

n.22 ottobre 2017

PRIMO PIANO

in prima linea con i neonati

Dei 2200 bambini nati nel 2016 nel nostro Ospedale 620 sono stati ricoverati in Patologia neonatale (475) e in Terapia Intensiva Neonatale (145)

intervista a Marcello Napolitano
direttore UOC Neonatologia e Tin

pag. 4

2200
bambini nati nel 2016
nel nostro ospedale
di cui
145
ricoverati in
Terapia Intensiva Neonatale

IL PUNTO

malattie globalizzate

La malaria e la sua
diffusione mondiale

pag. 12

EDITORIALE

l'ospedale accogliente

La dimensione umana deve
essere sempre al centro
del nostro intervento

pag. 1



Amorosa. Un gesto naturale per te e per lui.



Durante il periodo dell'allattamento, scopri un'acqua indicata per te. Sgorga pura dalle Alpi Apuane ed è minimamente mineralizzata, con un residuo fisso bassissimo, di soli 28mg/L. Grazie alle sue caratteristiche, è indicata anche per la preparazione degli alimenti per neonati e per accompagnare il tuo bambino durante lo svezzamento.

Seguici su www.humana.it



INFORMAZIONE PUBBLICITARIA

Humana
AMOROSA



L'Ospedale accogliente

Le persone che entrano in ospedale, pazienti e familiari, devono essere accolte e trattate come se fossero

ospiti in un albergo! Con gentilezza, con attenzione, con simpatia, con umanità e con disponibilità all'aiuto, anzi con maggior coinvolgimento e professionalità, tenendo conto dello stato di sofferenza, di ansia e di disagio, di cui sempre tutti i malati sono portatori.

Non sempre, però, è semplice e facile. Nel Pronto Soccorso del nostro ospedale, per esempio, arrivano in media, ogni giorno, oltre 140 pazienti: uno ogni 10 minuti! Nascono in media 6 neonati al giorno! Vengono inoltre ricoverati circa 45 pazienti al giorno, tra ricoveri ordinari e day hospital! **Senza contare le persone che accedono agli ambulatori, ai laboratori e alla radiologia, che rappresentano altri 200 accessi, in media al giorno.** In generale entrano nel nostro ospedale, ogni giorno, circa 400 pazienti.

Capite bene che gestire la sola presenza di tante persone (a cui aggiungere almeno altre 200 persone tra accompagnatori e familiari) è molto difficile e gravoso.

Ma noi ci sforziamo di riuscirci e quasi sempre ci riusciamo, anche se qualche volta, può accadere di non essere all'altezza delle aspettative della nostra utenza ma spero si capisca la difficoltà oggettiva del nostro lavoro e della nostra attività. Ce ne scusiamo, con

tutti! Ma cerchiamo di essere al meglio, e in ogni occasione, un ospedale accogliente e di qualità.

I nostri medici e il nostro personale infermieristico devono essere, innanzitutto, "amici" e rispettosi del malato, dei suoi diritti e della sua sensibilità. Il malato, da quando entra in ospedale a quando esce, e in ogni momento del percorso ospedaliero, deve avere un punto di riferimento, di aiuto, di supporto e di assistenza, per i "piccoli" e "grandi" problemi procedurali, comunicativi, psicologici, assistenziali, oltre che di cura e terapia. **La dimensione umana deve essere sempre al centro del nostro intervento:** nel ridurre il disagio delle sofferenze, nel curare al meglio, nel ridurre i tempi di attesa e degenza, nell'ascoltare e nel rassicurare il malato, perché quando si è malati la componente psicologica assume un ruolo molto importante. **Al centro dell'accoglienza in ospedale deve esserci dunque la "comunicazione", bisogna informare bene i malati, ma poi bisogna soprattutto saperli ascoltare, prendere in esame non solo i loro sintomi, ma anche le loro ansie e le loro esigenze.**

Nel libro "Parlarsi" che lo psichiatra Eugenio Borgna ha dedicato al tema della comunicazione con il malato, si dice che **nel percorso di cura la comunicazione è**

fondamentale, ma il "parlarsi" è fondamentale, non il parlare, il "parlarsi", cioè stabilire uno scambio. E perché questa parola di cura sia efficace, dice Borgna, ci deve essere uno scambio emozionale. **Se non c'è emozione nella comunicazione non c'è efficacia.** *"Comunicare allora è entrare in relazione con se stessi e con gli altri, comunicare è trasmettere esperienze e conoscenze personali, comunicare è uscire da se stessi e immedesimarsi nella vita interiore di altro da noi. Nei suoi pensieri, e nelle sue emozioni. Noi entriamo in comunicazione, cioè in relazione con gli altri in modo tanto più intenso e terapeutico, quanta più passione è in noi. Quante più emozioni siamo in grado di provare e di vivere. Se vogliamo creare una comunicazione autentica con una persona, se vogliamo davvero ascoltarla non possiamo non farci accompagnare dalle nostre emozioni".*

Nel percorso dell'accoglienza, il "parlarsi" diventa allora essenziale ed in questo scambio con il paziente, gli operatori sanitari (nelle diverse figure) devono sapere ascoltare e rispettare i tempi del malato, avere pazienza e non avere fretta.

La dimensione umana deve essere sempre al centro del nostro intervento



Allora, gli furono presentati dei fanciulli, perché li toccasse, ma i discepoli sgridavano coloro che li portavano. E Gesù, nel vedere ciò, si indignò, e disse loro: «Lasciate che i piccoli fanciulli vengano a me e non glielo impedite, perché di tali è il regno di Dio. (Marco 10:13-14)



Periodico di informazione
dell'Ospedale Evangelico Betania
pubblicazione gratuita

Proprietario e editore:
Fondazione Evangelica Betania
80147 Napoli, Via Argine, 604

mail: amministrazione@villabetania.org

Direttore: Luciano Cirica

Redazione: Pasquale Accardo, Salvatore Cortini, Rosa Giannatiempo, Giovanni Napolitano, Assia Piccolo, Vincenzo Polverino, Antonio Maria Salzano, Antonio Sciambra, Marianna Stingone, Cordelia Vitiello, Patrizio Magliozzi, Angelo Cecere, Vittorio di Maio, Ernesto Claar, Francesco Messina, Gennaro Guerra, Giacomo Negri, Emanuela Riccio

Consulenza editoriale e redazionale:
BRANDMAKER

Progetto grafico e impaginazione:
Golden Agency, Napoli

Stampa:
Russo Group, Volia (Napoli)

**Ospedale Evangelico Betania
Comitato Direttivo**

PRESIDENTE dott. Luciano Cirica
VICE PRESIDENTE dott.ssa Cordelia Vitiello
TESORIERE pastore Vincenzo Cicchetto
SEGRETARIO pastore Leonardo Magni
CONSIGLIERE dott.ssa Velia Cocca

Collegio dei Revisori

PRESIDENTE dott. Nicola Treves
MEMBRI EFFETTIVI
ing. Paolo Olivieri
sig. Vincenzo Ermetto

Direzione

DIREZIONE GENERALE Dott. Pasquale Accardo
DIREZIONE SANITARIA Dott. Antonio Sciambra
DIREZIONE AMMINISTRATIVA Dott. Paolo Morra

Sommario

3. Accoglienza e spiritualità

una buona accoglienza è indiscutibilmente l'anima e il motore di tutte le relazioni e le attività umane

4. Primo piano

In prima linea con i neonati

L'esperienza della Tin. Intervista a Marcello Napolitano, direttore UOC Neonatologia e Tin

5. Focus I numeri della Tin

6. Ortopedia Mal di schiena

Uno stile di vita sano per limitare i rischi

7. L'Agopuntura

e la cura del mal di schiena

8. Mondo infermieristico

L'Ansia pre-operatoria

Interventi relazionali dell'Infermiere

9. L'infermiere triagista

per l'accoglienza nel Pronto Soccorso

10. Prevenzione

Le patologie autunnali. Come fronteggiarle

11. Diagnostica

Il radiologo: un medico specialista che indaga il paziente in tutti i suoi aspetti

