

1968
2018



Ospedale
Evangelico
Betania

fondazione evangelica betania

Betaniainforma

periodico di informazione dell'Ospedale Evangelico Betania

www.villabetania.org

n.23 marzo 2018

PRIMO PIANO

Tumore della mammella Prevenzione e Screening

Oggi si guarisce di più
rispetto al passato

pag. 4

nel 2017
nel nostro ospedale
sono stati effettuati

325

interventi di patologia
neoplastica mammaria

EDITORIALE

50° Anniversario del nostro Ospedale

La celebrazione ed il
progetto dell'ampliamento
della struttura

pag. 1

APPROFONDIMENTO

Biotestamento: in vigore la legge

Cosa bisogna sapere della
Legge 219 del 2017 che
regola il testamento biologico

pag. 7



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

1968
2018Ospedale
Evangelico
Betania

fondazione evangelica betania



Festa dei 50 anni, con un ospedale più grande!



20 ottobre 2018 celebriamo il 50° anniversario della fondazione dell'Ospedale Evangelico Betania,

una data importante per le chiese protestanti napoletane ed italiane che vollero costruire, in questa area depressa della periferia di Napoli, un'opera sociale sanitaria, gratuita e solidale.

L'Ospedale Evangelico di Napoli prende il nome di Betania dal paese della Giudea dove abitava Lazzaro: un luogo simbolico della salute, ma anche dell'accoglienza, visto che il prefisso "Beth-" in ebraico significa "casa".

E questo è stato **il nostro ospedale, un luogo che innanzitutto accoglie e aiuta. Immaginato e voluto dal suo fondatore dr. Teofilo Santi,** medico metodista di Portici, come *"l'albergo per i viandanti colpiti dalle ferite della vita"*. Un luogo di cura, ma anche di affetto e di sostegno, verso i sofferenti e verso gli emarginati, senza alcuna distinzione e senza escludere nessuno.

Questa opera evangelica, **appartenente alle chiese protestanti (Apostolica, Avventista, Battista, Esercito della Salvezza, Luterana, Metodista e Valdese)** è stata ispirata e sostenuta dalla fede, ma non è mai stata concepita come un'opera confessionale e "religiosa", ma come un luogo di cura secondo una logica di "compassione" e di salute globalmente intesa.

Oggi siamo diventati una struttura riconosciuta e inserita nel Sistema Sanitario Nazionale, equipollente ad una

pubblica, per finalità, organizzazione e qualità. Anzi siamo più che pubblici. Siamo efficienti, sobri e attenti ai costi, e per questo costiamo la metà di un analogo ospedale pubblico, **un esempio di sanità etica e "sostenibile"**.

Siamo però anche attenti alla qualità delle prestazioni sanitarie e dell'assistenza, all'innovazione scientifica, alla formazione e all'efficacia delle cure. **Svolgiamo, ormai, un ruolo insostituibile nel nostro territorio, da tutti riconosciuto.** Un ospedale dal volto umano, affidabile e sempre aperto, e anche quando superiamo il nostro budget dei rimborsi pubblici, continuiamo a lavorare e ad offrire gratuitamente i nostri servizi.

La Solidarietà verso il prossimo e la Sostenibilità (Efficienza) economica, accompagnati dalla passione dei nostri dipendenti, sono stati i cardini strategici della nostra struttura.

Lo sono stati per cinquant'anni e lo saranno anche in futuro. **Per il futuro stiamo progettando l'ampliamento dell'attuale ospedale. Un ospedale più grande, più confortevole e più bello** che offriremo ai nostri pazienti e ai nostri dipendenti. Sarà un ospedale rinnovato, allungheremo infatti l'attuale struttura che sarà completamente ristrutturata, raddoppiando **gli spazi che passeranno da circa 7 mila a circa 15 mila mq,** a parità di posti letto! Avremo quindi stanze di degenza più grandi, nuovi spazi per il nostro personale sanitario, nuovi percorsi

sanitari più efficienti, nuove aree per il blocco operatorio, per il blocco parto, per il Pronto Soccorso e per i Servizi Diagnostici. Sono previste inoltre nuove aree per gli ambulatori, per la formazione, per i convegni, per gli uffici, per gli incontri e per l'accoglienza, nonché uno spazio di preghiera e di raccoglimento spirituale aperto a tutte le confessioni. **Il progetto è stato presentato e ora stiamo aspettando l'autorizzazione a costruire.** Siamo fiduciosi che per il 20 ottobre 2018 non solo festeggeremo il nostro compleanno ma anche l'apertura del cantiere del nuovo ospedale!

Come cinquant'anni fa, anche questo ampliamento verrà offerto in modo gratuito alla collettività e alla Regione, senza oneri per Stato: i costi infatti di progettazione e di realizzazione saranno a totale carico delle chiese evangeliche.

Nel prossimo futuro c'è l'ampliamento dell'attuale ospedale che porterà gli spazi da 7 mila a circa 15 mila mq.



L'Ospedale Evangelico Betania applicherà la nuova norma sul biotestamento divenuta legge anche in Italia dal 14 dicembre 2017



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, Volla (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 Vella 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. Spiritualità** L'accompagnamento spirituale ai morenti e loro molteplici sfaccettature: politiche, giuridiche, filosofiche, mediche, bioetiche, teologico-religiose
- 4. Senologia**
Prevenzione e screening contro il tumore della mammella
Intervista a Gennaro Guerra, Direttore dell'Unità Operativa di Senologia
- 5. Focus** I numeri della Senologia
- 6. Psicologia** Una stanza tutta per sé
Il gruppo come opportunità di cura
- 7. Approfondimento** La legge sul Biotestamento
e la cura del mal di schiena
- 8. Intervista** Disposizioni Anticipate di Trattamento
Le difficili decisioni del medico
- 9. Documento** Sì al Biotestamento
Il nostro apprezzamento della legge
- 10. Infermieristica**
Nell'ora incerta
La terra di mezzo tra essere professionista e persona
- 11. Prevenzione**
Migliorare la consapevolezza e il livello di attenzione delle donne in ambito ginecologico
Iniziative gratuite per la prevenzione
- 12. Focus** La gestione del rischio
Una garanzia anche per i pazienti

25mila | **5mila**
visite | **interventi**

Sono i numeri degli ultimi dieci anni della nostra Unità di Senologia guidata dal Dott. Gennaro Guerra, divenuta un punto di riferimento sul territorio
(pag. 4)



PER TUTTO C'È IL SUO TEMPO, C'È IL SUO MOMENTO PER OGNI COSA SOTTO IL CIELO: UN TEMPO PER NASCERE E UN TEMPO PER MORIRE

(Ecclesiaste 3,1-2)

di Vincenzo Polverino Cappellano

II

tema di questo numero di **Betaniainforma** per buona parte è dedicato al "fine vita",

accompagnamento spirituale ai morenti e loro molteplici sfaccettature: politiche, giuridiche, filosofiche, mediche, bioetiche, teologico-religiose. **Ineluttabilmente bioetica e religioni se ne sono occupate con interesse**, sebbene con scopi e finalità diverse, accumulate dal principio che la vita umana è "sacra", inviolabile ed intoccabile, da difendere incondizionatamente.

