituire o soddisfare da solo.

*Infermiera.

**Coordinatore Infermieristico CIO, INT G. Pascale-Napoli

***Coordinatore Infermieristico, AOU Federico II- Napoli

BIBLIOGRAFIA

1. AIOM. Linee guida neoplasia della mammella. Edizione 2015
2. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J et al., Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. Eur J Cancer. 2013;49(6):1374-403.
3. Clark B., Sitzia J., Harlow W. Incidence and risk of arm oedema following treatment for breast cancer: a three-year follow up study. QJM;98(5):343-8; 2005.
4. Harris SR, Hugi MR, Olivetto IA, Levine M, et al. Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: 11. Lymphedema. CMAJ. 2001; 23;164(2):191-9.
5. Loudon L., Petrek J. Lymphedema in Women Treated for Breast Cancer. Cancer practice, 8, 2000.
6. Rebegea L, Firescu D, Dumitru M, Anghel R. The incidence and risk factors for occurrence of arm lymphedema after treatment of breast cancer. Chirurgia (Bucur). 2015;110(1):33-7.
7. DiSipio T, Rye S, Newman B, Hayes S. Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta-analysis. Lancet Oncol. 2013;14(6):500-15.
8. Ahmed RL, Prizment A, Lazovich D, Schmitz KH, Folsom AR. Lymphedema and quality of life in breast cancer survivors: the Iowa Women's Health Study. J Clin Oncol. 2008; 10;26(35):5689-96.
9. National Lymphedema Network. Position Statement of the National Lymphedema Network. NLN Medical Advisory Committee. 2012.
10. Petrek JA, Pressman PI, Smith RA. Lymphedema: current issues in research and management. CA Cancer J Clin 2000;50:292-307.
11. Bosompra K, Ashikaga T, O'Brien PJ, Nelson L, Skelly J, Beatty DJ. Knowledge about preventing and managing lymphedema: a survey of recently diagnosed and treated breast cancer patients. Patient Educ Couns. 2002;47(2):155-63.
12. Ridner S.H. Pretreatment lymphedema education and identified educational resources in breast cancer patients. Patient Educ Couns. 2006;61(1):72-9.
13. Pinto M, Gimigliano F, Iolascon G, Iazzetta F, et al. Il bisogno riabilitativo in pazienti sottoposti a linfadenectomia ascellare per carcinoma mammario o melanoma afferenti ad un centro ambulatoriale di prevenzione e trattamento del linfedema secondario: risultati di un audit. Eur Med Phys 2008;44.
14. Coward DD. Lymphedema prevention and management knowledge in women treated for breast cancer. Oncol Nurs Forum. 1999;26(6):1047-53.
15. Hinds C, Streater A, Mood D. Functions and preferred methods of receiving information related to radiotherapy. Perceptions of patients with cancer. Cancer Nurs. 1995; 18(5):374-384
16. Fagermoen SM, Hamilton G. Patient information at discharge-A study of a combined approach. Patient Educ Couns. 2006; 63(1-2):169-176.

Ricerca
infermieristica

La gestione della ferita chirurgica, medicazione tradizionale o avanzata?

Una revisione della letteratura

a cura di Miriam Napolitano* e Maria Rosaria Esposito**

ABSTRACT

Introduzione: In commercio vi sono svariate tipologie di medicazioni avanzate utilizzate per il trattamento delle ferite chirurgiche e per il contenimento delle complicanze correlate. Tuttavia non è chiaro quale sia quella più appropriata in relazione alla tipologia di ferita. A tale scopo è stata effettuata una ricerca bibliografica per reperire evidenze in letteratura sul corretto utilizzo delle medicazioni al fine di favorire il processo di guarigione della ferita chirurgica.

Metodi: È stata effettuata una ricerca bibliografica che ha previsto la consultazione delle banche dati The Cochrane Library, PubMed e CINAHL. Sono state consultate le linee guida NICE e documenti reperiti da Google Scholar.

Risultati: Sono stati selezionati articoli con un campione di pazienti adulti sottoposti a qualsiasi intervento chirurgico. L'utilizzo delle medicazioni avanzate ha ridotto, prevalentemente, l'incidenza di complicanze quali infezioni, vesciche, sieromi e dolore.

Conclusioni: I risultati mostrano che le medicazioni avanzate sono indicate nel trattamento delle ferite che guariscono per chiusura primaria ritardata, per seconda intenzione, per ferite sporche o infette. Le medicazioni tradizionali sono, invece, indicate per le ferite che guariscono per prima intenzione.

PAROLE-CHIAVE: *medicazione, ferita chirurgica, medicazioni avanzate, medicazioni tradizionali, prevenzione dell'infezione.*

BACKGROUND

Le ferite chirurgiche sono una forma particolare di lesioni acute, definite come soluzioni di continuo della cute, prodotte da un agente meccanico, a comparsa programmata, create secondo le più rigorose norme di asepsi, con obiettivi diagnostico-terapeutici, che dovrebbero andare incontro a guarigione senza complicazioni, in un intervallo di tempo definito¹.

La ferita chirurgica può guarire per chiusura primaria, chiusura primaria ritardata o per chiusura secondaria. Nel primo caso i lembi della ferita sono avvicinati e tenuti insieme da suture, graffe metalliche e cerotti adesivi. La chiusura primaria ritardata è utilizzata quando c'è una notevole contaminazione batterica, gli organi e le cavità sono chiusi e gli strati cutanei e profondi vengono lasciati aperti per drenare materiale purulento. La chiusura secondaria è adoperata per le ferite che comportano una grande perdita di sostanza, nelle quali non si possono suturare i margini².

Una percentuale significativa delle ferite chirurgiche, dal 17 al 22%^{3,4}, è gravata da complicanze quali infezione superficiale del sito chirurgico (SSI); cellulite o deiscenza fasciale, con un'incidenza che va dallo 0.25% al 3% nelle laparotomie, dall'1.6% al 42.3% nelle incisioni post-cesareo, dallo 0.5% al 2.5% nelle incisioni sternali, sieromi o ematomi che, portano ad un ritardato o alterato processo di guarigione. Inoltre il fallimento della chiusura primaria della ferita chirurgica, determina alti costi nel post operatorio⁵.

In base alla definizione proposta dai CDC per infezione del sito chirurgico (Surgical Site Infection, SSI), si intende qualsiasi stato

morboso caratterizzato da segni locali e/o generali di infezione insorto entro 30 giorni (o entro un anno se sono state utilizzate protesi) da un intervento chirurgico⁶.

La deiscenza, invece, è intesa come apertura totale o parziale della ferita chirurgica per prima intenzione; può coinvolgere alcuni strati dermici, fino alla fascia muscolare, attraversandola ed esponendo i visceri sottostanti. Può essere definita anche come il fallimento meccanico della guarigione della ferita stessa.

Il trattamento della ferita deve permettere la restituzione ad integrum: una riparazione tissutale efficace è possibile se la ferita viene messa nelle condizioni di esprimere al meglio il suo potenziale biochimico con il solo ausilio di medicazioni.

Negli ultimi anni sono state sviluppate diverse tipologie di medicazione, ma ai fini di una maggiore comprensione, verranno suddivise in due categorie: medicazioni tradizionali e medicazioni avanzate. Per medicazione tradizionale si intende un materiale posto a diretto contatto con la sola funzione di emostasi, copertura e protezione, mentre quella avanzata ha come scopi mantenere un microambiente umido e una temperatura costante, rimuovere essudati e materiale necrotico, proteggere da infezioni esogene, essere permeabile all'ossigeno e ridurre i traumi al cambio⁷.

All'interno della classe delle medicazioni avanzate, quelle principali sono gli alginati, gli idrocolloidi, le idrofibre e le schiume di poliuretano.

Gli alginati a base di calcio e/o sodio, interagiscono con l'essudato della lesione e formano un gel morbido che mantiene umido l'ambiente di cicatrizzazione della lesione. Possono essere impiegati come medicazioni primarie nel caso di lesioni drenanti a spes-

Ricerca infermieristica

continua da pagina 25

sore parziale o a tutto spessore, di lesioni con un essudato da moderato ad abbondante, di lesioni a tunnel, di lesioni infette o non infette, e di lesioni "umide" rosse e gialle.

Gli idrocolloidi sono medicazioni semioclusive, presenti in una serie di forme, dimensioni, proprietà adesive e formati, comprendenti adesivi, paste e polveri. Sono impermeabili ai batteri e ad altre contaminazioni, possono favorire il debridement autolitico, a causa della loro scarsa permeabilità. Possono essere usati nelle medicazioni primarie o secondarie di lesioni con presenza di necrosi o escara con lieve o scarso essudato.

Le idrofibre (carbossilmetilcellulosa) sono fibre di carbossilmetilcellulosa sodica

in grado di assorbire rapidamente e di trattenere liquidi. La medicazione interagisce subito con l'essudato grazie alla sua trasformazione in gel coesivo che crea un ambiente umido. Sono medicazioni primarie e/o secondarie in base all'abbinamento con l'alginato e con prodotti di copertura come le schiume. Sono indicate per le lesioni da moderatamente a fortemente essudanti, anche in fase di granulazione.

I film di poliuretano sono pellicole trasparenti costituite da una membrana in poliuretano adesiva e semipermeabile che variano in spessore e dimensione. Esse sono impermeabili all'acqua, ai batteri e agli agenti contaminanti in genere; tuttavia permettono al vapore acqueo di attraversare la barriera. Queste medicazioni mantengono un ambiente umido favorendo la formazione di tessuto di granulazione e l'autolisi del tessuto necrotico. Non hanno potere assorbente.

Le medicazioni a base di schiume di poliuretano sono assorbenti, possono essere di vario spessore ed essendo antiaderenti

non comportano nessun trauma durante la loro rimozione. Esse sono impiegate come medicazioni primarie e secondarie per le lesioni a spessore parziale o a tutto spessore con un drenaggio lieve, moderato o abbondante e possono anche essere usate per assorbire il drenaggio attorno ai tubi e alle cannule tracheostomiche⁸.

Un'altra variante delle medicazioni avanzate è quella antimicrobica che presenta, all'interno della struttura, anche un antisettico locale (i più comunemente utilizzati sono lo iodio, l'argento e il Poliesametilene Bioguanide PHMB) particolarmente indicate nelle ferite con moderata o elevata produzione di essudato.

Gli elementi chiave della cura delle ferite post-operatorie includono tempestivo riesame della ferita, appropriata detersione/antisepsi e medicazione, così come il riconoscimento precoce e il trattamento attivo di complicazioni della ferita. Tuttavia la vasta disponibilità delle medicazioni presenti in commercio possono generare confusione e mancata appropriatezza degli operatori sanitari nella scelta della medicazione rispetto alla ferita chirurgica o sua complicanza.

Obiettivi

Obiettivo della revisione è quello di reperire evidenze scientifiche sull'appropriata medicazione rispetto alla tipologia di complicanza della ferita chirurgica al fine di favorire il processo di guarigione.

Al fine di formulare una valida strategia di ricerca, per un'efficace interrogazione delle banche dati biomediche e per un ottimale reperimento delle citazioni pertinenti l'argomento considerato nello studio è stato sviluppato un quesito clinico seguendo la metodologia PICO (patient, intervention, comparison, outcome)⁹ nella **tabella 1**.

Tabella 1

P	I	C	O
Paziente adulto con ferita chirurgica a chiusura primaria, primaria ritardata e secondaria	Medicazione della ferita chirurgica.	//	Appropriato utilizzo della medicazione per tipologia di guarigione della ferita chirurgica.

MATERIALI E METODI

La ricerca bibliografica è stata eseguita nel mese di giugno 2015 che ha previsto la consultazione delle banche dati quali The Cochrane Library, PubMed e Cinahl. Inoltre sono state consultate le linee guida NICE e Google Scholar.

Nelle varie ricerche si è fatto uso di parole chiavi utilizzando termini Mesh ed eventualmente i loro sinonimi (Entry Terms) e le parole a testo libero. La strategia di ricerca ha previsto l'utilizzo di termini sia controllati sia liberi combinati con gli operatori booleani "AND", "OR" e "NOT" (**Tabella 2**) senza porre limiti alla lingua di pubblicazione e all'impostazione dello studio, ad eccezione di quelli temporali pari agli ultimi cinque anni in modo da escludere citazioni

precedenti già oggetto di revisioni.

Per essere considerati pertinenti, e quindi eleggibili per la revisione, gli articoli dovevano riguardare la strutturazione del quesito clinico, in riferimento al PICO. Sono stati inclusi tutti i tipi di studio, comparativi e non, randomizzati controllati e non randomizzati, studi retrospettivi, revisioni sistematiche, studi caso-controllo, su persone di età adulta (>19 anni), sottoposti a qualsiasi tipo di intervento che prevedesse un'incisione chirurgica. Sono stati selezionati studi e revisioni sull'utilizzo delle medicazioni avanzate e tradizionali che avessero come outcome la guarigione della ferita chirurgica e la riduzione delle complicanze. Nella flowchart viene rappresentata la selezione degli articoli.

RISULTATI

Gli articoli congruenti al quesito clinico sono risultati 15. Nella **figura 3** è rappresentato il processo di selezione e valutazione della letteratura presa in esame.

I contenuti dei singoli studi considerati nella revisione sono riportati in maniera sintetica nella tabella 1.

DISCUSSIONE

Dalla revisione della letteratura è emerso che l'impiego di medicazioni avanzate si accompagna ad una serie di vantaggi sia in termini di prevenzione delle complicanze che di qualità di vita.