12. Malattie virali

La malaria e la sua diffusione mondiale

12. Il ciclo vitale della malaria

500 grammi
è il peso di un bambino
nato nel nostro ospedale

e che grazie alle cure ricevute in Terapia Intensiva Neonatale oggi ha una vita normale (pag. 4)

accoglienza e spiritualità

“VOI NON MI FACESTE TORTO ALCUNO; ANZI SAPETE BENE CHE FU A MOTIVO DI UNA MALATTIA CHEVI EVANGELIZZAI LA PRIMA VOLTA; E QUELLA MIA INFERMITÀ, CHE ERA PER VOI UNA PROVA, VOI NON LA DISPREZZASTE NÉ VI FECE RIBREZZO; AL CONTRARIO MI ACCOGLIESTE COME UN ANGELO DI DIO, COME CRISTO GESÙ STESSO”. (GL 4,13-14)

di **Vincenzo Polverino** Cappellano

IL tema di questo numero di Betaniainforma per buona parte sarà l'Accoglienza in ospedale in tutte le sue molteplici esigenze. Chi per una qualsivoglia ragione si reca in ospedale, vuoi per un bisogno personale od altro, non lo fa mai con piacere, se non in pochissimi rari casi, come la visita ad una partoriente. **Gli ospedali sono luoghi di “cura” di malattie, e perciò luoghi di sofferenza. La malattia ricorda ad ogni essere umano la propria fragilità e finitudine, e di conseguenza, una infinità di persone tremano solo a sentir pronunciare le parole medico, ospedale, ricovero. Si chiama “fobia da camice bianco”. Purtroppo, incredibile ma vero, in natura esiste una “essenza” portentosa in grado di ridurre quasi al nulla questa particolare inquietudine, si chiama Accogliere.** Non un'accoglienza optional, accessorio, extra, facoltativa, superflua, ma un'accoglienza sana, reale, sincera, vera, sentita ed avvertita; che nasce e fuoriesce dalla parte migliore di ogni essere umano pronto al servizio del prossimo. **Questa “essenza” dà segni inequivocabili: apertura della mente, del cuore, dello spirito;** si manifesta con premura, attenzione, cura volenterosa di mettersi continuamente in gioco e di accorciare le distanze, assumendo un corretto atteggiamento empatico tale da stabilire una relazione fraterna, amicale, da rasentare il “sacro”: «mi accoglieste come un angelo di Dio, come Cristo Gesù stesso». Questa è la “magica essenza”, questa è la sana accoglienza.



All'ingresso della nostra struttura, a disposizione dell'Utenza abbiamo istituito l'Ospedale Amico, un servizio accoglienza che assiste, dirige e aiuta



Preparandomi per questo articolo mi sono imbattuto in questa lettura che può essere di qualche aiuto per il tema in questione: «Fermatevi un secondo a pensare quando è

stata l'ultima volta che avete viaggiato e siete arrivati in hotel. Pensate a chi avete trovato davanti a voi alla reception. Vi ha sorriso? A me no. L'ultima volta che sono stata in hotel mi sono ritrovata davanti un intero staff di persone che, non solo non sorrideva, ma addirittura non ti guardava negli occhi quando ti rivolgevi a loro. Secondo voi quali sensazioni ho potuto provare in quel momento? Questa di certo non si può definire “accoglienza”, perché d'accogliente c'è stato ben poco. Entrare in un ambiente e sentirsi come inopportuni non è affatto una bella sensazione. Pensate ora ad un cliente che entra in una qualsiasi struttura, anziché sentirsi accolto si sente inopportuno. Secondo voi è questo il concetto di accoglienza che sta alla base di un'attività ricettiva? Sorridere è importante. Il sorriso trasmette calore, tipico dell'accoglienza.»

Dunque, una buona accoglienza è indiscutibilmente l'anima e il motore di tutte le relazioni e le attività umane.

A proposito d'accoglienza corretta e rispettosa, da alcuni mesi - **all'ingresso del nostro ospedale, nell'atrio principale - è a disposizione dell'utenza uno “sportello”, un servizio di front office - Ospedale Amico,** affinché quanti e quante giungano nel nostro ospedale ricevano una corretta accoglienza che li assista, diriga e, laddove è distintamente manifesto uno stato di indigenza, offra un concreto aiuto. Questo servizio ovviamente non sostituisce né il servizio Prenotazioni e né l'URP, che sono servizi dovuti per legge. Ma li integra. **Questo “sportello” infatti è stato concepito, ed intende essere, un'ulteriore servizio di attenzione al pubblico.**

Avendo avviato personalmente questo lodevole progetto, sono in possesso di notizie molto confortanti riguardo al gradimento dell'utenza: d'altronde laddove si offre attenzione, rispetto, aiuto gratuito ed un sincero sorriso, il successo e la gratitudine giungono inevitabilmente abbondanti.

Concludo con un aforisma di Madre Teresa di Calcutta: «L'accoglienza migliore? Il sorriso. La forza più grande? La fede».



**INTERVISTA A
MARCELLO
NAPOLITANO
DIRETTORE UOC
NEONATOLOGIA E TIN**

primo piano

In prima linea con i neonati

Nei mesi scorsi nel nostro Ospedale è nato un bambino di 500 grammi che grazie alle cure ricevute in Terapia Intensiva Neonatale oggi ha una vita normale. Ma è solo uno degli oltre 800 casi trattati ogni anno dall'Unità Operativa Complessa di Terapia Intensiva Neonatale e Neonatologia guidata dal dott. **Marcello Napolitano** e impegnata ogni giorno nell'assistenza ai neonati che necessitano di attenzioni maggiori e, ovviamente, un'assistenza adeguata rispetto agli altri bambini. La costante collaborazione con l'UOC di Ginecologia-Ostetricia, nell'ambito del Dipartimento Materno-Infantile, ha fatto sì che l'Ospedale Evangelico Betania sia riconosciuto come Centro nascita di III livello. Ciò aiuta a comprendere perché la Regione Campania abbia deciso di puntare sul nostro Ospedale rispetto all'Ospedale del Mare per l'assistenza materno-infantile. **Abbiamo chiesto a Marcello Napolitano di raccontarci cosa fa la TIN.** Appena rientrato dal Madagascar, dove si è recato per una settimana come volontario presso il Centro Sanitario di Santa Maria delle Grazie di Androkaroka-Nosy-Be, dal luglio 2016 è il direttore dell'Unità di Terapia Intensiva Neonatale e Neonatologia dell'Ospedale Evangelico Betania, dove lavora come neonatologo oltre 20 anni.

Presso l'Unità Operativa di Neonatologia e TIN dell'Ospedale vengono assistiti oltre 2200 bambini l'anno di cui 500 in Terapia Intensiva. Come funziona una giornata nel vostro reparto e quali sono gli aspetti strutturali e organizzativi che vi consentono di lavorare con così tanti neonati?