Incomprensibile sarebbe non esser d'accordo. **La bioetica però, a differenza delle religioni, rivendica l'esigenza di un'etica della sacralità: la sofferenza dei malati è più importante delle guerre di religione e non (Fine vita - LINK-IESTA).** Questo inciso evidenzia un grosso problema, e cioè di quale etica parliamo, quale scegliere, quale la più corretta? Insomma, sia la bioetica che le religioni hanno l'identica stessa peculiarità: una svariata diversità di posizioni tali da rendere il compito di medici, parlamentari e legislatori, oltremodo arduo e complicato, vedi **la spiazzante apertura sul fine vita da parte di Papa Francesco: "Gli interventi sul corpo**



umano diventano sempre più efficaci, ma non sempre sono risolutivi, possono sostenere funzioni biologiche divenute insufficienti, o addirittura sostituirle, ma questo non equivale a

promuovere la salute. Occorre quindi un supplemento di saggezza, perché oggi è più insidiosa la tentazione di insistere con trattamenti che producono potenti effetti sul corpo, ma talora non giovano al bene integrale della persona". Anche il notevolissimo lavoro delle **Commissioni di Bioetica di sole quattro Istituzioni Evangeliche: Luterana, Battista, Metodista e Valdese in Italia** che da molto tempo stanno intervenendo sui temi del fine vita, ci conferma quanto complesso sia il giungere a posizioni univoche anche nel protestantesimo (Luca Savarino, coordinatore Comm. bioetica BMV). **La buona notizia è che la legge sul biotestamento, è oramai legge anche in Italia dal 14 dicembre 2017. A tal riguardo gli ospedali Evangelici Italiani Betania di Napoli e Internazionale di Genova applicheranno la nuova norma sul biotestamento e non obietteranno ad una legge dello stato.** Ma cos'è, e cosa prevede, il biotestamento? È una dichiarazione anticipata di trattamento, sempre revocabile e modificabile, che ratifica una volontà espressa in condizione di lucidità mentale, circa quali terapie accettare qualora in futuro si sia in una condizione di incapacità od impossibilità ad esprimere la propria volontà. Detto ciò riprendiamo il testo biblico per due brevi considerazioni su nascita e morte. Nel nostro Paese, prendersi cura di chi nasce, prima durante e dopo il parto è oramai

una prassi consolidata, normale, addirittura scontata. **Sebbene negli ultimi 100 anni ci sia un drastico calo delle nascite, i dati Istat ci dicono che nel 2015 sono nati 488 mila bambini, mentre all'inizio del secolo scorso erano oltre un milione.** Allora, oltre a nascere di più si nasceva e si moriva in casa, le ospedalizzazioni per gli anziani erano rarissime. **Oggi almeno in Italia la morte è sempre più frequentemente una morte ospedaliera.** Riguardo al morire, il pensiero biblico dichiara fermamente che esso è un atto naturale, nient'affatto da nascondere, neppure quand'esso può apparirci cruento, brutale od ingiusto. **Ora affrontiamo brevemente la questione dell'accompagnamento spirituale ai morenti.** Cos'è? In cosa consiste? Arguto, profetico e oltremodo coraggioso, quasi duemila anni fa il Siracide, riflettendo sul soffrire umano, così si esprimeva: *Meglio la morte che una vita amara, il riposo eterno che una malattia cronica* (Sir: 30,17). In qualità di cappellano clinico, per esperienza non posso che confermare che le cose stiano così.

Da quasi vent'anni incontro malati "terminali" secondo un ricorrente linguaggio medico, ma in realtà "biografie umane viventi", con alcuni di loro, visita dopo visita, è nata una particolare empatia; in molti mi hanno confessato: «caro pastore, morire lo comprendo, è ineluttabile, ciò che non comprendo e non accetto è l'inumano inutile soffrire». *Morire non è nulla. Non vivere è spaventoso* (Victor Hugo). **Morire sì, dunque, ma con dignità e il meno dolorosamente possibile. Perché proprio a me? Perché ora?** Queste domande

LA LEGGE SUL BIOTESTAMENTO, È LEGGE ANCHE IN ITALIA, DAL 14 DICEMBRE 2017

rappresentano per l'accompagnatore spirituale dei veri macigni e una reale sfida di saggezza e discrezione spirituale circa cosa, come e quando, dire qualcosa. **L'Apostolo Paolo** ce lo spiega meglio, quando ammonendo dice: *Se avete una buona parola ditela affinché conferisca grazia a chi l'ascolta* (Ef. 4,29) L'accompagnamento spirituale dei morenti non è la difesa di Dio, come se Dio avesse bisogno di essere difeso, confermato o giustificato; né chi accompagna è lì per stare dalla parte di Dio. **L'accompagnamento è ascolto, rispetto, umiltà e umanità, perché ciò che maggiormente conta è l'esserci, essere lì per l'ammalato con i suoi dolori, travagli e dubbi.** Concludo dando un caloroso benvenuto a questa legge, e a quant'altre ne giungeranno, che faciliti l'uscita da questa meravigliosa vita, dono di Dio, in maniera corretta e rispettosa.

Primo Piano

PREVENZIONE E SCREENING CONTRO IL TUMORE DELLA MAMMELLA

Intervista a Gennaro Guerra Direttore dell'Unità Operativa di Senologia dell'Ospedale Evangelico Betania

Chi risulti affetto da un tumore della mammella può guarire, oggi più che mai rispetto al passato, ma bisogna diagnosticarlo in tempo.