Per garantire un completo ripristino dell'integrità della cute, le linee guida NICE oltre a fornire una buona delucidazione sulle fasi che precedono l'utilizzo della medica-

Tabella 2. Strategia di ricerca bibliografica

Banca dati	Parole chiave
Pubmed	"Dressing surgical site AND nursing" "Modern dressing surgical wound" NOT chronic wound" "Clean surgical wound dressing" "Contaminated surgical wound dressing" "Surgical wound healing by secondary intention dressing" "Surgical wound complications AND dressing AND nursing" "dehiscence AND nursing" "Pain dressing change AND nursing"
Cochrane	"Dressing surgical wound"
Cinahl	Surgical wounds complications AND dressing

zione, quali detersione ed antisepsi (non devono essere utilizzate le soluzioni colorate come ad esempio il mercurio cromo, la fuxina, il violetto di genziana, la tintura rubra di Castellani in quanto esplicano una ridotta azione antisettica, non permettono la valutazione della ferita per es. favorendo l'occultamento di arrossamenti e sono sconsigliati dalle principali linee guida internazionali. Anche gli antibiotici topici in

tutte le forme non devono essere applicati perché provocano la formazione di ceppi batterici resistenti, possono essere allergizzanti e sono sconsigliati dalle principali linee guida), indicano quali medicazioni sono utilizzate per la gestione della ferita che guarisce per seconda intenzione, quelle interattive, e quali non devono essere usate, EUSOL® e garza, garza di cotone umido.

Per quel che concerne il tasso delle infe-

zioni del sito chirurgico le medicazioni idrocolloidi e quelle argentiche rispetto alle garze antiaderenti e alle idrofibre determinano una ripetitività di più breve durata e una minore incidenza di infezioni (Brolmann e Schwartz). Un caso a parte è rappresentato dalla medicazione Aquacel Ag® che, rispetto alla tradizionale, non ha prodotto una superiore significatività statistica nel ridurre le infezioni della ferita (Biffi).

Un nuovo approccio al trattamento delle ferite chirurgiche è la VAC, l'impiego della terapia a pressione negativa, che trova il suo campo di applicazione nelle ferite che guariscono per seconda intenzione, in quelle laparotomiche ed ortopediche (COI). Sebbene mostrino una riduzione delle infezioni del sito chirurgico rispetto alla medicazione sterile standard e una minore incidenza di complicanze quali sieromi o ematomi, rimane incerto se l'utilizzo della NPWT possa essere applicato a tutte le ferite chiuse.

Una questione che ri-

Ricerca infermieristica

chiede particolare zelo in tale contesto, è la spesa sanitaria. I costi legati alla gestione delle ferite chirurgiche in caso di lesioni cutanee maligne, assorbono impegno economico significativo quando non vi è la guarigione delle medesime rispetto ad un completo ripristino delle funzioni cutanee nel post-operatorio¹⁰.

CONCLUSIONI

Nonostante siano scarse le raccomandazioni circa l'uso dei diversi tipi di medicazioni in relazione alla ferita chirurgica in esame, appare evidente che le medicazioni avanzate rappresentino un'ottima strategia per la risoluzione della ferita e per il contenimento delle complicanze correlate al sito chirurgico. I

In seguito all'utilizzo delle stesse è stato rilevato un maggiore comfort da parte del paziente sia in termini di diminuzione del dolore al cambio della medicazione che di un tasso di infezioni ridotto anche se statisticamente non significativo. Tuttavia l'alto costo sostenuto nelle cure post operatorie per ferite chirurgiche complicate, impone agli operatori sanitari un'adeguata appropriatezza nel loro utilizzo anche al fine di favorire la riparazione tessutale e migliorare gli esiti assistenziali dei pazienti chirurgici.

Implicazioni per la pratica

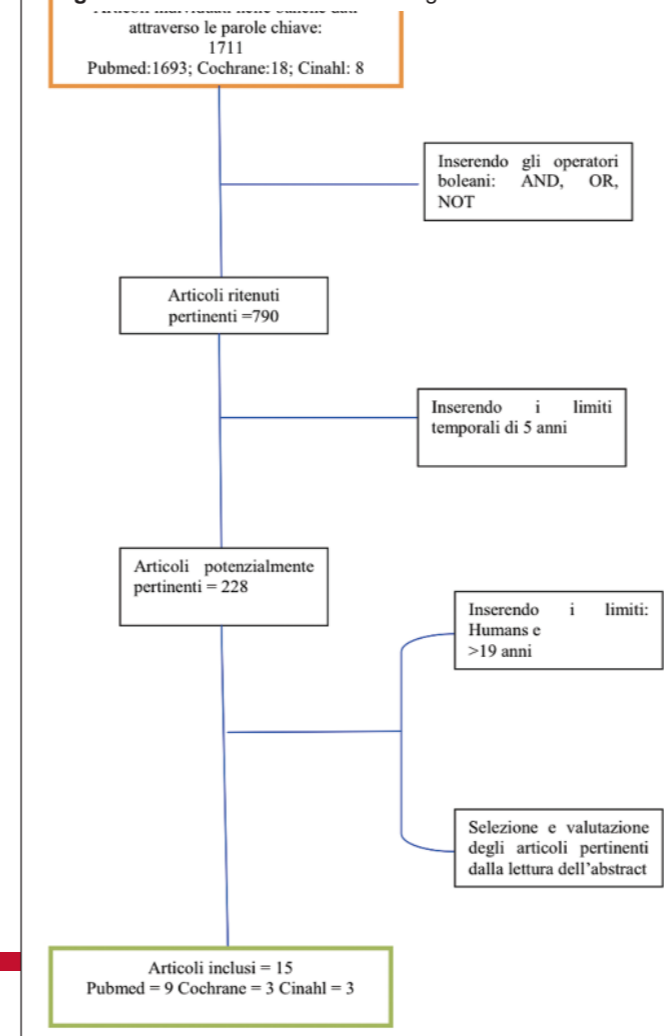
Le ferite chirurgiche che guariscono per prima intenzione vanno trattate con medicazioni sterili standard utilizzando nelle prime 24-48 ore solo acqua sterile.

Non è possibile raccomandare, al momento, l'uso di una medicazione specifica rispetto alla garza sterile. Probabilmente la rimozione della medicazione da ferite pulite o pulite-contaminate prima delle 48 ore dall'intervento chirurgico non aumenta il rischio di infezione. Tuttavia sono necessarie altre prove a sostegno¹¹. Per le ferite che guariscono per chiusura primaria ritardata sono controindicate le garze iodoforniche perché non promuovono un ambiente umido, provocano dolore alla rimozione e possono causare un'intossicazione da assorbimento sistemico di iodio.

Le ferite chirurgiche che guariscono per seconda intenzione possono essere trattate con schiume di poliuretano e medicazioni interattive, ma sono controindicate dalle linee guida NICE, Eusol® e garza, o garza di cotone umido o soluzioni antisettiche di

continua a pagina 29

Figura 3: Flowchart della selezione degli articoli



Ricerca infermieristica

continua da pagina 27

mercurio¹². Risulta interessante lo studio condotto presso i Dipartimenti della Charité-Universitätsmedizin a Berlino dove è stata registrata una più rapida guarigione delle ferite (che guariscono per seconda intenzione) utilizzando il seguente trattamento sequenziale¹³: Promo Gran Plus®, Tielle®, Servicel®.

Per la gestione delle ferite post-artroplastica al ginocchio e all'anca sono raccomandate medicazioni che combinano idrofibre e un film semipermeabile in poliuretano poiché riducono i tassi di infezione e di formazione di vesciche. Nel caso di infezione ossea profonda, in pazienti con ferite ortopediche, sembra rappresentare una valida alternativa alle medicazioni tradizionali, il trattamento con KyoCel® e SorbXtra®, specie nella gestione dell'essudato e nel controllo degli odori¹⁴.

Le ferite sporche giovano delle medicazioni non occlusive come la medicazione in

cellulosa ossidata rigenerata.

In caso di ferite infette, dovrebbero essere utilizzate medicazioni avanzate che abbiano all'interno della struttura anche un antisettico locale (i più comunemente utilizzati sono lo iodio, l'argento e il Poli Esa Metilen Bioguanide (PHMB): tale antisettico, in aggiunta ad un antibiotico-terapia sistemica, permette di risolvere il quadro infettivo in atto. Non vanno utilizzate medicazioni occlusive come idrocolloidi e schiume di poliuretano.

Per quel che concerne la complicità della deiscenza non sono stati trovati articoli che indicassero il tipo di medicazione che potesse prevenirla. Se la deiscenza è piccola possono essere impiegati idrogel e idrofibre.

Un nuovo approccio, nell'ambito delle medicazioni avanzate, è il trattamento delle ferite chirurgiche che guariscono per seconda intenzione o di esiti di deiscenza con una medicazione a pressione negativa¹⁵: consiste nell'applicazione di una medicazione (in garza o in schiuma di poliuretano)

a contatto con il letto della ferita, coperta con un film trasparente e collegata a una pompa d'aspirazione; tale dispositivo permette di creare una pressione negativa, drenando l'essudato in eccesso. Sebbene tale metodica sia utilizzata a livello internazionale da più di un decennio, non è ancora del tutto chiara la sua efficacia.

L'utilizzo abituale, pertanto, non può essere raccomandato anche per gli alti costi da sostenere, è risultata maggiormente efficace, invece, nel trattamento delle ferite chirurgiche toraciche e laparotomiche. Altra zona grigia da chiarire, infatti, è se la sua applicazione possa essere estesa anche a tutte le ferite chiuse. Le evidenze scientifiche, in merito alla riduzione del dolore durante il cambio, sostengono l'utilizzo di medicazioni idrofibre e lipocolloidi flessibili specie nel trattamento della chirurgia della mano.

*Infermiera

**Coordinatore Infermieristico CIO, INT G. Pascale Napoli

BIBLIOGRAFIA

- Martin P. Wound healing - aiming for perfect skin regeneration. *Science* 1997;276:75-81.
- Amendola R. Ferite chirurgiche. Evidence based nursing 55. *IJN* N.4/2012.
- Klevens RM, Edwards JR, Richards CL Jr, Horan TC, Gaynes RP, Pollock DA, Cardo DM. Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. hospitals, 2002. *Public Health Rep* 2007; 122 :160-6.
- Stannard JP, Gabriel A, Lehner B. Use of negative pressure wound therapy over clean, closed surgical incisions. *Int Wound J* 2012; 9 (suppl 1):32-9.
- Dyer A, Griffiths I. The cost of wound management. *Wound Prac Res* 2014; 22(1):2.
- Horan TC, Andrus M, Dudeck MA. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. *Am J Infect Control* 2008;36:309-32.
- Peghetti A, Mantovani M, Canova G, Ferri L. Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche. Dalle evidenze della letteratura alla pratica quotidiana. Regione Emilia Romagna. Commissione Regionale Dispositivi Medici. 2012.
- Bellingeri A., Il prontuario per la gestione delle lesioni cutanee. Medicazioni, bendaggi ed ausili antidecubito 2013-2014,

Edizioni CdG, 2013, Pavia.

- Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J et al. (1995) The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. *ACP J Club*, 123(3), A12-A13.
- Stankiewicz M, Webster J & Coyer F. An evaluation of wound care product costs, from failed lower limb surgical sites compared with patients who heal immediately postoperatively. March 2015.
- Clare D Toon, CharnelleLusuku, Rajarajan Ramamoorthy, Brian R Davidson, Kurinchi Selvan Gurusamy. Early versus delayed dressing removal after primary closure of clean and clean-contaminated surgical wounds. Editorial Group: Cochrane Wounds Group. 2015.
- NICE "Surgical site infections: prevention and treatment" Clinical guideline Published: 22 October 2008 nice.org.uk/guidance/cg74.
- Braumann C, Guenther N, Menenakos C, Muenzberg H, Pirlich M, Lochs H, Mueller JM. Clinical experiences derived from implementation of an easy to use concept for treatment of wound healing by secondary intention and guidance in selection of appropriate dressings. *Int Wound J*. 2011 Jun;8(3):253-60.
- Julie Bennett Tissue, Birmingham Jody Thompson. Deep bone infections following surgery. 2014.
- Begum SS1, Papagiannopoulos K. The use of vacuum-assisted wound closure therapy in thoracic operations. *Ann Thorac Surg*. 2012 Dec;94(6):1835-9.