L'Unità di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale Evangelico Betania, assiste ogni anno circa 2200 neonati, con un trend di nascite presso il nostro centro in crescita costante negli ultimi anni ed in controtendenza rispetto al dato natalità del Paese Italia e finanche della regione Campania. Di questi circa 1700 sono neonati sani o con bisogni assistenziali minimi, mentre circa 500 sono i neonati che necessitano di monitoraggio e cure intermedie, dunque Patologia Neonatale, o di cure intensive di alta specializzazione, Terapia Intensiva Neonatale. I punti che ci consentono di lavorare con un numero così alto di bambini sono essenzialmente tre: il primo è la continua comunicazione con i colleghi ostetrici con i quali condividiamo il Dipartimento materno-infantile che ci permette di gestire al meglio sia la nascita fisiologica secondo i desideri della famiglia (Bonding, Rooming in, Dimissione precoce) sia di gestire l'emergenza, avendo un Pronto Soccorso ostetrico al quale offrono pazienti gravide da tutta la regione e oltre. Il secondo è sicuramente quello di lavorare con un gruppo di professionisti medici e personale non medico di alta specializzazione abi-

tuato a fronteggiare ed amministrare l'emergenza come équipe sempre disponibile al confronto, all'aggiornamento professionale e non meno importante ai rapporti umani che condividiamo come una famiglia perché nonostante il turnover fisiologico in sanità la maggior parte dei medici e del personale non medico lavora insieme da più di 20 anni. Ultimo, ma non meno importante è che la nostra disciplina richiede spesso prestazioni di alta specializzazione che possono essere garantite ai nostri piccoli pazienti solo grazie ad un supporto tecnologico all'avanguardia, spesso anche molto costoso che puntualmente l'amministrazione ci mette a disposizione saltando tutte le procedure burocratiche ed optando sempre per il top nell'ambito della scelta dei presidi elettro-medicali.

Qual è il tratto caratteristico della vostra neonatologia?

La nostra Neonatologia ha sicuramente come punto di forza la flessibilità e l'accoglienza. Flessibilità significa essere in grado di assistere dal neonato sano a termine al prematuro più estremo con la stessa professionalità e con lo stesso entusiasmo, poiché sia il personale medico che quello non medico ruotano quotidianamente

sui vari livelli assistenziali, pur cercando di rispettare le singole vocazioni. Accoglienza è, invece, la capacità di accogliere chiunque abbia bisogno di assistenza senza chiedersi da dove viene o di chi è paziente, ma mirando solo alla cura del neonato e della sua famiglia con la maggiore attenzione possibile.



Marcello Napolitano

Quali sono le patologie più diffuse per cui i bambini vengono ricoverati in TIN?

Ogni bambino è un caso diverso. La presenza di apparecchiature all'avanguardia e di personale esperto in grado di utilizzarle al meglio ci consentono oggi di trattare e riconoscere tutte le patologie inerenti

il neonato patologico.

I nostri punti di eccellenza sono rappresentati dalla cura del neonato estremamente prematuro, dove abbiamo risultati in termini di mortalità e morbidità sovrapponibili ai risultati dei migliori centri italiani ed europei ed il trattamento delle sindromi asfittiche gravi con l'ipotermia, potendo dire con orgoglio e grazie al fatto di seguire questi bambini fino all'età prescolare, di restituire ad una vita normale ai piccoli nati in condizioni drammatiche. La nostra TIN aderisce al VON (Vermont Oxford Network) per i neonati con peso 500 -



Oltre 800 casi trattati ogni anno dall'Unità Operativa Complessa di Terapia Intensiva Neonatale e Neonatologia impegnata ogni giorno nell'assistenza ai neonati che necessitano di attenzioni particolari ed assistenza adeguata rispetto agli altri bambini.

Dal 2006 la TIN del nostro ospedale fa parte del Vermont Oxford Network che riunisce le migliori 1000 Unità di Terapia Intensiva Neonatale del mondo

1550 gr da circa 10 anni ed i risultati in termini di mortalità e morbidità sono pubblici e confrontabili con i Centri di tutto il mondo.

Lo scorso anno avete lanciato l'iniziativa TIN aperte. Oltre la Giornata mondiale dei prematuri, in che modo favorite il rapporto delle famiglie con i nati pretermine?

La cura della famiglia del neonato ricoverato è sicuramente uno dei campi che ci vede più impegnati nell'ultimo decennio. Purtroppo i genitori, spesso giovani, ma anche le loro famiglie vedono dolorosamente mutare il concetto di nascita da "lieto evento" ad "evento drammatico". Tante sono le iniziative messe in campo sia nella fase del ricovero che nel momento in cui i piccoli pazienti rientrano a casa. C'è un momento di accoglienza iniziale nel quale viene spiegato ai genitori, in termini comprensibili, ciò che è accaduto al loro bambino sia per ciò che concerne l'assistenza medica sia per i tempi previsti di degenza.

Esistono poi tante iniziative di umanizzazione della nascita prematura che vengono quotidianamente proposte in reparto: dalla "Kangaroo care" o tocco pelle a pelle "tra il bambino e la sua mamma" al "Tocco dolce" che vede coinvolti entrambi i genitori nel massaggio in incubatrice al loro piccolo, fino all'ingresso in reparto dei nonni e dei fratellini dei neonati prematuri lungodegenti, cioè quelli che devono restare in TIN più tempo. La loro presenza e relazione con il neonato è fondamentale, perché una volta a casa possono aiutare le mamme a vivere più serenamente questa difficile esperienza.

Sicuramente, però, un aspetto che ci rende particolarmente orgogliosi è il poter seguire questi bambini anche oltre il periodo di ricovero. Insomma, la nostra presenza oltre la TIN.

Ormai il nostro Day hospital festeggia i dieci anni ed è una realtà consolidata sul territorio, ricevendo anche piccoli pazienti nati in altri ospedali, che si affidano a noi per la valutazione continua degli aspetti di crescita e soprattutto di adeguatezza neurocomportamentale.

Ed ancora l'ultima iniziativa, in senso cronologico è la creazione di una onlus "Pulcini Combattenti" nata su iniziativa dei medici, del personale non medico e dei genitori di neonati ricoverati in Terapia Intensiva che attraverso la raccolta di fondi



focus

nel 2016 sono nati

2200

bambini nel nostro ospedale di cui

145

ricoverati in
Terapia Intensiva Neonatale

I numeri della TIN

Dei 2200 bambini nati nel 2016 nel nostro Ospedale 620 sono stati ricoverati in Patologia neonatale (475) e in Terapia Intensiva Neonatale (145) a cui vanno aggiunti 277 ricoveri in Day Hospital, che significa 831 trattamenti (erano stati 745 nel 2015), con una degenza media di 6,4 giorni per le patologie neonatali e di 27 per quelli in TIN. Tra le principali cause di ricovero vanno annoverati i neonati affetti da grave immaturità o con distress respiratorio, prematuri con e senza affezioni maggiori, neonati a termine con affezioni maggiori. **La Neonatologia e la TIN del nostro Ospedale, secondo gli indicatori internazionali, tra cui la bassissima mortalità (3.9% rispetto al 14.7% degli altri centri), si colloca tra le migliori al mondo** in termini di casistica e di successi terapeutici, anche per il trattamento dei neonati estremamente pretermine. Nel 2016 sono venuti al mondo ben 2 di peso inferiore ai 500 grammi, 2 meno di 750 grammi e 30 tra i 750 ed i 1.250 grammi. L'attività di ricovero in Day Hospital è stata dedicata prevalentemente al Follow up di neonati nel nostro Ospedale affetti alla nascita da basso peso corporeo. Questa attività è strettamente legata a quella dell'Osservatorio Epidemiologico regionale sui neonati di basso peso e contribuisce a far sì che l'attività di assistenza ai piccoli pazienti della TIN non si esaurisca al momento della dimissione ma possa essere estesa ai primi anni di vita dei neonati creando un rapporto di proficua collaborazione tra gli specialisti ospedalieri e quelli del territorio. **Dal 2006 la TIN del nostro Ospedale fa parte del Vermont Oxford Network che riunisce le migliori 1000 Unità di Terapia Intensiva Neonatale del mondo** in una rete di scambio di esperienze cliniche e terapeutiche sugli esiti clinici dei neonati di peso inferiore a 1.500 grammi. **Secondo gli indicatori internazionali la nostra TIN si colloca tra le migliori al mondo in termini di casistica e di successi terapeutici.**

si propone di aiutare e supportare quanti si trovano ad affrontare una nascita pretermine ma si trovano in difficoltà sia logistiche che economiche.

Negli ultimi mesi, il caso del piccolo Charlie ha riaperto il dibattito sull'accanimento terapeutico. Qual è la vostra linea su questo tema?