Purtroppo a Napoli e provincia, come in tutto il Mezzogiorno d'Italia, sono ancora poche le donne che si sottopongono correttamente agli screening per la prevenzione oncologica. Un problema serio, dal momento che si è abbassata notevolmente l'età di insorgenza della malattia, ormai scesa sotto i 40 anni. La prima visita andrebbe effettuata a 28-29 anni, soprattutto se c'è una familiarità accertata, e poi ripetuta ogni anno.

Le cause che hanno favorito l'aumento dell'incidenza del tumore della mammella negli ultimi decenni sono legate allo stile di vita: alimentazione, innanzitutto e inquinamento ambientale. Presso l'Ospedale Evangelico Betania è attivo il primo Ambulatorio "aperto" a cui potersi rivolgere senza prenotazione. Gennaro Guerra, chirurgo e direttore dell'Unità Operativa di Senologia, fa il punto della situazione.

circa il 20%
dei tumori alla mammella coinvolge donne al di sotto dei 40 anni

A che età bisogna sottoporsi allo screening per il tumore alla mammella?

Dai 28-29 anni consiglio vivamente di effettuare la visita senologica con ecografia una volta all'anno. Se siete donne di età compresa fra i 30 ed i 40 anni e ancora non l'avete fatta rivolgetevi ad un senologo. Purtroppo in Campania solo 1 donna su 3 ha effettuato lo screening secondo gli ultimi dati dell'Osservatorio Nazionale (Ons). L'incidenza del tumore della mammella è in costante aumento in Italia: nel 2017 si sono registrati oltre 55mila nuovi casi di cui circa il 20% a carico di donne al di sotto dei 40 anni.

Da cosa dipende?

Principalmente da tre fattori: innanzitutto l'ambiente di vita quotidiano, le abitudini e lo stile di vita e, infine, l'alimentazione.

Se diagnosticato per tempo il tumore è curabile con alte percentuali di guarigione. Diversamente dalla convinzione comune, solo il 7-8% dipende dalla familiarità, e di questa percentuale solo nel 50-60% delle donne si può manifestare la malattia. In caso di familiarità accertata per tumore mammario ci si può sottoporre a test genetici in grado di appurare l'espressione di mutazioni genetiche (br Ca) specifiche per il rischio di ammalarsi. Ma non per questo va giustificato un atteggiamento aggressivo e pubblicizzata la mastectomia profilattica (asportazione di entrambe le mammelle) come la panacea in grado di guarire le donne potenzialmente affette da cancro della mammella.

Quali sono i fattori scatenanti del tumore?

L'alimentazione, innanzitutto, e lo stile di vita. Il tumore alla mammella, che fino ad una trentina di anni fa era poco conosciuto, ha iniziato a diffondersi esponenzialmente a metà degli anni '80 in concomitanza della diffusione dell'alimentazione industrializzata. La nostra salute dipende dalle scelte di vita che facciamo. Quello che io chiamo l'insulto oncologico viene dall'esposizione del nostro organismo a sostanze tossiche che provengono dall'alimentazione, innanzitutto, dall'ambiente in cui si vive, dall'inquinamento, non solo atmosferico. La manifestazione della malattia e la sua crescita esponenziale è cominciata dalla fine degli anni '70, in concomitanza con la diffusione dei nuovi stili di vita legati all'impatto dell'industrializzazione e dell'urbanizzazione della società che ha modificato profondamente gli stili di vita.

Com'è la situazione oggi?

Negli anni 2000 l'incidenza del tumore al seno è aumentata in maniera esponenziale e preoccupante soprattutto nelle donne che sono state bambine negli anni '80 e '90 che hanno subito una vera e propria tempesta da agenti tossici. Una delle cause scatenanti degli ultimi decenni, ad esempio, è stato l'iperestrogenismo da alimentazione. Con i dati a disposizione possiamo affermare che l'eccesso di assunzione di ormoni, in tante forme, ha avuto degli effetti significativi alterando i cicli ormonali femminili e mettendo a rischio gli organi e le parti dell'organismo più sensibili come le mammelle.

A chi bisogna rivolgersi per lo screening?

A centri diagnostici specializzati con radiologi competenti in materia. Che purtroppo, sul nostro territorio, sono molto pochi. La diminuzione della mortalità per tumore della mammella a fronte del suo aumento di incidenza esponenziale dipende soprattutto da una buona prevenzione.