Tabella 3

Autore	Disegno dello studio	Tipo di lesione	Popolazione	Setting	Intervento	Confronto	Outcomes
Biffi R, Fattori L, Bertani E, Radice D, Rotmensz N, Misitano P, Cenciarelli S, Chiappa A, Tadini L, Mancini M, Pesenti G, Andreoni B, Nespoli A.	RCT	Ferita chirurgica, dopo chirurgia elettiva del colon	112 pazienti	Istituto oncologico europeo. Monza: Ospedale San Gerardo.	Acquacel Ag	Medicazione tradizionale	Riduzione del tasso di infezione con Acquacel Ag anche se non statisticamente significativo
Brölmann FE1, Eskes AM, Goslings JC, Niessen FB, de Bree R, Vahl AC, Pierik EG, Vermeulen H, Ubbink DT; REMBRANDT study group.	RCT	Innesto cutaneo	289 pazienti	Olanda: 14 Centri.	Medicazioni in alginato, film di poliuretano, garze assorbenti, idrocolloidi, idrofibre e silicone		Le medicazioni idrocolloidi hanno portato ad una guarigione più rapida della ferita a una netta diminuzione delle infezioni rispetto alla medicazione con garza.
Schwartz J, Goss S, Facchin F, Manizate F, Gendies C, Braitman E, Lantis J.	Studio prospettico a doppio braccio	Ferita chirurgica pulita	235 pazienti	New York: Ospedale St. Luke's-Roosevelt	Medicazione argentea	Garza antiaderente	L'utilizzo delle medicazioni argentee nel postoperatorio rispetto all'impiego di una medicazione standard con Garza antiaderente sembra ridurre le infezioni del sito chirurgico e migliorare il comfort del paziente.
Joan Webster, Paul Scuffham, Monica Stankiewicz, Wendy P Chaboyer.	Revisione sistematica	Ferite chirurgiche che guariscono per prima intenzione.	785 pazienti	Australia: Royal Brisbane and Women's Hospital.	Terapia a pressione negativa	Medicazioni tradizionali	Anche se i risultati di alcuni studi hanno mostrato una riduzione delle complicanze di sieromi o ematomi, rimane incerto se l'utilizzo della npwt possa essere applicata a tutte le ferite chiuse.
Jo C Dumville, Trish A Gray, Catherine J Walter, Catherine A Sharp, Tamara Page.	Revisione sistematica	Ferita chirurgica che guarisce per prima intenzione	3623 pazienti	UK: chirurgia colorettale. Australia: the wound centre.	Medicaz. tradizionali Medicaz avanzate e medicaz. antim. che con PHMB		Non ci sono prove sufficienti per raccomandare un tipo di medicazione per prevenire infezioni delle ferite che guariscono per prima intenzione.
Clare D Toon, Rajarajan Ramamoorthy, Brian R Davidson, Kurinchi Selvan Gurusamy. Early versus delayed dressing removal after primary closure of clean and clean-contaminated surgical wounds	Revisione sistematica	Ferite chirurgiche pulite e pulite-contaminate	280 pazienti	UK: scuola di medicina.	Rimozione precoce della medicazione dalla ferita chirurgica		La rimozione precoce della medicazione da ferite chirurgiche pulite o pulite contaminate probabilmente riduce il tasso di infezioni e i costi rispetto ad una rimozione ritardata ossia oltre 48 ore dall'intervento. Tuttavia sono necessarie ulteriori prove a sostegno.
Stankiewicz M, Webster J & Coyer F. An evaluation of wound care product costs, from failed lower limb surgical sites compared with patients who heal immediately postoperatively	Sub-analisi dei dati raccolti da uno studio osservazionale prospettico.	Ferite chirurgiche dermatologiche.	73 pazienti	Australia: ambulatori dermatologici.	Split SkinGraft e chiusura primaria		Un'ottimale gestione delle ferite chirurgiche nel caso di lesioni maligne cutanee è essenziale anche ai fini della guarigione e della spesa sanitaria. I costi della gestione di tali ferite chirurgiche sono significativamente più elevati nei pazienti che non presentano un processo di guarigione immediato nel postoperatorio.
Descamps H, Voinchet V, Jault P, Saunier V, Bohbot S.	multicentrico aperto, non comparativo	croniche. Ferite chirurgiche della mano.	pazienti	dipartimento geriatrico.			La medicazione Urgotulflex. Ipolcolloide flessibile, ha una dimostrata performance per il trattamento delle ferite chirurgiche della mano.
Joan Webster, Paul Scuffham, Monica Stankiewicz, Wendy P Chaboyer.	Revisione sistematica	Ferite chirurgiche che guariscono per prima intenzione.	785 pazienti	Australia: Royal Brisbane and Women's Hospital.	Terapia a pressione negativa	Medicazioni tradizionali	Anche se i risultati di alcuni studi hanno mostrato una riduzione delle complicanze di sieromi o ematomi, rimane incerto se l'utilizzo della npwt possa essere applicata a tutte le ferite chiuse.
Jo C Dumville, Trish A Gray, Catherine J Walter, Catherine A Sharp, Tamara Page.	Revisione sistematica	Ferita chirurgica che guarisce per prima intenzione	3623 pazienti	UK: chirurgia colorettale. Australia: the wound centre.	Medicaz. tradizionali Medicaz avanzate e medicaz. antim. che con PHMB		Non ci sono prove sufficienti per raccomandare un tipo di medicazione per prevenire infezioni delle ferite che guariscono per prima intenzione.
Clare D Toon, Rajarajan Ramamoorthy, Brian R Davidson, Kurinchi Selvan Gurusamy. Early versus delayed dressing removal after primary closure of clean and clean-contaminated surgical wounds	Revisione sistematica	Ferite chirurgiche pulite e pulite-contaminate	280 pazienti	UK: scuola di medicina.	Rimozione precoce della medicazione dalla ferita chirurgica		La rimozione precoce della medicazione da ferite chirurgiche pulite o pulite contaminate probabilmente riduce il tasso di infezioni e i costi rispetto ad una rimozione ritardata ossia oltre 48 ore dall'intervento. Tuttavia sono necessarie ulteriori prove a sostegno.
Stankiewicz M, Webster J & Coyer F. An evaluation of wound care product costs, from failed lower limb surgical sites compared with patients who heal immediately postoperatively	Sub-analisi dei dati raccolti da uno studio osservazionale prospettico.	Ferite chirurgiche dermatologiche.	73 pazienti	Australia: ambulatori dermatologici.	Split SkinGraft e chiusura primaria		Un'ottimale gestione delle ferite chirurgiche nel caso di lesioni maligne cutanee è essenziale anche ai fini della guarigione e della spesa sanitaria. I costi della gestione di tali ferite chirurgiche sono significativamente più elevati nei pazienti che non presentano un processo di guarigione immediato nel postoperatorio.
Reviewing the benefits and harm of NPWT in the management of closed surgical incisions. Negative Pressure Wound Therapy	Revisione sistematica	Incisioni chirurgiche ortopediche	273 pazienti	Dubai, United Arab Emirates: Wound Care Specialist.	Impiego della NPWT	Medicazioni tradizionali	L'utilizzo della NPWT nella gestione delle ferite chiuse ortopediche (COI) determina una riduzione delle complicanze quali sieromi, ematomi, edema, rispetto all'uso delle medicazioni tradizionali. Tuttavia non è chiaro se tale impiego possa costituire lo standard di cura delle COI.
Deep bone infections following surgery	Casi clinici	Ferita ortopedica infetta		UK: The Royal Orthopaedic Hospital.	Impiego delle medicazioni KyoCel® e SorbXtra®		L'impiego delle medicazioni KyoCel® e SorbXtra® potrebbe rappresentare una valida alternativa per i pazienti con ferita chirurgica ortopedica e infezione ossea profonda.

NORME EDITORIALI

"Napolisana" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, medico, sanitario previa approvazione del Comitato Scientifico. L'articolo è sotto la responsabilità dell'autore o degli autori, che, nel rispetto delle vigenti leggi sulla privacy, devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico, e mail dell'autore a cui si deve indirizzare la corrispondenza. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato Scientifico, del giornale, dell'Editore, e in caso di necessità, sarà cura del Comitato Scientifico rivedere il riassunto/abstract.

Gli articoli

Tutti i testi da pubblicare, devono essere inviati in "Word" e strutturati secondo il seguente schema: 1) riassunto/abstract; 2) parole chiave (max 6); 3) introduzione; 4) obiettivi; 5) materiali e metodi; 6) risultati; 7) eventuali discussioni; 8) conclusioni; 9) bibliografia. Gli articoli vanno accompagnati da un abstract in italiano (max 170 parole) articolato in maniera da esporre complessivamente il contenuto. La lunghezza del testo non deve superare i 15.000 caratteri, spazi e bibliografia inclusa. Per una corretta interpretazione dei parametri sui testi, e per il conteggio delle battute bisogna prendere a riferimento il conteggio dei caratteri e non delle parole, perché nei caratteri sono indicate e comprese sia le battute di **t e s t o** che gli

- spazi necessari fra una parola e l'altra, per cui:
- E) l'Abstract dovrà contenere max 1.000 caratteri
- F) l'Introduzione dovrà contenere max 1.300 caratteri
- G) l'articolo dovrà contenere max 10.000 caratteri
- H) la bibliografia dovrà contenere max 1.500 caratteri

Citazioni bibliografiche

In bibliografia vanno riportati solo gli articoli citati nel testo (max 30 voci bibliografiche). La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style: la lista delle voci bibliografiche deve essere presentata nell'ordine in cui le singole voci vengono citate nel testo, con numerazione araba senza parentesi.

Quando gli autori sono più di 6, vanno citati i primi 6, et al.

Figure, grafici e tabelle

Le figure, le tabelle e i grafici devono essere scelti secondo criteri di chiarezza e semplicità. Saranno numerate progressivamente in cifre arabe e saranno accompagnate da brevi ma esaurienti didascalie. Nel testo deve essere chiaramente indicata la posizione d'inserimento. Diagrammi e illustrazioni dovranno essere sottoposti alla redazione in veste grafica accurata, tale da permetterne la riproduzione senza modificazioni. Vanno inviate in file separati, in formato JPEG o TIFF a risoluzione alta. Se le immagini ritraggono pazienti o persone, gli autori devono presentare un'autorizzazione o liberatoria, firmata dagli stessi che ne autorizzi la pubblicazione, oppure le immagini devono essere modificate per evitare il riconoscimento delle persone ritratte. Ogni tabella deve avere un titolo. Non saranno pubblicati grafici e tabelle pubblicati sul web. Grafici e tabelle riprodotti da altre fonti devono riportare l'indicazione della fonte e il permesso scritto di riproduzione da parte del possessore dei diritti deve essere inviato insieme al manoscritto. L'autore del manoscritto è responsabile per l'ottenimento dei permessi di riproduzione di materiale i cui diritti sono posseduti da terzi.

Abbreviazioni, acronimi e maiuscole

Limitarsi alle abbreviazioni e agli acronimi più note e soprattutto evitare l'uso di parole tutte in maiuscolo quando non strettamente necessario.

Date e numeri

Le date vanno sempre scritte per esteso, per evitare incomprensioni nella lettura. Ad es. lunedì 28 luglio 2006 e 1° gennaio (non 1 gennaio o 1 gennaio). I giorni e i mesi hanno sempre la prima lettera minuscola. I numeri da uno a dieci vanno scritti in lettere (tranne che nelle date!). Per tutti gli altri, l'importante è separare sempre con un punto i gruppi di tre cifre. Per le grosse cifre "tonde", usare "mila", "milioni" e "miliardi" invece di "000", "000.000", "000.000.000".

Parole straniere

Le parole straniere vanno sempre indicate in corsivo, soprattutto se non sono ancora entrate nell'uso comune italiano. Se si decide di usare un termine straniero, è bene ricordare che non si declina mai (ad es. i computer e non i computers). È sempre gradita una traduzione in italiano del termine utilizzato in inglese.

Modalità e termini per l'invio dei lavori

Tutto il materiale (una copia in formato elettronico, oppure su cd rom) deve essere inviato al Comitato Scientifico. Ulteriori informazioni sulle norme editoriali qui sinteticamente illustrate, potranno essere acquisite, contattando la segreteria del comitato al seguente indirizzo e-mail:

cs.napolisana@gmail.com.



I Collegi della Campania informano

QUI NAPOLI

Libera Professione

L'autonomia e le responsabilità dell'Infermiere

Il Collegio Ipasvi di Napoli incontra i neolaureati

Oltre cento neolaureati hanno affollato la sala delle conferenze dell'Hotel Oriente per prendere parte all'incontro organizzato anche quest'anno dal Collegio Ipasvi di Napoli con le nuove leve della professione. "L'autonomia e le responsabilità dell'infermiere nell'esercizio della libera professione" è stato il tema scelto per quest'anno. Lo scopo dell'intervento formativo è stato quello di offrire un'occasione di confronto e riflessione sul tema della libera professione infermieristica. L'ottica è quella dell'impatto che i comportamenti, le competenze, le responsabilità dell'infermiere libero professionista hanno sulla tutela della salute e il benessere della persona assistita e la sua famiglia. Il nuovo "Vademecum della libera professione infermieristica - 2014" è stato uno degli strumenti di riflessione della giornata formativa. Ai lavori ha preso parte il Presidente del Collegio Ipasvi di Napoli, **Ciro Carbone** che ha annunciato l'arrivo del bollino di qualità che certificherà le competenze del professionista sul mercato del lavoro nazionale e comunitario.

"Gli infermieri con partita iva sono sempre più numerosi e strategici per il sistema di cure italiano e non solo", ha detto Carbone. "La Federazione Ipasvi ne è consapevole. Occorre lavorare sulle Università per formare infermieri preparati sulla libera professione e sulle istituzioni perché creino le condizioni per uno sviluppo dell'attività libero professionale degli infermieri".

Un riconoscimento necessario soprattutto dopo l'avvento della Tessera professionale europea che consente la circolazione dei professionisti tra gli Stati membri e di cui si faranno in un certo senso garanti i Collegi che rilasceranno il bollino. La libera professione cresce a vista d'occhio.