Per quanto riguarda il fine vita e le decisioni drammatiche sull'accanimento terapeutico vanno chiariti alcuni aspetti. La prima riflessione è sui casi di prematurità estrema. Penso che il momento della nascita e la sala parto, in questi casi, non sono il luogo ideale per prendere decisioni: noi

siamo degli intensivisti e là dove c'è un minimo di speranza di vita noi la porteremo sempre avanti e combatteremo con tutte le nostre forze per garantire la sopravvivenza. Il secondo aspetto è che in alcune condizioni drammatiche non possiamo non tener conto delle decisioni della famiglia che deve essere sempre coinvolta. Nel nostro Ospedale sia attraverso il progetto Comfort-care per le patologie incompatibili con la vita, che per il fine vita i genitori condividono con noi anche questi momenti avendo la possibilità di stare accanto ai piccoli fino al termine della loro vita spesso consentendo l'ingresso anche ai nonni e ai parenti stretti.



Mal di schiena

Uno stile di vita sano per limitare i rischi

facciamo
il punto

di **Francesco Tancredi** ortopedico

IL “mal di schiena” è un disturbo molto comune che può coinvolgere il rachide nel suo tratto lombare, dorsale o cervicale. Tale condizione è una delle più frequenti sindromi dolorose al mondo. È stato stimato che in Italia siano oltre 15 milioni le persone che soffrono di tale sindrome. La sintomatologia dolorosa è strettamente collegata alla causa del mal di schiena e possiamo distinguere in “immediata” o acuta e “di lunga data” o cronica. Qualunque età può esserne colpita. Fattori predisponenti possono essere il peso eccessivo, il persistere di una postura errata, l'assenza di attività fisica, deviazioni patologiche del rachide durante l'accrescimento come la scoliosi o il dorso curvo, l'impovertimento della matrice ossea come accade nell'osteoporosi. In alcuni casi però, il mal di schiena è il sintomo di patologie che coinvolgono altre strutture anatomiche. Un dolore lombare può infatti essere causato da un aneurisma dell'aorta

torace, la causa principale è da ricondursi ad una postura errata mantenuta per molte ore al giorno con una sensazione di bruciore che migliora quando si cerca di assumere una postura corretta. La forma più frequente di mal di schiena è la **Lombalgia**, cioè il dolore localizzato nella porzione più bassa della colonna vertebrale. **La sintomatologia può anche qui essere acuta o cronica.** Una delle manifestazioni acute più note, la cui causa è prettamente muscolare, è il cosiddetto “**colpo della strega**” dove, dopo uno sforzo fisico intenso nel tentativo di sollevare un peso, si resta improvvisamente bloccati con impossibilità di raddrizzarsi. In questo caso il dolore avvertito è fortissimo, con una sensazione di strappo o di bruciore intenso. Quando una radice nervosa viene compressa da un'ernia o da un processo osteofitosico, la sintomatologia dolorosa si irradia all'arto inferiore. La condizione più nota è la **Lombosciatalgia** con irradiazione nella parte posteriore della gamba e presenza di formicolii alle dita del piede. Le **lombalgie croniche** sono dovute a cause degenerative e da fattori quali il peso eccessivo e l'assenza di attività fisica. Il trattamento di tale condizione varia a seconda della causa scatenante. **In una buona percentuale di casi, il mal di schiena si autolimita e migliora dopo un paio di giorni semplicemente con il riposo o assumendo un migliore controllo della postura.** La terapia farmacologica è indicata nei casi di persistenza del dolore con limitazione progressiva della qualità di vita e naturalmente nelle manifestazioni acute. **L'utilizzo di anti-infiammatori e miorilassanti per un periodo minimo di dieci giorni è necessario per migliorare la sintomatologia.** Nel caso in cui si tratti di manifestazioni acute da ernia del disco o presenza di osteofiti con irradiazione agli arti inferiori, si renderà necessario l'utilizzo di farmaci cortisonici. **Le forme croniche di cervicalgie e lombalgie possono essere affrontate con attivazione di misure preventive quali la fisioterapia, i massaggi, il calore, la ginnastica di allungamento come il pilates o yoga, la riduzione del peso corporeo, l'utilizzo di un bustino di sostegno durante il lavoro se si sta molte ore in piedi.** Ciò presuppone un'attenzione quotidiana alla postura ed agli atteggiamenti assunti contrastando così il dolore causato da scorrette abitudini di vita. Gli studi più recenti, inoltre, dimostrano che il miglioramento è più rapido se, compatibilmente con il dolore, si mantengono le normali attività quotidiane evitando il riposo prolungato a letto che indebolirebbe le strutture muscolari. La chirurgia per la cervicalgia e per la lombalgia deve essere presa in considerazione solo quando sono state tentate tutte le opzioni di trattamento non chirurgico. Purtroppo, non è possibile prevenire il mal di schiena ma ci sono alcune cose che possiamo fare per ridurre l'impatto. Avere uno stile di vita sano è un buon inizio.

approfondimento

Un corretto utilizzo degli antinfiammatori

di Paola Ieranò medico

I farmaci antinfiammatori e antidolorifici sono tra i più utilizzati, non solo su indicazione medica, ma anche per iniziativa del paziente, che assumendoli autonomamente anche senza prescrizione medica ne fa spesso un uso scorretto. **La facile fruibilità di questi farmaci induce spesso a pensare che siano innocui, tuttavia, come ogni farmaco, presentano numerosi effetti collaterali** che si manifestano non solo in soggetti con patologie specifiche di base, ma anche in pazienti sani che ne fanno un abuso, non rispettando tempi e modi di somministrazione. **A ciò si aggiunge la falsa convinzione che ogni sintomo possa essere risolto con un farmaco** e, l'atteggiamento a focalizzarsi sulla sintomatologia dolorosa trascurando la causa che spesso necessita di cure differenti. **Il dolore è la risposta dell'organismo ad un danno, è un campanello d'allarme che non va semplicemente spento ma va indagato.** Talvolta può essere spia di patologie gravi che l'utilizzo prolungato di antidolorifici può mascherare ritardando diagnosi e trattamento. Perciò non è consigliato incrementare il dosaggio o proseguire la terapia per lunghi tempi qualora risultino inefficaci. **Dunque, come ogni farmaco, antidolorifici e antinfiammatori vanno assunti sempre previo consulto medico**, prestando attenzione alle indicazioni trascritte sul foglietto illustrativo riguardo posologia e controindicazioni.

15 milioni
le persone che in Italia
soffrono di “mal di schiena”

addominale o da una calcolosi renale. Un dolore retro scapolare può derivare dalla presenza di un reflusso-gastroesofageo. Le cause di mal di schiena possono essere numerose ma possiamo dividerle in 3 categorie:

- 1) Degenerative, come l'artrosi delle superfici articolari delle vertebre, condizioni quali l'osteoporosi, l'irrigidimento di strutture legamentose della colonna vertebrale, la disidratazione dei dischi intervertebrali.
- 2) Traumatiche, come le fratture dei corpi vertebrali o le contratture/strappi muscolari dopo movimenti errati.
- 3) Psicologiche, quando lo stress può determinare una progressiva rigidità della muscolatura della colonna vertebrale e quindi generare dolore.