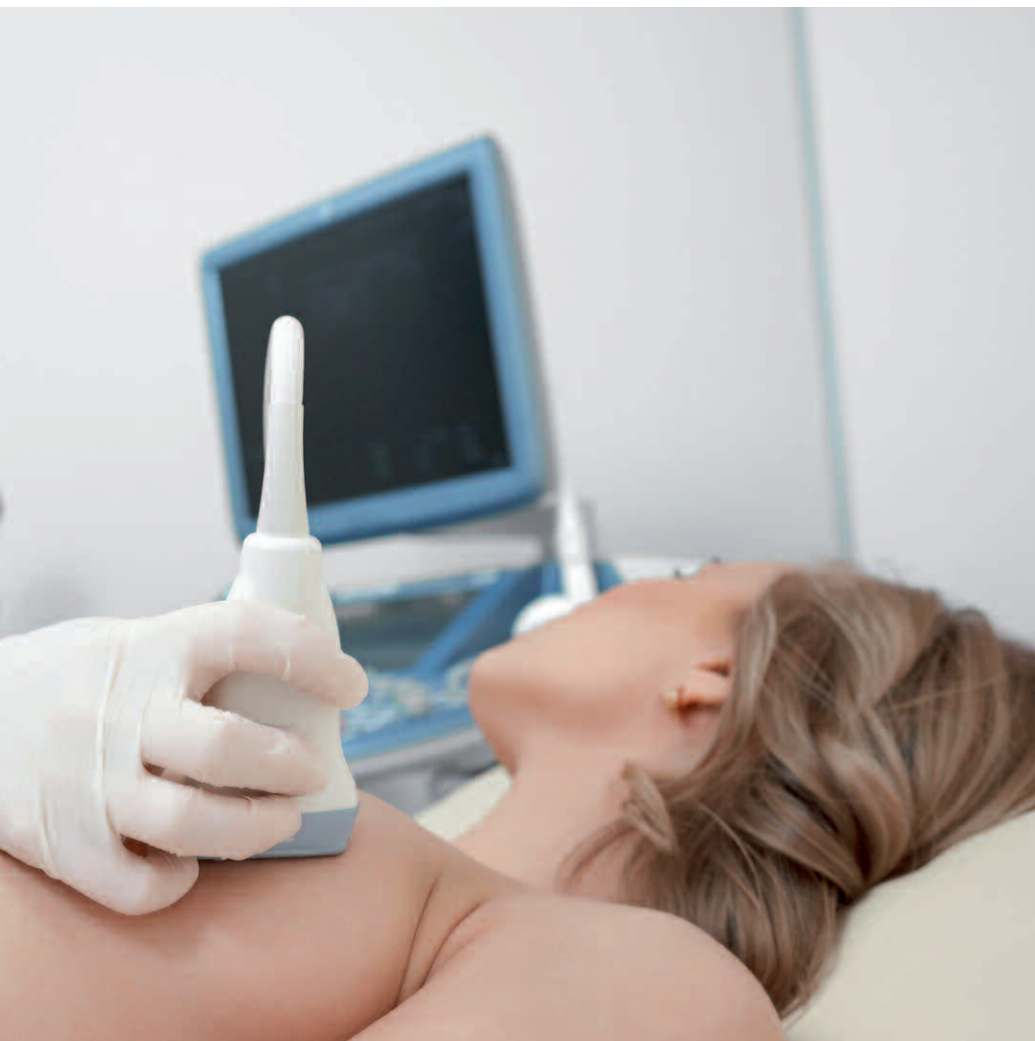
Gennaro Guerra

Lo screening comincia, dunque, con l'affidamento della donna ad

una équipe radiologica specializzata. L'obiettivo è quello di cercare di individuare lesioni sempre più piccole, al di sotto di 1 centimetro. Quando vengono individuate, diagnosticate e trattate per tempo lesioni di queste dimensioni la guarigione si avvicina a valori percentuali superiori al 95% dei casi. Con una prevenzione di qualità ma anche molto capillare saremo in grado di sconfiggere il cancro alla mammella.

Come promuove la prevenzione l'Ospedale Evangelico Betania

Negli ultimi anni abbiamo lavorato molto sull'informazione e sulla prevenzione. Oggi presso il nostro Ospedale esiste l'unico Ambulatorio "aperto" a livello regionale, al quale le donne possono rivolgersi senza prenotazione e pagando il ticket minimo di 25 euro. Se una donna volesse sottoporsi a visita, oppure avesse il sospetto di una patologia mammaria o semplicemente volesse sottoporsi ad un controllo può venire in Ospedale nei giorni di lunedì, martedì e mercoledì dalle ore 9 alle 12. In ognuno di questi giorni facciamo fino a 30 visite. Ma, purtroppo non basta. La prevenzione del tumore della mammella nel Mezzogiorno e



Secondo l'Osservatorio Nazionale in Campania solo 1 donna su 3 ha effettuato lo screening

in Campania è ancora una condizione ipotetica. **Dopo la visita cosa succede?**

Se dallo screening e dalla visita senologica emerge la presenza di lesioni iniziamo subito un percorso di accompagnamento con la paziente che viene seguita in ogni passo della malattia. Grazie al lavoro degli ultimi anni la ASL Na1 ci ha riconosciuto come Centro di 2° livello per la senologia e gli altri tumori femminili come quello alla cervice uterina e alle ovaie. Le nostre pazienti hanno a disposizione una Breast Unit con professionisti che hanno tutte le competenze necessarie in cui è presente anche un chirurgo plastico, il dott. Francesco Serpi. Oltre me ci sono due bravissimi senologi come il dott. Pierfrancesco Maione e la dott.ssa Amalia Farina. In tutto il percorso lavoriamo di concerto anche con la dott.ssa Elena Giuliano, e, dove necessario con lo psicologo, dott. Antonio Maria Salzano. Se vogliamo vincere la battaglia contro il cancro al seno, in futuro, dovremmo specializzarci sempre di più e potenziare ulteriormente la nostra struttura come ospedale della donna, per cui, come detto, siamo già un

punto di riferimento sul territorio regionale.

Cosa succede dopo la diagnosi di un tumore al seno?

Se la malattia è localizzata solo alla mammella ed è aggredibile la chirurgia è il primo intervento da fare. Quando si opera non significa, però, che si è eliminata la causa del tumore. Il cancro è una malattia sistemica. Diversamente dipende dalla dimensione delle lesioni. Se la lesione è superiore ai 2,5 cm è preferibile iniziare con un trattamento di chemioterapia preventiva. Se la risposta è positiva poi andiamo ad effettuare l'intervento per rimuovere le parti colpite. Nel 60% dei casi, con la chemioterapia, quando è fatta tempestivamente, la neoplasia scompare. Il primo è più importante alleato nella lotta al tumore, oltre allo stile di vita, è il tempo. Sia nella fase di prevenzione che in quella di cura.

Qual è la principale innovazione di cui andate fieri?

Senza dubbio la tecnica del blocco degli intercostali, messa a punto con il nostro team di anestesisti ed in particolare con la Dottoressa Anna Nocera, che ci consente di operare le donne affette da tumore della mammella con un'anestesia loco-regionale in grado di evitare le complicanze legate all'anestesia generale. Una donna operata con questa tecnica può andare a casa anche poche ore dopo l'intervento.

Focus

UNITÀ DI SENOLOGIA DATI 2017

L'Unità di Senologia del nostro Ospedale è riconosciuta tra le strutture di eccellenza della regione per il numero di interventi effettuati per patologia neoplastica mammaria maligna (325 nel 2017) e per la completezza del percorso assistenziale offerto. La conferma dei risultati raggiunti è arrivata a fine del 2016, con il decreto regionale n. 98/2016, promulgato dal Commissario ad Acta per il piano di rientro del disavanzo sanitario della Regione Campania, che ha classificato la Senologia dell'Ospedale Evangelico Betania, per gli interventi di cancro della mammella, come una Chirurgia di I fascia per numero di interventi effettuati, con un quinto posto in graduatoria regionale collocato subito dietro le principali Aziende Ospedaliere ed Universitarie. Negli ultimi dieci anni l'Unità di Senologia guidata dal dott. Gennaro Guerra ha effettuato 25.000 visite e più di 5.000 interventi diventando un punto di riferimento sul territorio.