I dati parlano di oltre 69mila posizioni iscritte all'ente di previdenza, praticamente raddoppiate negli ultimi due anni. Analizzando le diverse posizioni in base all'età anagrafica, i liberi professionisti contribuenti (quelli cioè che dalla libera professione percepiscono reddito) sono soprattutto nelle fasce di età inferiori a 30 anni e dai 41 ai 50, mentre quelli della gestione separata e quelli non contribuenti si concentrano nella fascia 41-50. La maggioranza dei liberi professionisti è in Lombardia, Lazio e Piemonte e circa 13mila posizioni riguardano iscritti stranieri. Sul tema sono intervenuti **Andrea Guandalini**, Presidente Collegio Ipasvi di Mantova (Infermiere libero professionista "Studio Associato Infermieristico Mantovano") e **Gaetano Pitoia**, Consigliere Col-

legio Ipasvi di Varese (infermiere libero professionista "Studio Associato Infermieristico Pitoia e Associati") soffermandosi, nella prima sessione, sulle modalità per lo sviluppo della libera professione: in forma singola, in forma associata, in società fra professionisti; adempimenti necessari per iniziare e mantenere l'esercizio libero professionale; l'esercizio professionale nelle Rsa e sanità privata; la responsabilità giuridica e deontologica e il ruolo del Collegio Ipasvi; gestione della relazione con il cliente: la domanda, l'offerta, la valutazione del servizio offerto. Nella seconda parte, invece si è parlato di pubblicità sanitaria; l'informazione e la comunicazione; il consenso informato alle attività infermieristiche; infermiere di famiglia; infermiere in farmacia.

QUI NAPOLI

“Salute e sicurezza sui luoghi di lavoro”

Una Commissione al servizio degli iscritti

di Luigi Lembo

Con lo scopo di offrire agli iscritti sempre maggiori e utili servizi, il Consiglio direttivo del Collegio Ipasvi di Napoli ha istituito una Commissione di lavoro ad hoc su “salute e alla sicurezza sui luoghi di lavoro”. Compito della commissione sarà quello di reperire e diffondere agli iscritti notizie, informazioni, aggiornamenti relative alla normativa di interesse professionale, nonché sulla salute e sulla sicurezza sui luoghi di lavoro e fornire consulenze gratuite in merito a specifiche problematiche poste dai colleghi che ne faranno richiesta.

Ogni infermiere ha il diritto dovere di essere adeguatamente informato e pienamente consapevole circa la valutazione dei rischi derivanti dall'esercizio professionale, degli adempimenti, degli obblighi e delle “norme vigenti in materia di salute e sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori nei luoghi di lavoro” così come stabilito dal DLgs. n°81/08. E' illuminante a questo riguardo una sentenza del Tar (Tribunale amministrativo regionale) siciliano, che pur se abbastanza datata, è ancora attualissima. Potremmo così sintetizzarla: Il lavoratore che chiede di avere una copia del documento sulla valutazione dei rischi ha diritto ad ottenerla. Ovvero la legge sulla trasparenza prevale sul decreto sulla sicurezza.

E' questo il principio affermato dal Tribunale Amministrativo per

la Sicilia, con una sentenza depositata il 13 maggio 2003. I giudici amministrativi hanno accolto un ricorso presentato da una docente, che si era vista rifiutare una domanda di accesso agli atti, riguardante la documentazione che viene predisposta dal dirigente scolastico per valutare i rischi, secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo n.626 del 1994 [oggi D.Lgs.81/08] sulla sicurezza sul lavoro.

La stessa norma, peraltro, prevede che la pubblicità del documento dei rischi possa essere soddisfatta anche affiggendone all'albo una parte. Ma il Tribunale Amministrativo ha ritenuto che questa prescrizione non possa annullare gli effetti della legge sulla trasparenza amministrativa, che dispone la facoltà di accedere agli atti amministrativi da parte di tutti i soggetti portatori di interesse giuridico qualificato. Come, per esempio, il lavoratore in servizio nell'unità produttiva a cui si riferisce il documento.

Componenti la commissione sono i Consiglieri Luigi Lembo, con funzione di presidente, Gennaro Sanges, Giovanni De Rosa. I colleghi Catania Maria, Papi Giuseppe e Calignano Prisco. Notizie, aggiornamenti, approfondimenti, risposte ad eventuali questioni poste dagli iscritti sui temi della sicurezza, saranno pubblicati sulla rivista Napolisana e sul sito del Collegio Ipasvi di Napoli. Per rivolgersi alla Commissione via posta elettronica è possibile utilizzare il seguente indirizzo: ipasvinapoli@gmail.com



Gli Infermieri protagonisti all'Isola della Salute

di Ilaria Rossi

Tre giorni di prevenzione, informazioni e promozione della salute. Si è svolto con un bagno di folla e uno speciale impegno degli infermieri di Napoli “La Giornata Nazionale della Previdenza e del Lavoro”. Un evento dedicato al mondo delle pensioni e del welfare, ma dove gli infermieri hanno agito da protagonisti. Il Collegio Ipasvi di Napoli ha partecipato con il proprio know how e le proprie risorse, mettendo a disposizione dei cittadini un ambulatorio presidiato dai volontari del gruppo Cives. Qui, gli infermieri della protezione civile hanno effettuato vari interventi. Quello più apprezzato, anche dagli organizzatori, le manovre di rianimazione cardiopolmonare, di distruzione delle vie aeree, l'utilizzo del defibrillatore. Una specialità targata Cives, ovvero i volontari della protezione civile. Gli infermieri di Napoli sono stati il motore trainante dell'Isola della salute. Grazie alla professionalità e all'entusiasmo con cui hanno partecipato e che ha

contagiato tutta l'Isola hanno significativamente contribuito al successo della manifestazione ed al raggiungimento degli obiettivi che l'organizzazione si era prefissata: sensibilizzare e spronare più visitatori possibile a prendersi cura del proprio organismo attraverso una corretta alimentazione, un sano stile di vita e un'efficace piano di prevenzione personale, nonché formare i visitatori attraverso dimostrazioni per il primo soccorso.

Nel corso della tre giorni si è svolto il Festival Salute & Benessere, un vero e proprio evento nell'evento, che ha avuto l'obiettivo di informare e avvicinare tutti i visitatori della manifestazione alle buone pratiche per un'efficace piano di prevenzione personale, primo step per un welfare attivo in materia di sanità e salute, nonché il primo passo per ridurre l'impatto sulla spesa sanitaria sia nazionale sia familiare. I visitatori hanno avuto l'opportunità di informarsi sulle campagne di prevenzione attive; di partecipare a incontri mirati a specifiche problematiche; di sottoporsi a un check-up sanitario. Presso gli



stand dell'isola della salute si sono potuti sottoporre a esami di primo livello, visite specialistiche e consulti, tutto ciò gratuitamente. Un ringraziamento speciale va quindi tutti gli infermieri volontari del Cives che per tre giorni hanno vissuto e si sono dedicati con competenza e passione alla manifestazione, rispettando l'impegno che gli infermieri hanno assunto nei confronti dei cittadini; “essere sempre al loro fianco”!



I Collegi
della Campania
informano

QUI BENEVENTO

Infermieri candidati Lusinghiere affermazioni

di Andrea Della Ratta

Nella città di Benevento e in molti Comuni della Provincia sannita, il 5 giugno scorso si sono tenute le elezioni per il rinnovo dei Consigli Comunali. Il Collegio provinciale Ipasvi di Benevento, pur nella consapevolezza che le politiche sanitarie sono disciplinate e governate a livello centrale dalla Regione, rimarca la centralità rivestita dalle Comunità locali, sui temi della "salute", intesi come mantenimento, promozione e tutela della stessa, prevenzione della malattia e diritto dell'accesso alle cure ed ai servizi, così come sancito dall'articolo 32 della Costituzione. Consideriamo quindi un segno di ulteriore impegno sociale e civile da parte degli infermieri il fatto che diversi iscritti al Collegio Provinciale di Benevento siano stati candidati in schieramenti politici diversi, in liste civiche, come consiglieri e in qualche comune come Sindaco. Al di là e nel rispetto delle diverse fedi politiche, ci onora il fatto che la professione infermieristica venga riconosciuta dai cittadini come portatrice di alti valori morali e sociali, di serietà e di impegno. Soprattutto se, come difatti è successo, molti dei candidati infermieri abbiano ottenuto importanti e lusinghiere affermazioni. Ad essi va il nostro in bocca al lupo per l'importante, responsabile e oneroso compito al quale saranno chiamati. Ai cittadini elettori il nostro ringraziamento per aver sostenuto i nostri candidati ed per aver accolto con tanto slancio il nostro appello al voto. Siamo convinti che i valori che devono ispirare l'azione politica

all'interno di una comunità debbano essere quelli della competenza, dell'onestà, della professionalità, di un profondo senso civico e rispetto per la persona. Sono i valori che guidano l'agire degli infermieri ogni giorno sul posto di lavoro.

E sono certo sono gli stessi che hanno ispirato l'impegno politico dei nostri iscritti. Vista la centralità dell'Infermiere nel mondo della salute e della sanità, le competenze specifiche nella pianificazione, gestione e valutazione delle attività assistenziali, siamo certi che i



FUCCI Nunzia

CALLARO Patrizia

ANNESE Giovanna

FALATO Silvana

TADDEO Annunziata

PALUMBO Emilia

candidati eletti sapranno perseguire politiche di buona gestione e di integrazione nel sociale e nel sanitario, nell'interesse di tutta la cittadinanza e del territorio.

QUESTI I VOTI RIPORTATI DAI NOSTRI ISCRITTI.

FUCCI Nunzia - lista insieme - Voti 13;

CALLARO Patrizia - lista con Mastella sindaco - Voti 221;

ANNESE Giovanna - San Giorgio del Sannio - lista Ricci - Voti 400 prima eletta nella minoranza;

FALATO SILVANA - Lista Mov.5 stelle - Voti 104;

TADDEO ANNUNZIATA - Lista Alleanza riformista - Voti 394 Eletta;

PALUMBO EMILIA - Lista Democratici lealtà per Benevento - Voti 14

Dentro
la professione

L'ambulatorio diabetologico

di Giuseppina Borriello*, Alfredo La Monica**

ABSTRACT

Il diabete è una malattia epidemica che ha conseguenze notevoli sull'assistenza sanitaria di tutti i Paesi. Il piede diabetico è la complicanza più grave e colpisce circa il 15% dei soggetti affetti da tale patologia. Anche all'interno del Piano Nazionale Diabete vengono date indicazioni per l'assistenza integrata e la presa in carico da parte del team multidisciplinare dei casi complessi, che presentano delle gravi complicanze. Ciò per permettere la stadiazione tempestiva del paziente che orienterà per una bassa, media o alta intensità di cura: i tre livelli trovano la loro collocazione negli ambulatori di diabetologia e nel centro specialistico per la cura del piede diabetico. Il Centro di Diabetologia e Malattie metaboliche si occupa in regime ambulatoriale della diagnosi, della cura e della prevenzione del diabete mellito, anche attraverso l'educazione terapeutica. Tale centro è una realtà innovativa, che affronta la patologia con un'ottica a tutto tondo, prendendo in esame non solo lo scompenso glicemico, ma anche le patologie da esso generate.

PAROLE CHIAVE: diabete, piede diabetico, prevenzione, ambulatorio diabetologico, educazione terapeutica, assistenza, auto-cura.

INTRODUZIONE

Entro il 2025, secondo il rapporto dell'Oms., il numero dei diabetici arriverà a 380 milioni. L'interesse della medicina e della ricerca scientifica verso questa patologia ha portato a notevoli progressi nella sua cura, tanto da arrivare ad un aumento dell'aspettativa di vita dei soggetti colpiti. Ciò nonostante, il diabete mellito rimane una delle patologie più invalidanti con numerose complicanze. Anche nel Piano Nazionale Diabete si evidenzia come l'affezione diabetica ha un impatto sociale, economico e sanitario notevole ed impone la ricerca di tragitti organizzativi in grado di sminuire il più possibile l'incidenza degli eventi acuti o delle complicanze invalidanti che comportano costi elevatissimi, diretti e indiretti. Per rispondere ai bisogni globali dei pazienti e garantire le migliori prestazioni possibili, sono sorti su tutto il territorio nazionale degli ambulatori, presso i quali i diabetici possono consultare tutti gli specialisti in grado di affrontare le loro patologie. In tali strutture gli operatori sanitari per assistere gli utenti, utilizzano le tecniche dell'educazione terapeutica che è un'attività sanitaria che è entrata a far parte della gestione dei pazienti affetti da malattie croniche. L'educazione del paziente è importante non solo nella prevenzione delle complicanze della malattia, ma riflette anche una nuova interpretazione del ruolo dell'utente, che diventa il medico di sé stesso per un periodo di tempo concordato con il curante. L'idea non è recente, in quanto già da molto tempo l'educazione sanitaria asseriva il principio che ogni persona è il principale responsabile della propria salute. Malgrado ciò, l'educazione del paziente, al contrario dell'educazione sanitaria, si rivolge, per definizione, ad un malato cronico per il quale l'apprendimento delle competenze e dei comportamenti da osservare è fondamentale per vivere. In effetti, la

loro applicazione può ritardare le complicanze della malattia e ridurre lo stato di dipendenza del paziente, consentendogli di governare il proprio handicap nella vita di ogni giorno. Il punto di vista del malato, il suo grado di accettazione della patologia, le sue competenze e capacità, influenzano la sua motivazione ad apprendere. Per tutti questi motivi, il paziente cronico è un discente particolare che ha

bisogno di una formazione adeguata. Per meglio impostare il programma educativo, preliminarmente, bisogna cercare di capire cosa sa il paziente della propria malattia, per identificare le concezioni sbagliate, le lacune, gli errori di ragionamento, l'incapacità di compiere alcuni gesti. È importante capire come ha organizzato le sue conoscenze sulla patologia da cui è affetto e come prende le decisioni in merito ad essa. È, inoltre, essenziale valutare le capacità intellettuali e culturali, la padronanza della lingua, della lettura e della scrittura. In sintesi è proprio negli ambulatori di diabetologia che si potrà organizzare un percorso del genere, tenendo presente che il progetto educativo citato si rivolge a persone affette da una patologia cronica e che tra l'altro, si provvede all'inquadramento generale clinico metabolico del paziente, alla cura dei casi più semplici ed a una prima valutazione delle lesioni al piede, inviando i casi più complessi presso centri specializzati nella cura del piede diabetico.