I sintomi variano a seconda del tratto della colonna vertebrale interessato. Quando ad essere interessate sono le vertebre del collo (**Cervicalgia**) il dolore può essere acuto, improvviso e molto intenso che limita i movimenti della testa e può associarsi a nausea, vertigini, mal di testa e fotofobia. Forti contratture della muscolatura del collo possono associarsi a tale quadro sintomatologico. Quando il dolore si irradia anche agli arti superiori con presenza di formicolio alle dita (**Cervicobrachialgia**), la causa può essere ricondotta alla compressione di una radice nervosa probabilmente da un'ernia discale o da un processo artrosico a livello articolare. Quando ad essere coinvolta è la porzione di colonna compresa nel

L'Agopuntura nella cura del mal di schiena

di Daniela Minutelli Anestesista, Fisiatra, Terapia del Dolore e Agopuntura



IL dolore lombare, dalle casistiche, risulta essere la causa più frequente di ricorso a visite specialistiche e a vari trattamenti medici e farmacologici, con risultati spesso transitori e con il rischio di effetti collaterali (in genere all'apparato gastroenterico), dovuti all'uso prolungato di farmaci antinfiammatori. Le cause più frequenti del mal di schiena risultano essere:

- Patologia da usura qual è l'artrosi delle faccette articolari vertebrali, che presenta periodiche infiammazioni
- Traumi: sforzi, posizioni scorrette, cadute, affaticamento o infiammazione muscolare
- Sciatalgie: si tratta di infiammazione dei nervi sciatico o crurale che fuoriescono dalle ultime vertebre del tratto lombare e sacrale, per scendere fino al piede
- Listesi: scivolamento di una vertebra sull'altra
- Stenosi: restringimento del canale vertebrale.

Tuttavia non si può prescindere dal considerare le cause "soggettive" ovvero "il terreno" sul quale queste patologie vanno ad agire. Ciò significa che a causa della componente soggettiva, il mal di schiena presenta caratteristiche differenti, a fronte di quadri clinici e strumentali simili, da paziente a paziente, legate alla soglia del dolore, allo stile di vita, alla storia clinica, all'atteggiamento mentale, al sovrappeso, per cui ciascuno ha il "suo" mal di schiena.

Da questa premessa scaturisce l'importanza di un approccio "olistico" (globale) al paziente lombalgico, che può essere pienamente realizzato con l'Agopuntura. Questa antichissima disciplina risalente a 3000 a.C. ha un'efficacia dimostrata scientificamente in quanto determina un effettivo rialzo nel sangue di Endorfine (oppioidi naturali) e di Adeno-

sina (molecola che innalza la soglia del dolore) con effetti sia sulla patologia vertebrale che sullo stato generale del paziente. Viene inoltre riequilibrato il sistema neurovegetativo con risoluzione di eventuali sintomi associati quali, ad esempio, stati di ansia, di angoscia e insonnia. Per spiegare come ciò avvenga, ricordo che l'Agopuntura agisce essenzialmente con un meccanismo elettrico, il cui tramite (cioè lo strumento operativo) è l'Ago.

L'Ago, infisso in determinati punti della superficie corporea (i punti di Agopuntura) raggiunge il canale sotterraneo detto "Meridiano di Agopuntura", dove scorre il liquido interstiziale ricco di cariche elettriche. Attraverso l'Ago, che ha una componente bimetallica, si stabilisce un flusso elettroionico dall'interno verso l'esterno ed un effetto termico che ristabilisce l'equilibrio elettrico nelle singole cellule e nell'intero sistema, ripristinando la fisiologica circolazione dell'Energia. I risultati ottenuti sono soddisfacenti nel 95% dei casi NON chirurgici di lombalgia; vanno cioè esclusi i pazienti affetti da Emia del disco, comprimente la radice spinale, da listesi vertebrale e da stenosi serrata del canale midollare.

Nelle lombalgie acute, chiamate nel gergo comune "colpo della strega", l'azione dell'agopuntura è spesso rapida e sorprendente, con sblocco del dolore anche dopo una sola seduta.

L'azione antalgica, antinfiammatoria e decontratturante dell'agopuntura verrà ripetuta non prima di 6 - 7

Il 95% dei casi non chirurgici di lombalgia si risolve con rapidità

giorni dalla prima seduta. Mediamente sono sufficienti tre applicazioni per eliminare il problema. Le lombalgie croniche richiedono invece un numero maggiore di applicazioni (sei o sette sedute) effettuate le prime tre ogni settimana e le successive distanziate di 15 giorni. In agopuntura è importante saper "dosare" la frequenza delle sedute e soprattutto la scelta dei punti nonché individuare la "tipologia energetica" del paziente, ai fini di un risultato completo e duraturo.

Si è visto in effetti che se un trattamento viene ripetuto troppo di frequente il paziente anziché migliorare o aggrava o si arresta nel miglioramento. Per quanto attiene infine l'indicazione del trattamento agopunturistico nell'ernia del disco, essa può essere utilizzata con buoni risultati solo nella prima fase (irritativa) quando è presente una forte infiammazione con edema e compressione sul nervo della porzione di disco erniato. In questa situazione l'agopuntura agisce riducendo fino a determinare l'assorbimento della sacca infiammatoria e quindi l'irritazione del nervo corrispondente ed il dolore.

L'intervento chirurgico deve essere riservato a quei selezionati casi in cui si verifica una reale compressione sul midollo, con disturbi neurologici evidenti.



Mondo infermieristico

L'ANSIA PRE-OPERATORIA: interventi relazionali dell'infermiere

di **Concetta Paciolla** Infermiera di sala operatoria

Per fase pre-operatoria s'intende quel periodo che va dal momento in cui si stabilisce che è necessario procedere con un intervento chirurgico e il momento dell'intervento stesso. Gli studi hanno dimostrato che se la persona è ben informata sull'intervento chirurgico a cui si deve sottoporre e sulle procedure da seguire in fase pre operatoria si riduce l'ansia e anche il rischio di complicanze, in particolare di infezione della ferita chirurgica. Allo stesso modo è stato dimostrato che **una corretta comunicazione e presa in carico del paziente nelle fasi pre-anestesiologiche migliora e riduce il recupero post-operatorio.**

L'accoglienza del paziente in una sala operatoria è un'attività diversamente organizzata e varia da struttura a struttura, ma **il comune denominatore è sempre la**

gestione infermieristica del momento, l'accoglienza infatti è quello spazio dove l'infermiere gestisce il paziente da un punto di vista tecnico e relazionale.

All'ingresso il paziente viene fatto accomodare in un'area in cui avviene la preparazione e si procede con i controlli di sicurezza (identificazione, marcatura del sito, allergie, etc.) ed il controllo della documentazione clinica; **in questo spazio fisico ed emotivo avvengono scambi straordinari,** la persona è estremamente fragile, impaurita e sente l'assoluta necessità di protezione e conforto ma anche il bisogno di conoscenza dell'esperienza che sta per affrontare. Esperienza dalla quale deriva sopra ogni cosa la paura di una qualsiasi menomazione derivante dall'intervento stesso, fino a quella della morte. Una condizione particolare nella quale si miscelano più stati emotivi è quella delle pazienti sottoposte a isterectomia, le donne sperimentano oltre che le paure comuni a tutti gli interventi chirurgici anche quella legata all'improvvisa modifica dell'immagine corporea associata alla perdita dell'organo che, nell'opinione

La sala operatoria è uno spazio fisico ed emotivo dove avvengono scambi straordinari

comune, rappresenta la sede della "sessualità". L'asportazione dell'utero e degli annessi è vissuta come un'amputazione e non sono rari le condizioni depressive post-operatorie anche severe. Un importante intervento di supporto si è dimostrata la possibilità per queste donne d'incontrare il giorno precedente l'intervento l'infermiere (meglio nel caso specifico sia di sesso femminile) che le prenderà in carico in sala operatoria per un colloquio strutturato nell'ambito di uno spazio di accoglienza e supporto; la donna può liberare in questa condizione le sue paure e ansie e può ricevere risposte competenti e disponibilità all'ascolto attivo. **I vantaggi da un punto di vista psicologico e fisico per la paziente sono considerevoli, è stato dimostrato con lavori scientifici che la riduzione dell'ansia pre-operatoria riduce i tempi di recupero post-operatori e la percentuale di complicanze della fase di risveglio.** Gli interventi assistenziali di natura relazionale sono una competenza ben descritta nel profilo professionale dell'infermiere e la loro realizzazione da parte dell'infermiere di sala operatoria gli ridà un'identità più precisa, meno tecnica e più relazionale.