2010

visite ambulatoriali

600

Ricoveri

325

Interventi di patologia neoplastica

53

Interventi Border line

158

Interventi Day Surgery

96

Interventi ricostruttivi

psicologia

Antonio Maria Salzano psicologo, psicoterapeuta

Maria Lina Riegler, Dario Panelli psicologo, specializzando in psicoterapia sistemico relazionale - Ipr



UNA STANZA TUTTA PER SÉ

Da novembre il servizio di Psicologia ha accolto il neonato gruppo **“la forza delle donne”** così battezzato da Maddalena, Marisa, Assunta, Nunzia e Matilde. È un gruppo aperto di sostegno psicologico di matrice sistemico relazionale, che si rivolge alle donne con tumore al seno. **L'idea di dar vita a questo progetto è partita dalla concezione per cui mettere la persona nelle condizioni di affrontare la malattia oncologica e il distress psicologico ad essa associato, ha un grande valore curativo.** Un buon intervento relazionale ha dimostrato di essere correlato ad un distress inferiore, stati positivi della mente, maggiore soddisfazione, migliore salute (Piccinelli, Ippolito, 2016).

L'esperienza del cancro mette di fronte ad una prova di forte sofferenza. Ci si può sentire quasi storditi da un dolore così forte, quasi smarriti. Un dolore che parte dal corpo, ma che è anche emotivo in un momento in cui tutte le certezze vengono meno. **Gli incontri settimanali intendono essere uno spazio dedicato a sé, alla propria cura.** Rappresentano un vero e proprio viaggio intrapreso in gruppo per ritrovare il proprio ben-essere: un'occasione per ridefinirsi e concedersi l'opportunità di riguardarsi. Il gruppo infatti può avere una funzione di accudimento in cui l'individuo trova sostegno e forza. Permette inoltre di elaborare quanto accade dentro di sé e nel mondo,

distribuendo così il carico delle proprie angosce.

Il poter parlare in uno spazio protetto fa sentire a proprio agio e poi *“mi fa sentire meglio, mi fa andare avanti tutti i giorni. [...] Sto bene con me stessa, tutti i giorni fin quando non torno al prossimo appuntamento per avere i migliori consigli”*. (Nunzia)

Stare in un gruppo è un po' come guardare in uno specchio: si riconoscono in esso parti di sé ed ognuno è in grado di relativizzare sé stesso. (cfr: L. Baldascini, Il bene e l'utile, 1990). **Offre inoltre l'occasione di ripensare più creativamente alla propria situazione.**

“L'accoglienza, la sincerità perché si vede negli occhi [...] una donna più forte mi sento. Questa esperienza mi ha caricata di forza... dottore io vorrei che non capitasse a nessuno al mondo questa situazione, ma vorrei dire a tutte le donne a cui capita di prenderla con forza, di combatterla più che si può. Più lo combatti con forza e più ti rialzi più forte di prima e di credere tanto in Dio.” (Matilde)

La conduzione di questo gruppo e l'opportunità di affacciarsi sulle vite di queste donne è una carica di forza anche per chi conduce; il clima che si viene a creare è di fiducia e di accoglienza... Durante i nostri incontri mi risuonavano in mente le parole *“ma come sei riuscita, ma come hai fatto amore per tutta questa lunga vita con tutto quel dolore... senza far rumore”* (D.

Il gruppo come opportunità di cura

Silvestri). Quanto è importante avere uno “spazio tutto per sé” in cui poter condividere col gruppo la propria esperienza, facendo un passo oltre l'uscio della stanza dove si trovano paure, angosce, tristezza, dove non si può parlare per non far preoccupare, e darsi l'opportunità di entrare in un'altra dove essere accolte e accompagnate nello scoprire una forza interiore che spesso non sappiamo di avere e che semplicemente bisogna ammettere di possedere e usarla.

È un gruppo aperto di sostegno psicologico di matrice sistemico relazionale, che si rivolge alle donne con tumore al seno

La legge sul biotestamento in pillole

di **Giovanni Napolitano** Direttore UOC di Patologia Clinica



IL 14 dicembre 2017 è stata approvata in via definitiva al Senato la legge sul cosiddetto biotestamento, più precisamente "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" (Legge 219/17). Dopo anni di dibattiti anche l'Italia ha finalmente una legge che rispetti il volere sul tipo di terapia a cui essere sottoposto, nel momento in cui un individuo non potrebbe più essere in grado di esprimersi. Tenere quindi le condizioni dell'alleanza terapeutica quando la volontà del paziente non c'è più e resterebbero solo il medico ed eventualmente i familiari a decidere.

Decidere ora per allora che cosa potrà essere o non essere fatto. Non irrilevante è il titolo dato alla legge che sottolinea l'importanza del consenso informato e quindi le disposizioni (articolo 1, comma 3). Il consenso informato è l'autorizzazione concessa dal paziente a ricevere un trattamento sanitario, sottoscritta dopo aver ricevuto dal personale competente tutte le informazioni, sia sul proprio stato di salute, sia sui trattamenti e le terapie disponibili (che cosa comportano, quali sono i rischi, quali i benefici, etc.). Per cui una volta informato sull'aspettativa di vita e sugli esiti di una data terapia il paziente può decidere cosa fare. Egli ha il diritto a revocare il consenso anche quando ciò comporti l'interruzione del trattamento sanitario. Rientrano in questo anche l'idratazione artificiale e la nutrizione artificiale (art.1 comma 5).

È possibile l'obiezione di coscienza del

medico (art.1, comma 6) ma ogni struttura sanitaria, sia privata che pubblica, deve garantire la piena e corretta attuazione dei principi della legge sul biotestamento. All'articolo 2 si affronta l'accanimento terapeutico. Ovvero alla luce di una prognosi infausta a breve termine o di morte imminente, viene considerato accanimento terapeutico ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure. In questi casi il personale sanitario deve astenersi dal ricorso a trattamenti inutili e sproporzionati. È tenuto infatti ad applicare terapie per diminuire le sofferenze del

paziente fino, quando i sintomi si dimostrino refrattari, a condurlo alla sedazione profonda continua. Quest'ultima è una pratica medica che si colloca nell'ambito della terapia del dolore e delle cure palliative, volte a diminuire le sofferenze del malato terminale (legge 15 marzo 2010 n.38). A questo proposito il Comitato Nazionale di Bioetica (Cnb) la definisce un trattamento sanitario

e non va confusa con l'eutanasia o il suicidio assistito (parere del 29.01.2016). **L'articolo 4 entra nel dettaglio delle disposizioni anticipate di trattamento (Dat): possono essere espresse attraverso un documento scritto e viene nominato un fiduciario che rappresenti la persona** (comma 1). Alle Dat il medico deve attenersi. Possono essere disattese in accordo con il fiduciario, qualora appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente, ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della

Le DAT possono essere espresse attraverso un documento scritto

sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita (comma 5). Le Dat possono essere modificate, rinnovate o revocate in qualsiasi momento. L'art. 5 sancisce il principio della condivisione delle cure superando definitivamente la visione dell'ethos paternalistico verso un ethos centrato sul paziente (comma 1).