La terapia del diabete richiede competenze diverse, perciò i pazienti in questi ambulatori sono seguiti da un team diabetologico, multidisciplinare. Il team diabetologico non è un'espressione vuota. Esso è formato da una componente medica e dagli operatori sanitari e tutti lavorano per lo stesso fine, ossia prevenire il prima possibile le complicanze del diabete e fornire servizi efficaci per facilitare la promozione della salute dei pazienti diabetici. Infatti, secondo il protocollo raccomandato dall'American Diabetes Association (ADA), una delle tattiche preventive nella cura del diabete è l'approccio multidisciplinare. Il team multidisciplinare riduce i tassi di amputazione del 50-85%, prevenendo le complicanze del diabete e riducendo i costi. Nel team gli infermieri hanno un ruolo determinante nella prevenzione delle ulcere del piede e amputazione degli arti inferiori attraverso interventi educativi e screening di persone ad alto rischio. Inoltre, possono facilitare la partecipazione attiva dei pazienti e dei loro familiari nella cura e possono insegnare loro, ad esempio, l'importanza delle visite periodiche, degli esami del sangue a intervalli specificati e dell'osservanza del percorso terapeutico dei pazienti. In occasione delle visite di controllo, si potrà anche fare il punto della situazione sul livello di adesione al progetto educativo, verificando lo stato delle conoscenze e la maniera con cui vengono applicate. In tal modo si potranno apportare, eventualmente, delle variazioni e si potrà continuare ad educare i pa-



continua da pagina 35

zienti. Il team degli ambulatori diabetologici dunque si occupa di diagnosticare, prevenire, e curare la malattia diabetica e le sue complicanze con lo scopo precipuo di assicurare la continuità assistenziale del paziente evitando inutili frammentazioni del percorso clinico-terapeutico con la funzione di raccordo ambulatoriale tra i diversi settori interni al distretto di riferimento.

IL SISTEMA OPERATIVO DEGLI AMBULATORI

Gli ambulatori utilizzano una logica unitaria di sistema che crei uniformità di trattamento, garantendo l'uso di buone pratiche in modo da facilitare o ridurre gli accessi, snellendo le procedure, integrando e mettendo in comunicazione le varie funzioni specialistiche con riduzione di tempo delle prestazioni erogate, migliorando sia l'informazione che l'educazione al paziente e al familiare.

Tali attività si articolano in due macro - obiettivi:

1. accoglienza con presa in carico del paziente che si espleta anche grazie al supporto dei servizi sia sanitari che amministrativi e nel potenziamento dell'adesione al percorso di cura;
2. attività di informazione ed educazione terapeutica strutturata, svolte in sintonia al piano di cura definito dal team diabetologico multidisciplinare.

Per ottenere tutto ciò, occorre:

- analisi e lettura del bisogno, anche non espresso;
- educazione strutturata individuale e di gruppo per target di pazienti al fine di rafforzare la capacità di autogestione della malattia;
- costruzione e somministrazione di questionari pre e post sedute educazionali utili a fornire indicazioni sull'efficacia dell'intervento e a costruire ipotesi sulle rappresentazioni che i pazienti hanno della malattia e del suo trattamento.

Il Team per la cura del piede diabetico dell'ambulatorio è formato da un MMG, un infermiere, un educatore, un podologo, un tecnico ortopedico e alcuni consulenti come: chirurgo vascolare, specialista ortopedico, dietista e dietologo.

Le attività svolte dall'ambulatorio sono la diagnosi e la cura delle lesioni attive e delle condizioni pre - ulcerative, la correzione delle alterazioni dell'appoggio plantare, in collaborazione con un laboratorio di tecnica ortopedica, la prevenzione delle recidive, l'educazione dei pazienti a rischio di lesioni.

Anche se tutti i membri del team contribuiscono alla riduzione dell'incidenza di ulcere del piede e amputazione, il ruolo di infermiere e podologo è centrale.

Gli infermieri combinano scienza e arte per fornire servizi sanitari ottimali e si prefiggono di eliminare ostacoli emotivi, mentali alla guarigione, tenendo anche conto delle esigenze fisiche, sociali, culturali e spirituali del paziente.

In effetti il miglioramento dei servizi di cura e salute del paziente è una delle sfide più importanti del terzo millennio e, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, sono proprio gli infermieri, tra gli operatori della salute, uno dei gruppi professionali più coinvolti nell'assicurare tale miglioramento.

CONCLUSIONI

Per cercare di arginare la crescente diffusione del diabete, alla base dell'assistenza devono esserci dei programmi di educazione, di prevenzione e cura da effettuare negli ambulatori diabetologici.

D'altronde anche nell'ultimo Piano Nazionale Diabete tra gli obiettivi precipui vi sono l'educazione della persona all'autogestione

consapevole della malattia e del percorso di cura; una comunicazione efficace tra i vari livelli organizzativi per realizzare concretamente la continuità assistenziale; definire ruoli, competenze, attività e risultati attesi degli operatori impegnati nella cura della persona con diabete in tutti i livelli assistenziali; l'allocatione di risorse idonee all'ottenimento dei risultati. Per realizzare tutto questo il team multidisciplinare, tra l'altro, deve frequentare corsi di formazione continua per utilizzare i nuovi approcci nella cura di tale patologia, in particolare per il piede diabetico, una complicanza che provoca grave disabilità e invalidità. Avendo avuto un percorso formativo mirato, l'equipe assistenziale sarà in grado di rispondere nel modo più efficace e completo possibile ai bisogni di cura del paziente. Inoltre, diversi studi suggeriscono che anche l'educazione terapeutica del paziente, circa la cura del piede, è efficace nella prevenzione delle ulcere del piede diabetico. In tal senso, risultano fondamentali le competenze educative dell'infermiere che racchiudono conoscenza, perizia, capacità comunicativa e di adattamento alle risorse psicologiche, sociali economiche e familiari del paziente. Compreso in tale intento vi è la promozione dell'educazione del paziente all'auto-cura che costituisce uno degli sviluppi più importanti per questo malato. Essa rappresenta una necessità sotto diversi aspetti, da quello economico a quello etico e si propone di offrire all'utente le conoscenze e le competenze per gestire insieme all'infermiere la propria malattia.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Aalaa M. et al. Nurses' role in diabetic foot prevention and care: a review. *J Diabetes Metab Disord.* 2012; 11(24): 1-6. Doi: 10.1186/2251-6581-11-24.
- 2) Leila Yazdanpanah et al. Literature review on the management of diabetic foot ulcer. *World J Diabetes.* 2015 Feb 15; 6(1): 37-53.
- 3) L. Monge. L'Assistenza integrale nel piede diabetico: il percorso diagnostico-terapeutico. *G. It. Diabetol. Metab.* 2009; 29:197-206.
- 4) Walter De Bigontina. Verifica del processo di educazione terapeutica e miglioramento continuo. Il piede diabetico. Educazione Terapeutica Strutturata, Torino. UTET S.p.A. Divisione Periodici Scientifici; 2002.
- 5) Progetto IGEA. Gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 dell'adulto. Documento di indirizzo. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore gennaio 2008. http://www.epicentro.iss.it/igea/doc_indirizzo.asp
- 6) C. Caligiore. Il piede diabetico: competenze infermieristiche. Fonte: SIAPAV - XXVI Congresso Nazionale - Messina 2004.
- 7) Piano Nazionale Diabete. Ministero della Salute. Supplemento ordinario n. 9 alla Gazzetta Ufficiale del 07/02/2013.

*Infermiera libero-professionista; giusyborriello93@gmail.com

** Docente di Infermieristica alla SUN ed alla Federico II di Napoli; Coordinatore infermieristico A.O. "G. Rummo" Benevento.



Dentro
la professione

I rischi domestici: il ruolo dell'infermiere nella promozione della sicurezza a domicilio

a cura di Rita Nardone* Anna De Vita**

Gli incidenti domestici rappresentano un problema di salute pubblica rilevante, sia in termini di vite umane e di invalidità permanenti sia in termini di costi socio-sanitari. Fino a pochi anni orsono, non c'era la possibilità di monitorizzare il fenomeno a livello Nazionale e, quindi, non si disponeva di un sufficiente grado di completezza dell'informazione che permettesse la formulazione di strategie di intervento. Questo vuoto è stato colmato con la Legge 03/12/1999 n° 493, che ha istituito il Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA), presso il Dipartimento di Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria dell'Istituto Superiore di Sanità, cui tutti gli Osservatori epidemiologici sono tenuti a inviare i loro dati di competenza. Questo sistema raccoglie i dati provenienti dai Pronto Soccorso e permette di classificare gli incidenti domestici secondo numerose variabili di tipo ambientale e sanitario. Le casalinghe, con quasi 4 incidenti su 10, sono un gruppo di popolazione particolarmente esposta. A rischio sono anche gli anziani (> 64 anni) e i bambini più piccoli (< 6 anni). Ogni anno in Italia, secondo le indagini Istat, si verificano più di 3 milioni di casi d'incidente domestico. Circa 1 milione e 700 mila dei soggetti coinvolti richiede assistenza di pronto soccorso (PS) e, secondo le stime dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) del 2010, circa 130.000 sono stati ricoverati e 5.500 muoiono. I fattori di rischio possono essere classificati in tre grandi categorie:

1. fattori ambientali;
2. fattori individuali;
3. fattori comportamentali.

Per quanto riguarda i fattori di rischio ambientali, l'ambiente domestico dovrebbe essere progettato e arredato al fine di evitare o

almeno ridurre il rischio d'incidente domestico.

Per i fattori di rischio individuale, statisticamente anziani e bambini sono le categorie maggiormente a rischio d'infortunio in ambiente domestico insieme a soggetti che presentano determinate patologie o disabilità. Nell'ambito dei cosiddetti fattori di rischio comportamentali possiamo individuare quelli relativi ai modi d'uso dei luoghi e degli oggetti, quali il disordine, la fretta e il cattivo uso delle attrezzature.

La vita tra le mura domestiche è caratterizzata dallo svolgersi di una serie di attività,



che danno per scontato che vi sia capacità, da parte di un soggetto, di muoversi e di interagire con l'ambiente in modo corretto e sicuro. Spesso però, tra i soggetti che abitano in una casa, si trovano persone che non possiedono completamente queste facoltà, poiché presentano alterazioni o limitazioni del movimento e delle capacità cognitive tali da costituire dei fattori di rischio per gli incidenti domestici. Si tratta di persone che per caratteristiche fisiologiche o patologiche non sono in grado di svolgere in tutta sicurezza le attività quotidiane: bambini, anziani, disabili. La caduta è l'incidente che più si verifica a casa del paziente e vede coinvolte

diverse categorie (donne, bambini e anziani). In particolare si manifesta nella categoria degli anziani fragili che sono quei soggetti di età avanzata, affetti cronicamente da più patologie, con stato di salute instabile, frequentemente disabili, in cui gli effetti dell'invecchiamento e delle malattie sono spesso complicati da problematiche di tipo socio-economico. Le cadute degli anziani rappresentano una priorità per la sanità pubblica a causa della loro frequenza, del ricorso all'istituzionalizzazione che è associata ai suoi esiti, dell'elevata probabilità di causare o aggravare disabilità e del-

l'elevata mortalità. Non va peraltro sottovalutato l'aspetto sociale legato all'impatto psicologico che questo tipo di infortuni ha sulla popolazione anziana infatti può comportare una riduzione della qualità di vita per la paura di cadere e la perdita di sicurezza con un declino della funzionalità, depressione e isolamento sociale. Oltre agli anziani, ai bambini e ai disabili, anche le donne sono a rischio di incidente domestico. Il lavoro svolto in casa, come casalinga, collaboratrice domestica o come assistente ad anziani o persone malate, può comportare dei rischi a causa di distrazione, fretta, eccessiva sicurezza di sé o per mancanza di alcune informazioni necessarie

come l'utilizzo corretto di elettrodomestici o la corretta postura durante le attività quotidiane. Per questo motivo, quando si lavora in casa è bene prestare attenzione a come si svolgono le attività, all'ambiente in cui ci si trova, alle sostanze usate o presenti in casa e alle possibili malattie da cui possono essere affette le persone che si assistono. Alla luce di quanto esposto ci si chiede come si colloca l'infermiere nel ruolo della sicurezza a domicilio. La professione infermieristica è sempre più catapultata sul territorio per cui l'infermiere ha maggiori occasioni per conoscere la casa del paziente ed eventuali pericoli presenti e con interventi mirati di

continua da pagina 37

educazione sanitaria può promuovere l'acquisizione di comportamenti cosiddetti "sicuri". La sicurezza è uno dei bisogni fondamentali dell'uomo secondo la ben nota teoria "Piramide dei bisogni" elaborata da A. Maslow nel 1954. L'infermiere fornisce un prezioso e competente aiuto per prevenire l'accadimento di un incidente domestico declinando attivamente una delle sue funzioni peculiari: la prevenzione. Prevenzione deriva dal latino *prae-venire* ed indica l'azione di "arrivare prima", "precedere", "anticipare", provvedere in anticipo come se fosse una sfida contro qualcosa-qualcuno che si conosce, che va affrontata ed evitata. Prevede interventi finalizzati alla correzione di comportamenti a rischio:

1. dare avvertimenti (pre-avvisare);
2. guidare nella corsia giusta (pre-vista);
3. nel tentativo di arrivare prima di una loro manifestazione distruttiva (pre-venire).