L'infermiere triagista per l'accoglienza nei Pronto Soccorso

di Passaro Anna Infermiera triagista

Dal 1996 i pazienti in Italia sono accettati nei Pronto soccorso con il Triage, valutazione della condizione clinica e del loro rischio evolutivo attraverso l'attribuzione di una scala di codici colore (rosso, giallo, verde, bianco) che indica la priorità di trattamento. La figura dedicata a questa attività è l'infermiere che acquisisce le competenze necessarie attraverso una formazione clinica, metodologica e relazionale perché il triage è sicuramente tecnica ma anche relazione. Infatti la scelta del legislatore illuminato è ricaduta giustamente sull'infermiere in quanto unico professionista sanitario che vanta nei suoi corsi di studio il più alto numero di ore di formazione su tematiche umanistiche per arricchire il più possibile le sue conoscenze sull'uomo e sul suo vissuto nella malattia.

La prima fase del triage è accoglienza e accettazione considerato il momento più delicato, attraverso il quale Triagista e Paziente entrano in Relazione, una relazione fatta di ascolto ed empatia. Una Comunicazione efficace è quella che favorisce la creazione di un rapporto di fiducia e si realizza attraverso momenti verbali, non verbali e paraverbali: essere capaci di ascoltare, di creare un'intesa, di capire il silenzio e tradurre il linguaggio del corpo, si acquisisce con anni di esperienza al triage e specifica formazione che richiede continua manutenzione delle conoscenze. Al Triage point, si coniuga tecnica e relazione nella sua più alta espressione, dove la presa in carico del paziente è di tipo Globale, dove i pazienti hanno modo di esternare dei sintomi, ma anche delle situazioni di disagio

sociale, ambientale o familiare è in questi ultimi casi che l'Ascolto diventa una vera e propria terapia. Rilevante è anche l'approccio con i familiari, renderli partecipi della situazione del proprio congiunto favorisce la riduzione delle conflittualità e ciò che ne può derivare e consente di stabilire momenti di collaborazione e disponibilità. Al contrario i familiari non informati e preoccupati, si lasciano prendere da stati di agitazione e che spesso non risultano essere d'aiuto né al paziente né tantomeno all'infermiere triagista, in quanto ostacolano il lavoro.

Attualmente i rapporti relazionali sono sempre più difficili in ambito familiare, scolastico, ospedaliero, e se da un lato ci abbandoniamo alla solitudine e all'individualismo che pervade dietro a problemi di varia natura che sembrano insormontabili, d'altro canto la comunicazione dà alla persona un senso di sicurezza, rinforzando la sua percezione di non essere sola e di avere qualcuno che l'ascolta e che la possa capire. Nell'esperienza di malattia le persone sperimentano una profonda solitudine, soprattutto se si tratta di situazioni acute che insorgono all'improvviso e interrompono la quotidianità; le persone si ritrovano d'improvviso proiettate dai loro contesti, le loro case, le loro vite in ambienti sconosciuti e ostili e a combattere un nemico che

non conoscono pieni d'incertezze e di paura. In questi momenti la presa in carico nel senso più stretto è fondamentale e l'infermiere esprime il massimo della propria professionalità e capacità alternando tecnica e relazione nella giusta misura che fanno di lui un professionista della salute completo.

Il momento dell'accoglienza è quello più delicato perché mette in contatto il triagista col paziente



Prevenzione

Le patologie autunnali Come fronteggiarle

Intervista al Direttore Sanitario Antonio Sciambra

Da fine settembre a marzo inoltrato l'Ospedale, a causa delle patologie autunnali, si trova ad affrontare uno dei periodi più impegnativi di tutto l'anno. In questi mesi, infatti, si registra il maggior numero di accessi al Pronto Soccorso e ai reparti. Sono veramente tante le persone che si presentano in Ospedale con sintomi di virali respiratorie, influenza o problemi gastrointestinali, contribuendo a congestionare l'attività ospedaliera. **Si può evitare di dover ricorrere al Pronto Soccorso per le patologie stagionali cercando di non farsi cogliere impreparati e seguendo alcune semplici regole, come la vaccinazione antinfluenzale, per gli over 50, o una dieta adeguata a rafforzare le difese immunitarie.** Ne abbiamo parlato con il Direttore Sanitario dell'Ospedale, il dott. Antonio Sciambra, che apre le porte della struttura ai medici di famiglia, invitandoli a cogliere l'opportunità della nuova norma che prevede l'interazione con l'Ospedale.

oltre il 70%
del nostro benessere
dipende dalla dieta alimentare

Con l'autunno e l'inverno tornano le patologie più diffuse, che comportano un maggior lavoro per l'Ospedale. Quali sono e come si possono prevenire?

Con l'arrivo dell'autunno e andando verso l'inverno, complici i cambiamenti climatici, siamo più esposti alle virali respiratorie. Quella più diffusa è la cosiddetta influenza, un'infezione ad andamento epidemico che colpisce le prime vie aeree. Si manifesta con brividi, sensazione di freddo, febbre, mal di testa, raffreddore e si accompagna ad inappetenza e spossatezza. Oltre all'influenza bisogna stare attenti alle tonsilliti e alle laringiti, che colpiscono prevalentemente i più piccoli e gli adolescenti, ma anche alle infezioni del tratto gastrointestinale, dovute al cambio del regime alimentare. Sono poche e semplici le regole per prevenire il contagio. Per le persone più anziane è consigliabile la vaccinazione, che consente di ridurre al minimo il rischio d'influenza. Per tutti valgono i principi di una buona igiene: lavarsi di frequente le mani, evitare luoghi troppo affollati, consumare cibi che rafforzino il sistema immunitario, ma anche concedersi passeggiate in riva al mare o in montagna.

In che modo l'Ospedale si prepara al periodo autunnale e invernale per affrontare il carico di lavoro maggiore?

Innanzitutto con la vaccinazione degli

operatori sanitari contro l'influenza. È una regola che abbiamo introdotto già da qualche anno che ci consente di lavorare con maggiore serenità. In questo periodo dell'anno, infatti, medici e infermieri, sono esposti a un rischio maggiore rispetto ad altri periodi dell'anno, che deriva dall'aumento significativo di pazienti che si recano in ospedale con patologie influenzali. Da un punto di vista organizzativo, invece, abbiamo il cosiddetto Nucleo di manovra, cioè un gruppo di operatori sanitari sempre disponibile per tamponare le emergenze legate all'aumento dei flussi ospedalieri. Un metodo ormai rodato che ci consente di fronteggiare il maggior carico di lavoro anche nel periodo estivo, quando il nostro ospedale registra, soprattutto in alcuni reparti, come quello materno-infantile, un incremento delle degenze.

In questo periodo dell'anno cambia anche l'alimentazione. Quanto ciò che mangiamo influenza la salute e quali sono i valori da tenere sotto controllo?

L'alimentazione è la prima e più importante arma che abbiamo per combattere le patologie influenzali e, più in generale, aiutare il nostro organismo nei cosiddetti cambi di stagione. Invito ogni lettore, così come faccio con ogni paziente, a prendere un impegno: stiamo attenti a ciò che mangiamo. Dalla dieta dipende oltre il 70% del nostro benessere. Le cattive abitudini alimentari influenzano in modo determinante il nostro stato di salute. Al mattino è consigliabile fare una buona colazione (non basta solo un caffè). Molta attenzione al pranzo, che per tantissime persone si consuma fuori casa. Se è possibile preferire un pasto portato da casa. Se si pranza al ristorante o alle mense, cercare di

scegliere piatti semplici e variare l'alimentazione. In questo periodo dell'anno, poi, è consigliabile effettuare alcune analisi cliniche per valutare il proprio stato di salute. È bene tenere sotto controllo glicemia, colesterolo, trigliceridi e l'analisi delle urine. E poi monitorare il peso corporeo. È buona consuetudine rivolgersi anche al proprio medico di famiglia per valutare con il suo consiglio che tipo di controlli effettuare.