Forse questa legge ha il merito di ricondurre la terminalità all'interno di un rinnovato umanesimo medico, restituendo la dimensione umana a una vecchia arte diventata quasi scienza. Al di là del diritto a quella che ciascuno considera la propria dignità di vita, e del diritto del medico ad agire secondo la sua personale coscienza, resta una questione su cui meditare.

LEGGE N. 219 22 dicembre 2017

Articolo 2; 1. Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38.

intervista

Il DAT Disposizioni Anticipate di Trattamento

LE DIFFICILI DECISIONI DEL MEDICO



Seguire un paziente nella fase terminale della vita, indipendentemente da quanto possa durare, significa offrirgli tutto ciò che serve per farlo stare bene, sia da un punto di vista medico che relazionali

Cosa succede se un paziente arriva in ospedale in stato di incoscienza, dovuto ad una patologia evolutiva o ad un evento improvviso come un infarto? Il medico si trova sempre davanti ad un bivio. In Italia, da qualche mese, i pazienti possono fare il testamento biologico o Biotestamento che contiene le Disposizioni Anticipate di Trattamento, le DAT. Ma cosa può fare o non fare un medico davanti ad una scelta così difficile? Ne abbiamo parlato con **Luciano Abruzzese, Direttore dell'UOS di Anestesia e medicina perioperatoria.**

L'approvazione della legge sul cosiddetto biotestamento ha riaperto il dibattito sul fine vita. La gran parte delle persone, però, pensa che sia un provvedimento che non li riguarda...

Questa legge e il dibattito che ne è scaturito riguarda ognuno di noi, non solo i malati terminali perché ci chiama a stabilire attraverso un documento, il DAT (Disposizioni Anticipate di Trattamento), le decisioni che i medici devono prendere in una situazione di incapacità di intendere e di volere o quando ai nostri familiari viene prospettato il fine vita.

Quali sono queste situazioni?

Innanzitutto quelle in cui si trovano i malati terminali, non solo neoplastici ma anche cardiologici, con problemi respiratori e neurologici; e infine quelli affetti da gravi patologie evolutive come la SLA, le patologie neuromuscolari, la distrofia muscolare, etc. Poi ci sono tutte le situazioni impreviste in cui una persona non è cosciente quando arriva in ospedale, come un incidente, oppure a seguito di un intervento chirurgico o nel caso di eventi clinici acuti quali ictus, patologie cardiache improvvise, arresto cardiaco.

Fino ad oggi, cioè prima dell'approvazione del biotestamento, il medico doveva ricorrere al tutore legale o ai familiari più diretti, come il marito o la moglie o i figli, per decidere insieme il trattamento

da effettuare o le scelte per la terapia più appropriata. La nuova legge colma un vuoto normativo. **Cosa succede se una persona arriva in ospedale e si trova in uno stato di incoscienza?**

In passato le decisioni sui trattamenti da fare venivano presi in accordo con la famiglia.

Con la nuova legge che prevede "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" le persone possono decidere le procedure consentite e cosa si deve fare in caso di prospettiva di fine vita. Ma la situazione non è così semplice come sembra.

Perché?

Perché sono veramente poche le persone che si confrontano con questo tema, con la loro morte. Nessuno pensa ad eventuali decisioni che un medico o un familiare debbano prendere nell'ipotesi di incapacità di intendere e di volere che potrebbero condizionare la vita futura. Ma la casistica è veramente varia. Ci sono persone in stato terminale, ad esempio, che pur soffrendo molto chiedono ai medici di non sedarli o non somministrare troppi antidolorifici in modo da restare coscienti e dunque potersi rapportare con i loro cari. Oppure, ma è solo

un altro possibile caso, non c'è nessuna disposizione del paziente e ci si trova a dover scegliere tra mantenere in vita, con possibili effetti invalidanti, o evitare manovre rianimatorie invasive che molto probabilmente risulterebbero futili.

Decisioni difficili per un medico.

Non solo per il medico, ma per tutti coloro che sono coinvolti nella decisione. Anche davanti a volontà precise del paziente, che oggi è possibile indicare nel biotestamento, e che magari è cosciente, non è così banale prendere decisioni che hanno a che fare con la vita o con la qualità della vita di una persona.

Ad esempio una terapia deve essere allo stesso tempo proporzio-

nata allo stato di salute del paziente e appropriata. Si parla di accanimento terapeutico, o meglio Terapie futili, quando la terapia è sproporzionata rispetto alle condizioni del paziente. Le terapie praticate devono essere tali da dare una qualità della vita al paziente degna di essere vissuta secondo la sua volontà e non la volontà dei medici.

Quando si può parlare di fine vita?

Si può parlare di fine vita per i pazienti cronici, non in grado di svolgere le funzioni quotidiane, sofferenti, con una qualità di vita che essi stessi non ritengono



Luciano Abruzzese



primo piano

di essere vissuta. Alcuni di questi pazienti, nella fase iniziale della malattia, tendono a negare la morte. È compito dell'Assistenza sanitaria nazionale di accompagnarli alla morte, non solo con terapie palliative; in questo caso sarà più facile gestire la fase terminale della vita e aiutarli a definire le loro volontà, anche future. Oggi, con l'introduzione del biotestamento, per queste persone c'è la possibilità di indicare le proprie volontà e le decisioni da prendere in caso di incoscienza. Un grande passo avanti del nostro Paese, un segnale forte di civiltà. Poi c'è il caso delle persone non coscienti o anche quelle che non vogliono accettare di dover morire. In questo caso, quando il medico si troverà a scegliere se effettuare o no un trattamento o una terapia dovrà confrontarsi con i familiari.