È noto che abitudini consolidate, il sottovalutare il rischio, la cattiva presa di coscienza del pericolo ma soprattutto gli errori di comportamento, possono generare l'infortunio, ed è proprio qui che entra in gioco la promozione della sicurezza. Per consentire l'acquisizione di consapevolezza dei rischi, l'infermiere, deve tener conto delle esperienze di ciascun componente a rischio della famiglia rispetto agli incidenti domestici, e a partire da questo, fornire informazioni ed indicazioni sui comportamenti da adottare per ridurre il rischio o intervenire in maniera efficace in caso di incidente. In questo modo, le informazioni e le indicazioni fornite non sono recepite come informazioni estranee alla propria realtà, ma vengono inglobate nell'esperienza personale. Sulla sicurezza domestica pesa fortemente l'impossibilità di istituire forme di controllo: non si possono imporre all'individuo le stesse verifiche previste altrove, per questo la principale strategia preventiva parte dal far leva sui comportamenti della singola persona, rilevare i fattori di rischio e suggerirne la rimozione. Spesso le abitazioni non garantiscono i criteri necessari alla sicurezza né tanto meno quelli per il movimento fisiologico delle persone che vi abitano, soprattutto anziani, bambini e disabili. Gli spazi infatti, dovrebbero essere sempre sufficientemente ampi in modo da permettere non solo gli spostamenti senza il superamento degli ostacoli o dell'ingombro del



mobiliario ma anche lo spazio di manovra di un ausilio ingombrante come una carrozzina o altri ausili (bastone, tripode, deambulatori). Alcune stanze dovrebbero essere pensate in funzione del loro arredamento come il bagno e la cucina, ad esempio: in cucina non dovrebbero esserci intralci nello spazio tra i fornelli e i piani adiacenti in modo da poter manovrare e spostare gli oggetti bollenti senza rischio di farli cadere. In bagno è opportuno evitare le superfici scivolose, installare maniglioni in corrispondenza della tazza WC e nella doccia/vasca per fornire maggiore sostegno, porre nella vasca bagno e in doccia un sistema di chiamata facilmente raggiungibile anche dalla posizione sdraiata. Anche la presenza di animali domestici può costituire una situazione di pericolo, specie se sono di piccola taglia, poiché possono presentare un rischio d'inciampo per le persone più anziane. Importante è l'illuminazione che deve essere adeguata, continua, in maniera da garantire l'assenza di zone d'ombra o fenomeni di abbagliamento. Anche per i tappeti ci sono regole da rispettare, infatti, devono essere fissati al pavimento da reti antiscivolo, avere una buona rigidità ed essere privi di frange. L'infermiere è in grado di valutare i potenziali fattori di rischio e di stabilire gli obiettivi da raggiungere insieme al paziente al fine di migliorare la sicurezza nella propria casa, di far conoscere e saper gestire in maniera efficace le proprie componenti emotive e razionali di fronte ad un rischio o ad un pericolo e di rendere le persone capaci di adottare atteggiamenti e comportamenti sicuri ed adeguati in una situazione di pericolo. In questo modo si aumentano le possibilità delle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e sui

propri ambienti operando scelte favorevoli. Alla luce di ciò diventa prioritario l'analisi del contesto socioculturale nel quale l'infermiere, insieme ad altre figure professionali, si trovano ad agire. La funzione educativa è strettamente legata a quella assistenziale, educare il paziente alla sicurezza vuol dire renderlo autonomo e aiutarlo a trasformare l'ambiente poco sicuro in un nuovo ambiente confortevole e privo di rischi. È importante che il pa-

ziente si adatti all'ambiente fisico che lo circonda grazie ai consigli che l'infermiere fornisce in tal senso. Per concludere possiamo affermare che un obiettivo fondamentale dell'infermiere a domicilio è la sensibilizzazione alla percezione del rischio ed all'importanza della prevenzione, nell'intento di diffondere una cultura della sicurezza anche in ambiente domestico.

* Infermiera neo laureata presso l'Università degli Studi di Napoli

** Direttore del corso di laurea in Infermieristica Polo Didattico A.O. "G. Rummo" di Benevento

BIBLIOGRAFIA:

1. C. Aguzzoli, F. Aizza, A.R. Bianchi, M. Bovenzi, et al. Infortuni nelle abitazioni, Manuale tecnico per gli operatori della prevenzione. Ministero della Salute.
2. M. Natali, M. Palazzi, A. Ballarini, M. Bartoli, et al. Casa salvi tutti: pratiche di prevenzione degli incidenti domestici in Emilia Romagna. Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna.
3. A. Piatti, R. Salvadori. Bambini e sicurezza, raccomandazioni per prevenire gli incidenti domestici. Regione Veneto azienda ULSS n. 6 "VICENZA" servizio per l'educazione e la promozione della salute.
4. A. Bavazzano, E. Badiani, S. Bandinelli, F. Benvenuti, et al. La fragilità dell'anziano. Linea guida Consiglio Sanitario Regionale. Regione Toscana.
5. A. De Santi, P. Zuccaro, F. Filipponi, A. Minutillo, R. Guerra. Rapporti ISTISAN 10/3. La promozione della salute nelle scuole, prevenzione degli incidenti stradali e domestici. Istituto Superiore di Sanità.

Dentro
la professione

Un aspetto dell'assistenza multietnica: Le "Sindromi Culturalmente Determinate"

a cura di Sharon Magliaro*, Anna De Vita**

“Prendersi cura degli esseri umani è un fenomeno universale, ma le modalità, i processi e i modelli variano da una cultura all'altra”. Così teorizzava fin dalla metà del secolo scorso Madleine Leninger, fondatrice dell'assistenza transculturale, una sfaccettatura del nursing che analizza e compara le diverse culture considerando valori, credenze e pratiche infermieristiche, gettando le basi del nursing transculturale con il Modello del "Sole Nascente". Tale modello, riconosciuto universalmente, ha assunto un'importanza sempre maggiore nella formazione infermieristica italiana, per il forte cambiamento di fisionomia dell'utenza della sanità, connotata dall'incontro di persone provenienti da Paesi diversi a causa dei forti flussi migratori degli ultimi anni. Questo ha portato i profes-

sionisti del settore e anche gli infermieri, a interagire con i vari problemi culturali di utenti provenienti da etnie diverse. Il "Modello del sole nascente" offre un'immagine visiva, o meglio una mappa concettuale, che serve da guida per l'esplorazione della cultura, permettendo all'infermiere di muoversi sistematicamente attraverso i principi fondamentali della teoria con l'obiettivo di fornire un'assistenza culturalmente competente. Il modello permette, attraverso la sensibilizzazione degli infermieri costantemente impegnati nella ricerca di differenze e similitudini nelle diverse culture, di costruire un atteggiamento di apertura

verso i pazienti stranieri che necessitano di cure. Esso può essere recepito all'interno della cartella infermieristica per pianificare l'assistenza, tenendo conto di taluni aspetti molte volte trascurati: credenze, religione, consuetudini. La sua utilità può essere inoltre supportata da un'altra motivazione: l'interesse primario della Scienza Infermieristica, che pone al centro la persona, considerata dal punto di vista del continuum salute-malattia, e olisticamente intesa nelle dimensioni: biofisiologica, psicologica e socio-culturale. L'implementazione del nursing transculturale ha dunque lo scopo di migliorare la visione completa del paziente/persona, considerando che l'assenza di assistenza culturalmente congruente, la mancata conoscenza e padronanza delle pratiche e delle culture in maniera approfondita, possono comportare non rispondenza, tensione e preoccupazione etico morale. L'infermiere, oltre alla formazione di

base, può attrezzarsi per l'incontro con la persona "altra" mediante la formazione continua in medicina, approfondendo lo studio delle principali culture con cui si trova ad interagire. Di pari passo con i cambiamenti culturali della società in cui si trova ad operare, l'infermiere ha bisogno di conoscere le diverse modalità di approccio alle varie culture, di rinnovare continuamente le sue competenze relazionali aumentando quelle in ambito culturale. Sappiamo quanto sia complesso pervenire ad un'unica definizione del concetto di cultura ma quella che ci sembra più rispondente al nostro tema così recita: "Cultura o civiltà, intesa nel suo ampio senso etnografico, è quell'insieme complesso che include le conoscenze, le credenze, l'arte, la morale, il diritto, il costume e qualunque altra capacità e abitudine acquisita dall'uomo in quanto membro di una società". Alla luce di ciò, tra le varie abitudini in uso in alcuni Paesi della fascia



africana molto si è discusso riguardo le pratiche di mutilazione genitale femminile (MGF); si tratta di interventi che comportano la rimozione non terapeutica, parziale o totale degli organi genitali femminili. Questa pratica riguarda più di 125 milioni di donne e bambine. Nonostante la recente Risoluzione dell'ONU del 20 Dicembre 2012, che mette al bando le MGF come violazione dei diritti umani, la maggioranza delle donne che vivono nei Paesi a tradizione escissoria continua a non abbandonare tale pratica. Essa infatti rappresenta una "norma sociale" rilevante per la cultura della comunità, e contribuisce simbolicamente alla costruzione dell'iden-

tità di genere e al processo di socializzazione e di accettazione delle bambine nella vita adulta. Una mancata adesione alla "norma sociale" può comportare disapprovazione e discriminazione. Secondo tale prospettiva, le donne si vedono costrette a sottostare a tale pratica per evitare l'isolamento sociale e il mancato matrimonio. Proprio a causa dei flussi migratori di donne straniere provenienti dai Paesi africani possiamo frequentemente trovarci ad interagire con queste realtà culturali. Molto meno conosciuti, invece, sono gli aspetti che riguardano la percezione della malattia di popolazioni che vivono in alcuni Paesi lontani da noi, definiti Paesi "esotici". Tali aspetti proprio per la loro ricaduta sociale sono stati oggetto di studio da parte di antropologi e psichiatri; si tratta delle "culture bound syndrome". Il termine può essere tradotto con "sindrome culturalmente determinata" ed indica un insieme eterogeneo di di-

continua a pagina 40

Dentro la professione

continua da pagina 39

sturbi cognitivi e comportamentali, cosiddette sindromi, diffuse generalmente in specifici contesti geografici. È interessante descrivere le più frequenti, per cercare di comprendere il meccanismo psicologico che le determina. Tra queste:

- **l'Amok:** si tratta di un improvviso attacco omicida che colpisce in particolare giovani uomini. L'individuo affetto inizia a correre armato e colpisce chiunque incontri sul suo cammino. Tale crisi si conclude con l'uccisione o la cattura dell'uomo che nel caso in cui sopravviva non ricorda nulla dell'accaduto. Questa sindrome è stata identificata nell'Asia Sud-Orientale, Indonesia, Thailandia.

- Nella regione della Groenlandia, in Alaska e nell'artico canadese è stato identificato il "Pibloqtoq", caratterizzato da una smania incontrollabile di lasciare il proprio rifugio, strapparsi di dosso i vestiti ed esporsi all'inverno artico.

- Presso alcune tribù amerindiane si crede che esista il Withigo, un gigantesco spirito cannibale fatto di ghiaccio. Sono frequenti le "psicosi da Withigo", caratterizzate da un forte stato d'ansia e dalla paura di trasformarsi in Withigo, e di poter mettere in atto comportamenti cannibalici.

- Tra i giovani uomini del Sud-Est asiatico e attualmente anche in alcuni Paesi africani è stata osservata la sindrome del "Koro". Questa comporta la convinzione delirante che il proprio pene si stia ritraendo nell'addome e che, a ritrazione completata, sopraggiungerà la morte. Tentativi dettati dal panico di impedire al pene di ritrarsi possono provocare gravi danni fisici.

- Tra le donne Malaysiane, è riscontrabile il "Latah". È caratterizzato da un comportamento incontrollabile, che si discosta da quello abituale per la persona, ad esempio utilizzare un linguaggio osceno. Queste sindromi sono associate ad un insieme di stress individuali unitamente alle rappresentazioni del benessere ed agli ideali che ispirano quelle stesse culture. Infatti, l'abitante della Malesia è incoraggiato dalla stessa società a mettere in atto tale comportamento nel momento in cui si trova a sperimentare una sensazione di malessere ed umiliazione, come ad esempio essere esposto ripetutamente ad insulti, vivere un'esperienza di scacco particolarmente frustrante, o avere la sensazione di condurre un'esistenza priva di significato. Quanto più un individuo è mortificato, tanto più deve essere plateale la risposta che porta al riscatto. Come già detto, alcuni antropologi e psichiatri hanno studiato queste sindromi in una prospettiva epidemiologica, classificando le categorie popolari delle malattie di particolari società, per cercarne la corrispondenza con la diversità culturale. Secondo il modello da loro costruito in base alla cultura, gli individui selezionano alcuni sintomi associati ad una condizione di malattia e ne mettono in ombra altri: ogni società distingue comportamenti normali e patologici in modo peculiare. Di conseguenza anche il disagio prodotto da ogni cultura è unico e non confrontabile con il disagio prodotto da altre culture. Dunque le sindromi culturali sono espressioni "culturalmente elaborate" di fenomeni neuropsicologici o psicopatologici. Una sindrome legata alla cultura è espressione di costrutti specifici della stessa e non può essere appresa in modo accontestualizzato. Quanto descritto può sembrare lontano dalla nostra realtà quotidiana, pur



tuttavia non possiamo ignorare tali aspetti, proprio perché viviamo in un contesto dai molteplici colori. In una società multietnica è necessario ricercare ed adottare approcci che tengano conto della diversità culturale e che rendano possibile anche il trattamento delle "psicopatologie dell'immigrazione". È importante nel nostro Paese predisporre spazi di cura ed assistenza dotati di maggiore sensibilità culturale. D'altro canto è specularmente importante tenere conto nella pratica clinica che proprio i flussi migratori, la globalizzazione, favoriscono lo sviluppo di un processo di omogeneizzazione delle culture. Esiste la possibilità che persone appartenenti ad orizzonti culturali differenti si incontrino e procedano ad un interscambio di usi, costumi, credenze ed abitudini, mettendo pesantemente in crisi l'idea che possano esistere culture separate, immobili, legate ad un solo contesto. Così come abbiamo iniziato, ci piace concludere con una frase di Madleine Leninger, la cui teoria è più che mai attuale e applicabile anche nel nostro contesto nazionale:

"Questa è l'era della consapevolezza culturale con il bisogno critico di capire e lavorare con persone con diversi stili di vita e di diverse parti del mondo. Oggi tutto il personale sanitario ha bisogno di venire a conoscenza delle diversità culturali e delle variabili tra le diverse culture, con lo scopo di essere terapeutico e di aiuto ai clienti che parlano una lingua diversa e che hanno differenti bisogni di salute".