In questo periodo aumenta anche il flusso di pazienti che si rivolgono al Pronto Soccorso. Com'è cambiata la gestione dell'emergenza negli ultimi anni?

Le patologie autunnali si ripercuotono innanzitutto sul Pronto Soccorso (PS) che è la porta d'ingresso dell'ospedale e dove ci si reca, sempre più spesso, anche per un banale malessere. In questo periodo aumenta il carico di lavoro anche per il dipartimento dei Servizi Diagnostici, per le analisi cliniche e la diagnostica per immagini (radiografie, ecografie, Tac). Il lavoro degli operatori del PS in questi mesi si incrementa notevolmente per l'affluenza legata alle patologie diffusibili (così si chiamano in gergo le virali e le influenze stagionali). Ciò significa che è necessario riorganizzare il lavoro e poter





Diagnostica

Il radiologo: un medico specialista che indaga il paziente in tutti i suoi aspetti

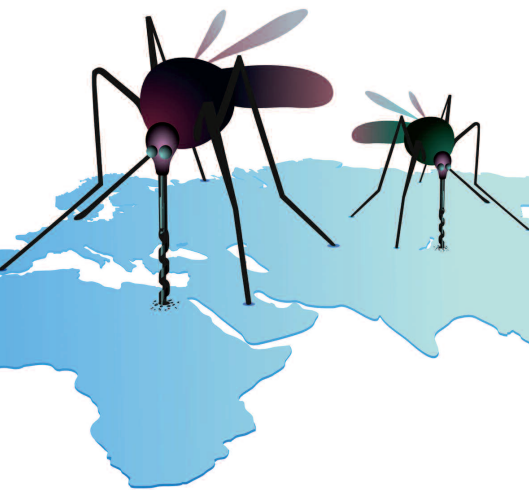
di Andrea Abete
Direttore UOC Servizio Diagnostica
per Immagini

Alla maggioranza delle persone è ben chiara in cosa consiste l'attività di un cardiologo o di un urologo, non altrettanto è per il medico radiologo. La tendenza di chi si reca in radiologia, è di legare l'esito del proprio accertamento all'apparecchiatura diagnostica, piuttosto che ad un referto stilato da un medico radiologo. Ma chi è sostanzialmente un radiologo? È un medico specialista in diagnostica per immagini, che tramite l'ausilio di apparecchiature, basate sui raggi X e non solo, indaga in tutti i suoi aspetti il paziente. La sua attività di specialista è imprescindibile per qualsiasi organizzazione sanitaria, specie per quelle ospedaliere dotate di Pronto Soccorso H24, come del resto è l'Ospedale Betania. Il continuo aggiornamento di apparecchiature ecografiche, TC e di RM, hanno incrementato il ventaglio diagnostico del medico radiologo, tipico esempio è dato dallo sviluppo delle TC spirali, che corredate di adeguati software, permettono di praticare esami nella nostra attività di reparto, che solo pochi anni fa erano di esclusiva competenza della radiologia interventistica. Mi riferisco specie alle indagini TC vascolari di tutti i distretti arteriosi e venosi, sovrapponibili a quegli esami diagnostici praticati in precedenza, dove l'invasività della metodica era di sicuro un notevole stress per il paziente. Inoltre la nostra TC, consente di praticare ricostruzioni 3D, molto utili nel campo delle uroTC ed ancora colonscopie virtuali, che di sicuro sono prossime a diventare un ulteriore ausilio diagnostico ai pazienti sottoposti ad una TC addome. In conclusione il referto è in questi casi lo strumento principale di comunicazione fra medico radiologo e paziente, altresì la disponibilità del medico radiologo a parlare direttamente con il paziente, a spiegare il referto, ad interfacciarsi con i colleghi di riferimento, consente di stabilire quel rapporto di fiducia che è di aiuto nella soluzione dei problemi di salute.

assistere adeguatamente tutti senza perdere di vista i casi più gravi o le emergenze. A questo proposito auspico una più stretta collaborazione con i medici di famiglia che invito a rapportarsi con noi per concordare modalità e opportunità di interazione con l'ospedale, come prevede la nuova normativa dell'assistenza di base. La gestione dell'emergenza è cambiata molto negli ultimi anni, grazie soprattutto alle tecnologie a disposizione. Il nostro Pronto Soccorso, oltre a poter contare su un team di operatori qualificato, molto attento anche all'aggiornamento professionale, è perfettamente integrato con gli altri reparti. Il nostro approccio alla gestione delle emergenze e la qualificazione della struttura e dei nostri operatori ci hanno consentito negli ultimi anni di diventare un punto di riferimento nell'emergenza materno-infantile, con il Pronto Soccorso Ginecologico e la Terapia Intensiva Neonatale; in quella cardiologica che ci vede oggi Centro Spoke regionale e nella chirurgia d'urgenza.

Recentemente in Ospedale è stata effettuata una donazione multipla di organi. Quanto le persone sono sensibili al tema e come fare per incentivare le donazioni di organi?

Dal 2006 siamo inseriti nel circuito regionale della donazione di organi. Proprio recentemente, il 10 settembre scorso, siamo riusciti ad effettuare un espianto multiplo di organi da un paziente di 47 anni campano, giunto all'Ospedale affetto da emorragia cerebrale in coma irreversibile che ha consentito di dare nuova speranza di vita a ben 6 persone. Il fegato donato dai familiari dell'uomo, infatti, è stato suddiviso e destinato a due pazienti di Napoli e di Bergamo in attesa di trapianto, mentre i reni e le cornee sono stati assegnati a pazienti di Napoli e Salerno, attraverso i rispettivi Centri Trapianto. Un grande gesto d'amore, che può salvare la vita o dare nuova speranza ad altre persone, ma è una sfida contro il tempo che si può vincere solo grazie ad un grande impegno da parte degli operatori dei diversi ospedali coinvolti e il lavoro di coordinamento tra i medici dell'ospedale dove si trova il donatore e gli esperti del Centro Regionale Trapianti e di quello Nazionale. Il nostro ospedale fa parte della Rete regionale e per i trapianti d'organo da diversi anni, attraverso il referente locale dott. Luciano Abruzzese, primario dell'Unità di Terapia Intensiva, ed è in prima linea nella Campagna di sensibilizzazione alla donazione d'organi.



Malattie globalizzate

La malaria e la sua diffusione mondiale

di Antonio Augiero medico

malattie virali

Il ciclo vitale della malaria

di Giovanni Napolitano biologo

Il ciclo vitale del parassita della malaria (*Plasmodium falciparum*) avviene tra due ospiti: la zanzara anopheles e l'uomo.

1. La femmina, *Anopheles*, è implicata nella trasmissione della malattia. Questa si infetta succhiando sangue da umano infetto. Punge un nuovo individuo per nutrirsi ed inocula lo sporozito, forma del plasmodio, nel sangue.
2. Gli sporoziti infestanti, vengono sequestrati dalle cellule del fegato entro un'ora.
3. All'interno delle cellule epatiche maturano fino a trasformarsi in schizonte.
4. Gli epatociti, infettati, si rompono, rilasciando i merozoiti nel sangue.
5. Dopo l'iniziale moltiplicazione nel fegato, il parassita comincia una moltiplicazione asessuata nel globulo rosso, schizogonia eritrocitaria.
6. I trofozoiti, le forme dentro i globuli rossi, maturano in 2 o 3 giorni in schizonti che portano alla rottura del globulo rosso e si dividono nel torrente circolatorio in una moltitudine di merozoiti.
7. I merozoiti colonizzano altri globuli rossi, maturano in trofozoiti, e riattivano un nuovo ciclo di maturazione. Questo meccanismo è la causa dell'aumento dei parassiti nel sangue e delle gravi anemie emolitiche provocate dalla malattia.
8. Alcune forme parassitarie si differenziano nel torrente circolatorio e prendono la strada dello stadio sessuato (gametociti).
9. I gametociti vengono ingeriti dalla zanzara femmina durante la puntura, ed infettano l'insetto.
10. Nello stomaco della zanzara avviene la fecondazione dei gametociti che generano lo "zigote".
11. A questo punto lo zigote diventa mobile, si allunga e invade la parete intestinale della zanzara dove si differenzia in oociste.
12. L'oociste cresce e si sviluppa rilasciando gli sporoziti. A questo punto gli sporoziti migrano fino alle ghiandole salivari della zanzara. L'insetto, pungendo un individuo, inocula il parassita facendo ricominciare il ciclo.