Come ci si prepara ad affrontare il fine vita?

L'informazione al paziente e ai suoi familiari è fondamentale nel decorso della malattia. Un paziente cronico, la cui patologia può diventare terminale, e le persone a lui vicine devono essere portate a conoscenza dell'evoluzione della malattia, di tutte le fasi della terapia e dei possibili sviluppi. È importante anche il supporto di uno specialista, del medico curante, che deve accompagnare il paziente in questo percorso.

Qual è l'aspetto più importante in un percorso di fine vita?

L'umanizzazione, senza alcun dubbio. Seguire un paziente nella fase terminale della vita, indipendentemente da quanto possa durare, significa offrirgli tutto ciò che serve per farlo stare bene, sia da un punto di vista medico che relazionale. Per quanto ci riguarda, nel nostro ospedale, facciamo tutto ciò che è in nostro potere (e anche di più, se è possibile) per assistere chi deve affrontare la fine della vita. Purtroppo i nostri ospedali, anche la nostra struttura, non è predisposta come Hospice. La nostra terapia intensiva è sempre aperta e accessibile ai familiari dei pazienti ricoverati. Se un paziente si sveglia da uno stato di incoscienza chiamiamo i familiari anche di notte. Vedere un proprio caro al risveglio fa molto bene.

L'informazione al paziente e ai suoi familiari è fondamentale nel decorso della malattia



Sì al Biotestamento

L' Ospedale Evangelico Betania di Napoli e l'Ospedale Evangelico Internazionale di Genova accolgono con favore ed esprimono apprezzamento per la recente approvazione in sede parlamentare della legge che disciplina le "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento". Pertanto, gli ospedali evangelici in Italia non fanno obiezioni; anzi guardano a tale normativa come ad un segno tangibile di una cultura che valorizza la maggiore responsabilità nel rapporto tra medico e paziente e garantisce ulteriormente il rispetto dei diritti dei malati.

I presidi ospedalieri evangelici sono tangibili espressioni di testimonianza delle Chiese evangeliche, che amministrano delle strutture ospedaliere, fornendo prestazioni sanitarie al servizio della cittadinanza e mettendo sempre al centro la persona, senza distinzioni di sesso, razza, nazionalità, lingua, religione, opinioni politiche, condizioni economiche. In tale prospettiva, ogni disposizione legislativa che riaffermi la dignità e la solidarietà verso la persona che si confronta con l'eventualità del fine vita, nonché chiarisca le responsabilità e gli obblighi del medico curante, è accolta con favore.

Come credenti evangelici, aperti alla condivisione dei propri convincimenti, ma contrari all'imposizione delle proprie convinzioni, riteniamo che la vita, nelle sue diverse fasi, anche quelle segnate dalla malattia, possa essere vissuta come un dono, al quale ci si deve rapportare responsabilmente, esercitando discernimento e libertà di scelta. Plaudiamo quindi ad una legge che permette di muoversi in tale prospettiva.

15 Gennaio 2018

Luciano Cirica Presidente Ospedale Evangelico Betania, Napoli

Barbara Olivieri Caviglia Presidente Ospedale Evangelico Internazionale, Genova

LEGGE N. 219 22 dicembre 2017



Articolo 1; 5. Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento (...)

Nell'ora incerta

di **Pio Lattarulo** Infermiere Dirigente delle Professioni Sanitarie - ASL Taranto

Il tempo esatto della morte è impossibile da determinare ed è per questo che il momento del trapasso è da ritenersi ora incerta. Il ragionamento clinico - assistenziale va improntato alla condivisione di un adeguato tempo di cura e, se il pallium deve avere la funzione di avvolgere, vorrà dire che la persona assistita ed i suoi familiari necessitano di fidarsi ed affidarsi, di essere curati e che di loro ci si prenda cura. **Il passo ulteriore verso la completezza è lo status del prendersi cura,** situazione nella quale vengono esercitate una serie di pratiche e gesti tecnici, ma in cui si può, particolarmente nel caso di specie, dar vita all'utile connubio tra competenze agite e non technical skill.

Chi abita la notte nelle terapie intensive diventa un abile giocoliere con i birilli della morte. Ne sente l'alito sul collo, impara a sgomitare con lei nel fiondarsi sul malcapitato, con scopi ovviamente antinomici fra loro. **Chi abita il tempo delle lunghe giornate, negli hospice ed in ogni posto in cui si stia lentamente spegnendo un'esistenza perde la cognizione del tempo,** cercando di alleviare e confortare chi vive, a guisa di Gadda, La cognizione del dolore. Il match è aspro: strappare alla morte, accompagnare alla morte, sedare il dolore, tutti scenari nei quali la professione infermieristica è presente da sempre, sebbene i suoi componenti non si sentano mai completamente pronti. Lo chiarisce Marco Venturino, nel suo magnifico *Cosa sognano i pesci rossi: la morte di un paziente*... "è un morso che ci colpisce come colpisce chiunque altro. Un morso senza senso e che, quindi, cerchiamo di dimenticare o di non riconoscere fin tanto che ci lascia in pace. Non pensarci, fare finta che non esiste, sperare di sentire i suoi denti il più tardi possibile".

La letteratura internazionale propone un lungo elenco di strumenti di misurazione della qualità dell'assistenza e di scale per valutazioni diagnostiche/prognostiche. Esisterà mai una scala per la quantificazione delle lacrime? Le lacrime corrono veloci, inspiegabilmente, anche sul volto di persone sottoposte in quel momento a manovre di RCP; raccogliendole in un bicchiere ed intingendovi un pennino, aiutano a compiere analisi logica dell'esistenza, con l'ausilio della grammatica delle emozioni. **Vien da concludere che la chiave di volta, alla fine della vita, è quel senso di vicinanza, di prossimità, che soltanto chi ha scelto di non voltarsi dall'altra parte può esprimere.**

GLI INFERMIERI NEL FINEVITA

Gli standard etici della comunità professionale infermieristica sono da rintracciarsi nei

Codici di Deontologia. La professione infermieristica ne ha prodotto quattro versioni, nell'arco di 64 anni. Le versioni 1960, 1977, 1999 e 2009 affrontano parzialmente ed in termini differenti la questione del fine vita, essendo figlie del tempo in cui sono state scritte e perciò da leggersi con un cannocchiale che abbia lenti vintage intercambiabili con attuali. Le prime due versioni non affrontano chiaramente il tema fine vita, ribadendo il concetto della sacralità. Significativo segnalare che, esprimendo il senso di protezione del malato (1960) il codice apre le porte all'odierna tematica dell'advocacy. Nella versione del 1999, figlia della stagione della responsabilità s'intraprende una nuova strada, in realtà già battuta, col Patto Infermiere - Cittadino (1996). La versione attuale afferma il concetto di clausola di coscienza, i sensi dell'autodeterminazione e del rispetto delle direttive anticipate, e del rispetto dell'opinione del minore.