*Infermiera neo laureata presso "Seconda Università di Napoli"

**Direttore corso di Laurea Infermieristica. "A.O. G. Rummo (BN)

BIBLIOGRAFIA

- Carr, J. (1978). *Ethnobiobehaviorism and the culture-bound syndromes*, in "Culture, medicine and psychiatry". II: (269-293).
- Mantovani, G. (1998). *Tra negazione ed affermazione delle diversità: scontri ed incontri multiculturali*. Giunti Editore
- Cozzi, D., Nigris, D. (1996). *Gesti di cura: elementi di metodologia della ricerca etnografica e analisi socioantropologica per il nursing*. Colibrì Edizioni.
- *Diversità e universalità dell'assistenza culturale. Una teoria del nursing*
Leininger Madeleine, 2005, Piccin-Nuova Libreria a cura di Riolfi R.; Filippi N.

Ospedali e territorio

Mastectomia preventiva e mutazioni genetiche

di Chiara Sepe

Il tumore della mammella colpisce il dodici per cento delle donne. Dato che supera il 45 per cento nelle donne portatrici di mutazione BRCA2, mentre in presenza di una mutazione del gene BRCA1 il rischio aumenta al 60 per cento: in entrambi i casi entro i 70 anni di vita. Meno rischioso, ma comunque rilevante, è il tumore dell'ovaio che colpisce 1,3 per cento delle donne. Rischio che passa al 17 per cento in donne portatrici di mutazione BRCA2 e al 40% in quelle portatrici di mutazione BRCA1 entro i 70 anni di età. Sono questi i dati diffusi nel corso del convegno organizzato da Celeste Condorelli, Amministratore Delegato della clinica Mediterranea. Un appuntamento di indiscusso interesse nel corso del quale si sono sviluppati una serie di acute osservazioni e interrogativi: Mastectomia preventiva, asportazione di utero, ovaie e tube di falloppio in donne portatrici di mutazioni genetiche, rappresentano un nuovo metodo di prevenzione? I nuovi test sono attendibili? In quali strutture si possono praticare? Qual è la posizione del SSN? Nel merito sono intervenuti importanti professionisti del mondo scientifico. Nicola Normanno, oncologo, ematologo, Direttore biologia cellulare e bioterapie, Direttore dipartimento di ricerca e componente del comitato tecnico scientifico presso la Fondazione Pacale di Napoli definisce accuratamente gli aspetti genetici del cancro, precisando che, occorrono ben quattro mutazioni genetiche presenti, perché si possa sviluppare il cancro. Interviene anche Stefania Boccia, responsabile della sezione di igiene dell'Istituto di Sanità Pubblica della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, membro esperto del gruppo di lavoro in genetica di sanità pubblica del Consiglio Superiore di Sanità, Ministero della Salute che sottolinea i dati epidemiologici della problematica. Il 2% delle donne è portatrice della



mutazione BRCA, e quindi a rischio di sviluppare tumore della mammella o dell'ovaio. Ma pone soprattutto una domanda di estremo interesse collettivo: come identificare le donne portatrici di mutazioni? Rapidamente informa che il SSN si sta organizzando per offrire entro il 2018 un programma gratuito per intercettare le donne portatrici di mutazioni. Aggiunge inoltre che attualmente il test genetico è gratuito solo in alcune regioni italiane (Emilia Romagna e Lombardia) e conclude sottolineando con forza l'importanza della prevenzione.

Al dibattito interviene anche Francesco De Falco, impegnato nella psicoterapia in oncologia presso l'Istituto dei tumori Pascale di Napoli, evidenzia fortemente l'impatto psicologico assolutamente non trascurabile che la paziente subisce rispetto alla pratica della chirurgia preventiva, al fine di evitare l'insorgenza del tumore in un soggetto sano. I dati epidemiologici sono senz'altro da non sottovalutare. Ecco perché negli Stati Uniti alcuni casi vengono trattati rimuovendo preventivamente i tessuti che possono sviluppare patologia tumorale. Resta quindi da chiedersi: le donne hanno una concreta percezione della problematica? Una donna sana è disposta veramente a sottoporsi ad un intervento tanto invasivo soprattutto sotto il profilo psicologico, solo a scopo preventivo? E' dunque necessario che le istituzioni organizzino percorsi specifici per consentire di sfruttare in modo eticamente corretto l'innovazione scientifica e tecnologica al fine di migliorare la salute dei cittadini senza però creare allarmismi o false speranze.

Alzheimer, da Napoli arriva una speranza

NAPOLI- Da una cellula presente nell'intestino arriva una nuova speranza nella lotta contro la malattia di Alzheimer. E' quanto emerge da uno studio condotto da ricercatori del Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia dell'Università Federico II di Napoli e del Dipartimento di Fisiologia Umana e Farmacologia «V. Erspamer» dell'Università La Sapienza di Roma e pubblicato sulla rivista Nature Scientific Reports. Con la ricerca, condotta e coordinata da Giovanni Sarnelli della Federico II e Giuseppe Esposito de La Sapienza, hanno infatti dimostrato che le cellule gliali isolate dall'intestino mediante un semplice intervento di appendicectomia, quando trapiantate nel cervello di ratti con gravi alterazioni nervose, hanno la capacità di «ripulire» il cervello dalla Beta-amiloide, una delle principali proteine coinvolte nel processo di degenerazione alla base della demenza di Alzheimer.

Dallo studio, finanziato in parte da fondi della Regione Campania e dal Miur, si è documentata nei ratti sottoposti al trattamento una significativa riduzione dell'infiammazione cerebrale ed una stimolazione del processo di «neurogenesi» con il conseguente miglioramento sia della memoria, che del comportamento degli animali trattati. Lo studio, sottolineano i ricercatori, oltre ad avere importanti ripercussioni sulla conoscenza dei meccanismi di base della malattia di Alzheimer, apre la strada a nuovi approcci terapeutici nel campo della medicina rigenerativa e dei trapianti e, per la prima volta, individua nel sistema nervoso dell'intestino una fonte di facile accesso a cui attingere per il trattamento di gravi patologie neurodegenerative, tra le quali la malattia di Alzheimer è quella più frequente, interessando almeno 600.000 pazienti solo in Italia.

Ospedali
e territorio

Raccolta fondi per il Santobono/Pausillipon

NAPOLI - Un concerto di beneficenza e una raccolta di fondi per regalare un macchinario all'ospedale pediatrico Santobono-Pausillipon. L'innovativa attrezzatura servirà per la riabilitazione dei bambini con malattie neurologiche, ortopediche o con gravi problemi di obesità. Si chiama "Alter G". E sarà operativo presso l'ospedale pediatrico del Vomero grazie ad una donazione di 50 mila euro e a un concerto di beneficenza voluto dalla Banca di credito cooperativo. Nel corso dell'Assemblea annuale dei soci, sono stati raccolti i fondi da destinare all'ospedale. Amedeo Manzo, presidente della Bcc, ha consegnato al direttore del Santobono, Annamaria Minicucci, una targa commemorativa della donazione, alla presenza del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. "Siamo riusciti a realizzare questo progetto in pochissimo tempo - ha affermato Manzo - La nostra banca è sempre attenta alla crescita e al miglioramento della qualità della vita per la città di Napoli". Dal canto suo, la direttrice Minicucci ha spiegato che il macchinario "può essere utilizzato anche dai grandi obesi". "Abbiamo un ragazzino di 14 anni che pesa 160 chili - ha sottolineato - Utilizzando il macchinario può fare



riabilitazione senza pesare sulla schiena". Al concerto hanno preso parte Poppino di Capri, Gigi Finizio e Valentina Stella condotto da Lino D'Angiò. Presenti naturalmente erano i vertici nazionali del Credito cooperativo, che ha organizzato l'evento, Augusto Dell'Erba e Sergio Gatti. Il cardinale Sepe, che ha sottolineato «l'importanza di una banca che lavora anche per i più deboli della città».

Stato vegetativo, ecco l'unità di accoglienza

CASERTA - Entro il 31 dicembre l'Asl di Caserta avrà la sua Suap, vale a dire la Speciale Unità di Accoglienza Permanente, dedicata ai pazienti in stato vegetativo e in stato di minima coscienza. Ad annunciarlo è il commissario straordinario dell'Asl, Giuseppe Matarazzo, che il 30 marzo ha firmato la delibera che in pratica risponde alla linea progettuale 4, ovvero quella dedicata al piano finanziario economico per la specifica assistenza ai pazienti che si trovano in stato vegetativo. La delibera è in effetti la manifestazione d'interesse da parte dell'Asl che ha individuato nella struttura ospedaliera di Piedimonte Matese sei posti letto da sfruttare per la Suap. Il commissario straordinario precisa come «in questo momento soltanto quel nosocomio presenta le caratteristiche logistiche più adeguate per instaurare la speciale unità». Per il momento, il Dipartimento della Salute della Regione Campania ha erogato all'Asl di Caserta 487.424,30 euro a fronte dei 773.689,37 euro complessivi per l'attivazione di dieci posti letto. «Adesso sono sei - continua Matarazzo - gli altri quattro posti letto verranno attivati con il finanziamento negli anni successivi. L'importante è che questo tipo di assistenza venga fornita anche dal pubblico». A oggi, infatti, i pazienti in stato vegetativo e in stato di minima coscienza, vale a dire coloro la cui condizione di incoscienza diventa cronica e acuta a seguito di una degenza in rianimazione o di un forte impatto traumatico, sono stati assistiti in strutture private. Per la Speciale Unità di Accoglienza permanente di Piedimonte Matese, non solo verrà nominato un responsabile di unità operativa ma verranno anche assegnate una serie di figure professionali di assistenza quali infermieri, psicologi, Oss, fisioterapisti e logopedisti.



San Gennaro patrono dei pazienti anticoagulati

NAPOLI — Mai patrono fu più indovinato trattandosi di sangue e di pazienti anticoagulati. Il Santo Patrono di Napoli è diventato il protettore della Fipa, la Federazione Italiana Pazienti Anticoagulati, con sede a Pavia. L'ordinanza è stata firmata dal cardinale Crescenzo Sepe il 30 aprile scorso. «Sono certo - ha sottolineato il Presule - che la testimonianza di San Gennaro, la sua intercessione e il suo patrocinio, saranno di sprone per un impegno sempre maggiore a favore di quanti sono provati dalla malattia e dalla sofferenza». La Feder-Aipa, l'organismo di volontariato che rappresenta questi pazienti (circa un milione in Italia), aiuta questi ammalati nel trattamento con anticoagulanti orali ad affrontare la loro condizione a rischio con un'adeguata e specifica assistenza medica e psicologica.

Ospedali
e territorio

Novartis investe 40 mln a Torre Annunziata

“Campania punta di diamante, può attrarre risorse”

NAPOLI - Il Gruppo Novartis, tra i leader mondiali nei farmaci, con un fatturato globale a quota 49,4 miliardi di dollari e investimenti in ricerca per 8,9 mld ha deciso di puntare sull'Italia investendo 40 milioni di euro tra il 2016 e 2017 nello stabilimento di Torre Annunziata (Napoli). «Un sito altamente tecnologico - spiega una nota di Farmindustria - che produce farmaci destinati al mercato mondiale. E che da poco ha avviato la produzione di un medicinale innovativo per lo scompenso cardiaco che andrà in 110 paesi a beneficio di 25 milioni di pazienti». «Napoli e la Campania, dicono i vertici di Farmindustria, hanno le potenzialità per attrarre risorse e contribuire sempre di più allo sviluppo del settore farmaceutico e quindi del Paese». Quello di Torre Annunziata è uno dei maggiori poli industriali Novartis a livello internazionale. Vi si producono farmaci in forma solida (comprese, confetti e granulati) destinati al mercato mondiale. I dipendenti sono 450, con un indotto di oltre 150 persone. Nel 2015, la produzione ha raggiunto 101 milioni di confezioni, destinate a circa 115 paesi. A fine 2015 è iniziata la produzione di un farmaco innovativo per lo scompenso cardiaco; ne



saranno prodotti 35 milioni di confezioni entro il 2020, da esportare in 110 paesi, a beneficio di 25 milioni di pazienti. Per il 2015-17 sono previsti investimenti per circa 40 milioni di euro. «Si tratta del fiore all'occhiello di un territorio - continua Farmindustria - capace di attirare investimenti delle imprese. Napoli infatti rientra nella top ten

dei poli hi tech del nostro Paese, secondo il monitor dei distretti finanziari di Intesa SanPaolo. E già ora con 3.300 addetti totali, tra diretti (900) e l'indotto, l'industria farmaceutica rappresenta un valore importante per la Campania. Regione che può contare su un export farmaceutico pari all'8% del totale manifatturiero e al 40% di quello hi tech».