IL decesso per malaria di una bambina di 4 anni di Trento, avvenuto il 4 settembre 2017, ha acceso i riflettori su un problema poco noto all'opinione pubblica in Italia ma che attualmente risulta una delle principali emergenze sanitarie del pianeta.

Se l'idea del cittadino comune è che la malaria sia un problema appartenente in esclusiva a altri continenti, va invece ricordato che notevoli e intensi sono i programmi di intervento di profilassi anche in Europa. Recentemente, l'Oms ha pubblicato una nuova guida, dal titolo *"2017 Framework for malaria elimination"*, che delinea una serie di azioni politiche volte all'eradicazione della malaria nel mondo. Secondo i dati Oms, nel 2015 i casi di malaria nel mondo sono stati 212 milioni e l'infezione ha causato circa 400 mila decessi. Nonostante tra il 2010 e il 2015 ci sia stata una **diminuzione generale dell'incidenza della malattia e dei tassi di mortalità** (rispettivamente del 21% e del 29%), **la malaria continua a essere un importante problema di sanità pubblica mondiale**. Oltre a essere endemica in molte zone del pianeta, viene sempre più frequentemente importata, grazie ai movimenti migratori.

La "Mal'aria", così definita in seguito alla credenza che venisse contratta dai miasmi malsani emanati dalle acque stagnanti delle paludi, è una grave malattia **causata da protozoi parassiti (*Plasmodium falciparum*, vivax, ovale) trasmessi all'uomo da zanzare *Anopheles***.

Nonostante in Italia la zanzara *Anopheles* è ormai scomparsa, grazie a bonifiche e disinfezioni compiute a metà del secolo scorso, il continente europeo ha registrato un aumento della diffusione di molte zanzare invasive dal 1990. In particolare, *Aedes albopictus* e *aegypti*, (comunemente conosciute come **Zanzare Tigre**) entrambi noti vettori in questo caso di **virus (*arbovirus*)**, responsabili di malattie come la **Dengue**, **Chikungunya** e **Zika**, che si sono recentemente diffuse in diverse parti del mondo.

L'episodio del decesso per malaria della piccola di Trento, a cui ha fatto eco stampa e televisione, ha scatenato nella opinione pubblica un notevole allarmismo e soprattutto la diffusione dell'idea che la causa fosse da attribuirsi all'arrivo di stranieri. Il fenomeno in realtà è molto più complesso; solo l'analisi e la conoscenza dei dati epidemiologici ricavati dai sistemi di sorveglianza sanitaria possono aiutare nella comprensione. Da una osservazione effettuata nel periodo compreso tra il 2010 e il 2015 **il tasso di mortalità della malaria tra i bambini sotto i 5 anni di età in Italia è risultato globalmente diminuito (circa il 35%)**. Nello studio "Malaria surveillance in Italy: the 2000-2008 national pattern of imported cases" la tendenza verso la riduzione dei casi importati, con una percentuale

di decessi è stabile e inferiore alla media europea. Nel 93% dei casi la malaria è stata contratta in Africa, in particolare nei Paesi della costa occidentale (Nigeria, Ghana, Costa d'Avorio, Burkina Faso, Senegal e Camerun), e il *Plasmodium falciparum* è stato l'agente eziologico responsabile dell'83% dei casi totali.

Quello che colpisce è il dato di un crescente numero di casi di malaria tra immigrati, soprattutto africani, da lungo tempo residenti in Italia (così come in Europa), che rientrano nel Paese d'origine per visitare familiari e amici non consapevoli di aver perso l'immunità transitoria (premunizione) nei confronti della malaria.

L'osservazione dello stato di salute dall'arrivo in Italia all'inserimento demografico delle popolazioni migranti in Europa, dimostra che la maggior parte di coloro che giungono in Italia è in buona salute.

Ciò nonostante, lo stato di benessere di questi migranti "pionieri" può esaurirsi nel tempo a causa di condizioni di vita e di lavoro precarie e dello scarso accesso ai servizi sanitari nel Paese ospite. I timori legati alla condizione di irregolarità e la scarsa conoscenza del diritto di accesso ai servizi sanitari, delle modalità di fruizione degli stessi e della lingua locale sono infatti alcuni tra i principali fattori che impediscono ai migranti di accedere a percorsi di prevenzione, di diagnosi precoce e di terapia ambulatoriale in Italia.

212 milioni
casi di malaria
registrati nel mondo nel 2015

Le condizioni di vita non adeguate influiscono sulle malattie infettive che si diffondono più facilmente in situazioni di scarsa igiene e sovraffollamento. Per esempio, morbillo, difterite, influenza, pertosse e infezioni respiratorie acute sono malattie a rischio epidemico in condizioni di sovraffollamento, mentre condizioni igieniche insufficienti aumentano il rischio di infezioni gastro-intestinali. Gli interventi di salute pubblica per ridurre il rischio di patologie infettive devono avere dunque sia una prospettiva nel breve periodo (occupandosi dei migranti appena giunti in Italia e ospitati nei Centri di accoglienza) sia una prospettiva a lungo termine (rivolgendosi alle persone che si sono stabilite e cominciano a integrarsi nel nostro Paese). Tra le strategie a lungo periodo diventa fondamentale favorire l'accesso alle vaccinazioni previste nel calendario vaccinale, per riuscire a raggiungere obiettivi di sanità pubblica e permettere una maggiore sicurezza sui luoghi di lavoro.

NauZen

Cerotto

NOVITÀ

Diffusore di oli essenziali naturali al 100%
con proprietà **antinausea** e **antivomito** a base di **Zenzero**



Confezione da **12 cerotti**
Testati Dermatologicamente

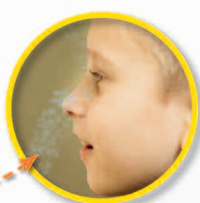
Attivazione degli oli essenziali



Digitopressione
che "apre" le
microcapsule



Rilascio
degli oli
essenziali



Inalazione

Posologia

Applicare sull'abbigliamento vicino al viso **1 o 2 cerotti** al bisogno.
Efficace per circa 3 ore dopo l'attivazione.

**Particolarmente adatto
al PAZIENTE PEDIATRICO**

buOna



LAURA,
INFERMIERA

ANDREA,
NEONATO
PREMATURO

dona il
5xmille
alla

Nel reparto di neonatologia dell'Ospedale Evangelico Betania ci prendiamo cura dei bambini nati prematuri e dei loro genitori. Offriamo sostegno e assistenza anche fino a 3 anni dopo la dimissione, instaurando un legame d'amore che va oltre il semplice supporto sanitario.



**FONDAZIONE
EVANGELICA
BETANIA**

**e sostieni le tante
storie d'amore che
iniziano da qui**

firma per il volontariato
e scrivi il nostro codice fiscale:

06408500632



**Ospedale
Evangelico
Betania**

fondazione evangelica betania

OSPEDALE GENERALE DI ZONA - P.S.A.
classificato con D.P.G.R.C. n° 3802 del 6/4/1993

OSPEDALE EVANGELICO BETANIA 80147 Napoli - Via Argine, 604 tel. 081 5912111 www.villabetania.org

il legame continua...