L'ospedale di Capri accorpato con il Loreto Mare

CAPRI - Capilupi e Loreto Mare, ora c'è l'integrazione. Il commissario straordinario dell'Azienda sanitaria Napoli 1 Renato Pizzuti ha disposto l'accorpamento funzionale dell'ospedale di Capri all'ospedale Loreto Mare di Napoli.

Direttore sanitario del Capilupi sarà il dottor Michele Ferrara, mentre direttore amministrativo sarà la dottoressa Elisabetta Lacona. Entrambi già ricoprono lo stesso incarico al Loreto Mare.

Le funzioni di direzione sanitaria e direzione amministrativa dei due presidi saranno dunque integrate e accorpate.



Nello stesso tempo sarà integrata anche l'attività dei reparti dei due ospedali e verranno attribuite le nuove funzioni agli operatori. Nella nota inviata ai vertici aziendali e ospedalieri, Pizzuti ha comunicato che, a causa delle gravi carenze di organico del Capilupi e delle difficoltà incontrate nell'organizzazione dei turni di servizio nel presidio ospedaliero isolano e per migliorare l'efficienza e l'assistenza all'utenza, si è reso necessario avviare un profondo processo di riorganizzazione tenendo conto che in zone particolarmente disagiate è possibile prevedere l'integrazione tra strutture per garantire la sicurezza delle prestazioni e il mantenimento delle competenze professionali.

Rummo, lavori per 47 milioni



BENEVENTO- Ristrutturazione dei padiglioni e dell'area d'ingresso dell'ospedale, nuovi parcheggi e impianti a energia zero: è il programma delle opere pubbliche previ-

ste per ammodernare l'ospedale Rummo di Benevento e previsti per il triennio compreso tra il 2016 e il 2018. C'è il provvedimento del commissario straordinario,

Giampiero Maria Berruti, a ufficializzare la realizzazione dei lavori e a individuare il dirigente dell'area Tecnico - Manutentiva dell'azienda ospedaliera, Filippo Serino, quale responsabile dell'attuazione del programma.

L'importo complessivo delle opere è di 47 milioni di euro.

Questi fondi, nell'arco di un triennio, saranno dunque spesi per migliorare il funzionamento della struttura e dei servizi erogati, allo scopo di rendere l'ospedale più sicuro, confortevole e idoneo alle esigenze dei pazienti e delle loro famiglie, rispondendo, nel contempo, pienamente, alle norme di adeguamento energetico e dei servizi, previsto dalla normativa. Saranno così ristrutturati e adeguati, tutti quei padiglioni più datati che hanno bisogno di interventi sia strutturali che di riqualificazione per rispondere agli standards richiesti. Per rifare i padiglioni sono previsti 6 milioni di euro; 4.400.000 euro la somma destinata ai lavori di manutenzione ordinaria e straordinaria dei vari plessi ospedalieri. Previste anche nuove aree di sosta per le auto di personale e visitatori impianto per la generazione di energia elettrica, alimentato da centrale fotovoltaica, per un importo complessivo di poco meno di sei milioni di euro.

Malati terminali, in arrivo l'Hospice

BENEVENTO - Tutto è pronto per la realizzazione di un Hospice per le cure palliative, al secondo piano della struttura polifunzionale per la salute del comune di Cerreto Sannita.

C'è già l'aggiudicazione della gara d'appalto alla ditta Elettra di Morcone, su 40 imprese partecipanti. L'importo dei lavori, 465.000 euro, trova disponibilità con i fondi assegnati all'Asl dalla Giunta Regionale. Lo scopo è quello di raccogliere l'utenza dell'intera Valle Telesina, per migliorare le condizioni di vita dei residenti delle zone rurali, aggregando medici di medicina generale, specialisti, pediatri, infermieri e personale sociale che garantissero assistenza sanitaria di base e diagnostica di primo livello, per un periodo di tempo, stabilito in 12 ore al giorno. In tempi brevi, la struttura di Cerreto si arricchirà anche dell'hospice, ovvero di un centro che consentirà un ricovero temporaneo o permanente per pazienti che necessitano della terapia del dolore, ormai ritenuta indispensabile per alcune patologie e, in special modo, per i malati terminali. Le cure palliative racchiudono l'insieme di terapie che non intervengono nella regressione della malattia, ma servono ad alleviarne i sintomi fisici, quali il dolore, le difficoltà respiratorie, la nausea. O quelli psicologici, come ansia, paura, depressione, in una struttura protetta, fatta a misura per accogliere il malato e i suoi familiari.



S.Giovanni di Dio, riapre il pronto soccorso

Presente al taglio del nastro anche il governatore De Luca: l'inaugurazione dopo 6 mesi

FRATTAMAGGIORE - Sono stati inaugurati il pronto soccorso ed il reparto di radiologia dell'ospedale San Giovanni di Dio, chiusi dopo l'allagamento del 29 ottobre 2015. A tagliare il nastro della nuova struttura è stato il presidente della Giunta Regionale della Campania Vincenzo De Luca, accompagnato dal commissario straordinario dell'Asl Napoli 2 Nord Antonio D'Amore. Il commissario ha fatto visitare una struttura ammodernata che è stata oggetto di ben tre lunghi mesi di lavori di ristrutturazione necessari da oltre quindici anni. Presenti alla riapertura del pronto soccorso e della radiologia. Alla riapertura hanno assistito anche i medici ed il personale infermieristico e sanitario del presidio ospedaliero. Un momento di festa importante per una struttura restituita ad un territorio che vanta oltre 500mila abitanti, che in questi mesi, in caso di emergenza, hanno dovuto spostarsi presso i presidi ospedalieri di Napoli, Pozzuoli, Giugliano e Aversa. Al pronto soccorso dell'ospedale San Giovanni di Dio, prima della chiusura, arrivavano circa 230 emergenze al giorno, per circa 83mila emergenze annuali, dai



quattordici comuni dell'area nord di Napoli. Il presidente De Luca, sollecitato sull'attivazione del reparto di rianimazione che renderà il presidio ospedaliero di livello superiore, ha affermato che entro due mesi la rianimazione sarà aperta, e sarà aumentato il personale in forza alla struttura.

Lotta al cancro, torna in funzione l'apparecchio per le chemio in ospedale

GRAGNANO - È stata potenziata la cura anti-cancro all'ospedale Santa Maria di Casa Scuola. Solo da poco è infatti in funzione il secondo «isolatore per miscele chemioterapiche», da otto anni fermo e abbandonato all'interno della struttura di via Marianna Spagnuolo per motivi burocratici. La svolta, tanto attesa soprattutto da pazienti e centinaia di famiglie, è arrivata al termine di un proficuo confronto tra i vertici dell'Asl Na 3 Sud e la Regione Campania. «Si tratta di un risultato importante nel campo della sanità - ha detto Alfonso Longobardi, vicepresidente della commissione regionale Bilancio e incaricato dal governatore De Luca al confronto con l'Asl in questa vicenda - Dopo aver raccolto nelle scorse settimane le istanze di pazienti e medici, per le produzioni dei protocolli chemioterapici e dei cocktail di farmaci per pazienti oncologici, ho sollecitato la messa



in funzione di un secondo "isolatore".

È tutto - continua - al fine di risolvere tempestivamente questo problema che creava enormi disagi a pazienti sofferenti, come quelli oncologici, oltre a rallentare incredibilmente le procedure lavorative di medici e operatori sanitari». La messa in funzione del nuovo macchinario garantirà infatti l'aumento delle produzioni (quasi raddoppiate) di medicinali chemioterapici. E ciò comporterà la riduzione dei tempi di attesa dei pazienti, oltre ad offrire maggiore serenità alle famiglie dei cittadini sofferenti

ed in cura oncologica. Una svolta importante dunque per l'ospedale di Gragnano, considerato «hub» (ovvero punti di riferimento) delle cure anti-cancro di tutta l'Asl Napoli Sud. Sui Lattari infatti ogni giorno si preparano i farmaci chemioterapici, che vengono poi distribuiti in tutti gli ospedali del territorio (Sorrento, Noia, Pollena Trocchia, Torre del Greco e Castellammare di Stabia). Il fermo del macchinario ripristinato nei giorni scorsi impediva di rispondere in maniera tempestiva ed adeguata al complessivo fabbisogno dei pazienti sottoposti a cure anti cancro. «Con la messa in funzione del secondo isolatore - conclude Longobardi - collocato in continuità con quello già in funzione in un reparto completamente dedicato alle cure oncologiche, si risponde meglio e più rapidamente alla domanda di farmaci chemioterapici necessari ai pazienti in cura negli ospedali di competenza dell'Asl Napoli 3 sud, che lo ricordo è la più grande d'Europa per i cittadini assistiti, ovvero oltre un milione». L'oncologia della struttura ospedaliera gragnanese rappresenta dunque un'eccellenza sanitaria regionale, diventando centro di riferimento per il vasto bacino d'utenza dell'area stabiese, penisola sorrentina e Vesuviano.

Ospedali
e territorio

Infermieri in ambulanza senza medico



BOLOGNA - Gli infermieri dell'Emilia-Romagna potranno essere impiegati anche in ambulanza, sulla base di procedure omogenee su tutto il territorio regionale, senza invasioni di campo rispetto alle competenze dei medici, ai quali spetterà l'ultima parola in caso di margini di dubbio. La Giunta regionale scende in campo con una delibera sulle funzioni "avanzate" degli infermieri di emergenza-urgenza, che sono già costate la sospensione da parte dell'Ordine dei medici anche a dirigenti del 118 di Bologna. Con la delibera, la Giunta dell'Emilia-Romagna ha deciso di istituire linee guida valide in tutta la regione, delineando ora indirizzi generali mentre i contenuti saranno definiti da uno specifico Gruppo regionale di validazione, già operativo e composto da professionisti italiani e internazionali esperti in metodologie avanzate nel campo degli interventi di emergenza. «Stiamo cercando di fare in modo - sottolinea l'assessore regionale alla

sanità, Sergio Venturi - che i medici, gli infermieri e tutti gli altri professionisti del sistema sanitario lavorino insieme, convinti come siamo che la sempre maggiore qualità della nostra sanità dipenda dalla collaborazione fra coloro che vi lavorano e operano quotidianamente e non dalla contrapposizione». La decisione, spiega la Regione in una nota, è improntata alla necessità di fare chiarezza in un ambito delicato, «con una consapevolezza: la professione degli infermieri è oggi molto cambiata. Gli infermieri non sono più figure professionali ausiliarie rispetto ai medici, ma professionisti dotati di autonomia, con proprie e specifiche competenze. E tutto questo deve essere valorizzato - sostiene la Regione con il provvedimento oggi adottato - anche sulla scorta di altre esperienze in campo internazionale, che hanno dimostrato l'importanza dell'intervento dell'infermiere per aumentare le possibilità di vita dei pazienti».

Diabete, in Campania individuati 18 centri per la cura

NAPOLI - Con decreto della struttura commissariale della Regione Campania, sono stati finalmente stabiliti e certificati i fabbisogni per tutte le Asl della Campania relativi alle patologie legate al diabete: la definizione del fabbisogno sull'intero territorio campano, - fa sapere una nota - che mancava da anni, consente di assegnare in tempi brevi, tra pubblico e privato, altri 18 nuovi centri diabetologici. «Ci siamo battuti - ha dichiarato il presidente Vincenzo De Luca - per approdare alla definizione dei fabbisogni per il diabete, una gravissima emergenza sanitaria e sociale nella nostra regione. Il governatore ricorda che «per raggiungere questi obiettivi servono direttori generali pienamente insediati perché i commissari sono in una situazione di precarietà».

Il Consiglio di Stato: "La sede Asl a Frattamaggiore"

NAPOLI - Il Consiglio di Stato ha deciso: la sede legale dell'Asl Napoli 2 Nord resterà a Frattamaggiore. La sentenza della terza sezione ha dunque rigettato il ricorso presentato dal Comune flegreo contro quanto stabilito dalla Regione Campania con la delibera di giunta numero 30 del febbraio 2014.

A favore di Pozzuoli si era espresso in un primo momento il Tar, ma tutto è stato poi ribaltato nel 2015 da Palazzo Spada. Inutile l'ultimo ricorso: via la sede legale dell'azienda sanitaria da Monterusciello. Pozzuoli dovrà anche rifondere 5mila euro a ciascuna delle parti: Regione Campania, Asl Napoli 2 Nord e Comune di Frattamaggiore.

12.05.2016

GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE

LA SALUTE MI AVEVA ABBANDONATA. GLI INFERMIERI MAI.

Prendersi cura delle persone,
con le giuste competenze,
in ogni momento della loro vita.
Questa è la professione dell'infermiere.

#PROFESSIONEINFERMIERE

IPASVI.IT

IPASVI

COLLEGIO PROVINCIALE DI NAPOLI

12.05.2016

GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE

LA SALUTE MI AVEVA ABBANDONATO. GLI INFERMIERI MAI.

Prendersi cura delle persone,
con le giuste competenze,
in ogni momento della loro vita.
Questa è la professione dell'infermiere.

#PROFESSIONEINFERMIERE

   IPASVI.IT

 **IPASVI**
COLLEGIO PROVINCIALE DI NAPOLI