Agli inizi del 2016, la Federazione Nazionale ha dato avvio alla revisione del Codice Deontologico 2009. In sostanza, nell'ottica del raffronto con le versioni più moderne dei Codici Etici degli Infermieri di altre Nazioni si è puntato alla stesura di un documento fortemente proattivo, più etico che deontologico. Già nel capo I, si disegna uno scenario differente, nel quale s'incontrano termini quali rispetto della cura e del prendersi cura, e del rispetto delle scelte di vita. Il capo IV, sul fine vita, oggetto di ampia e partecipata discussione

La persona assistita e i suoi familiari necessitano di fidarsi ed affidarsi di essere curati e che di loro ci si prenda cura.

tra le differenti anime che rappresentavano le correnti di pensiero nel gruppo di lavoro narra una nuova vision. Inoltre, si esprime la volontà di dedicare il più ampio spazio al gesto assistenziale, come luogo di senso, in cui risiede l'ethos dell'Infermiere ed attraverso cui manifestare le virtù connotate allo statuto epistemologico disciplinare. Non è casuale il riferimento al conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale, ma anche al consistente peso delle non technical skills. Con l'art. 27 si reitera il senso delle disposizioni anticipate di trattamento (al tempo Legge dello Stato) con cui si offre possibilità alla persona assistita di ritenere gli interventi proposti non coerenti con la sua idea di qualità dell'esistenza stessa. È particolarmente indicativo anche il passo in cui si attesta il sostegno ai familiari della persona assistita nel momento della perdita, concetto ben più ampio della secca morte. Attendiamo la conversione della bozza in Codice.

Infermieristica oncologica

LA TERRA DI MEZZO TRA ESSERE PROFESSIONISTA E PERSONA

di **Palomba Cira**
Coordinatrice infermieristica Oncologia

Quando scelsi di studiare per diventare Infermiera, cominciai a cercare informazioni perché mi fossero più chiari il ruolo ed i confini di questa professione.

Con il passare del tempo la definizione realistica del mio ruolo si è dilatata enormemente, sfociando sempre più in una professione con competenze ed abilità di natura tecnica, ma anche educativa e relazionale; dove per relazionare significa scambio tra due entità, l'infermiere e il paziente. Due persone.

Allo stato attuale la maggior parte di coloro che accedono ai presidi sanitari in qualunque regime (ambulatoriali, DH, ricoveri), non hanno ben chiaro il ruolo dell'infermiere. Per lo più l'infermiere è colui che accorre - ci si augura rapidamente e con buona disponibilità - se si suona il campanello o che somministra le cure prescritte dal medico.

Ma, nella realtà dei fatti, **la figura ha competenze di tipo tecnico-scientifico e umanistiche che vanno oltre la comune idea di flebo, cateteri e cartelle.** Non solo un tecnico, ma un professionista che accoglie, ascolta, supporta e favorisce le scelte del paziente e il processo di cura. Questi aspetti della professionalità e della persona-

prosegue a pagina 11

Bibliografia Lattarulo P. Bioetica e deontologia professionale. Mc Graw - Hill, 2011
Venturino M. Cosa sognano i pesci rossi. Milano: Mondadori, 2005

lità dell'infermiere emergono e devono emergere in particolare in presenza in condizioni terminali.

La crescente incidenza di patologie croniche e complesse richiede che l'infermiere acquisisca competenze sempre più specifiche, anche di natura psicologica, e parallelamente metta in atto forme di assistenza palliativa. Le persone e le loro famiglie hanno valori sia culturali che privati. **Gli infermieri devono essere in grado di comprendere ed offrire un'assistenza totale ed empatica, sensibile alla cultura di chi si ha di fronte, rispettandone l'essenza, le credenze spirituali e religiose.**

Alleviare il dolore e la sofferenza è una responsabilità fondamentale e gli infermieri devono essere preparati a livello di esperti nella gestione del dolore, nelle cure palliative e nell'aiutare le persone ad affrontare l'angoscia, la morte come fatto e il morire.

Tutto molto chiaro sulla carta. **Per quanto grande sia il mio impegno, la mia buona volontà, non si è mai bravi abbastanza nell'accompagnare un'altra persona verso una meta ignota per entrambi.** Non esiste un protocollo, e questo l'ho imparato sulla mia pelle dopo molti anni di esperienza in oncologia.

Si passa attraverso tanto male fisico o totale assenza di sensi, a volte fede o rabbia, disperazione o pacata rassegnazione e attesa.

Tanti diversi momenti, un percorso mai uguale e mai scontato.

Non ne esco più forte, non è che la volta dopo mi sembri più facile. Quando cala il buio, questo annulla anche noi. Ma noi infermieri abbiamo un dovere superiore, che ci impone di ritrovare in fretta coraggio e motivazione, di riaccendere la luce nei nostri occhi, perché è lì che guarderà dritto il prossimo paziente.

“Quando sei un infermiere, si sa che tutti i giorni toccherai una vita, e una vita toccherà la tua”

Anonimo

Alleviare il dolore e la sofferenza è una responsabilità fondamentale e gli infermieri devono essere preparati nella gestione del dolore, nelle cure palliative e nell'aiutare le persone

Migliorare la consapevolezza e il livello di attenzione delle donne in ambito ginecologico

Iniziative gratuite per la prevenzione

di Emanuela Riccio Referente Ospedale Solidale



L'8 marzo, anche all'Ospedale Evangelico Betania di Napoli, si è tenuto un Open Day dedicato alla ginecologia.

L'iniziativa è stata promossa da Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere, con il patrocinio della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, di cui fanno parte gli ospedali del nuovo network Bollini Rosa.

Un pomeriggio in cui sono stati messi a disposizione delle pazienti prenotate servizi gratuiti di prevenzione, diagnosi e cura in ginecologia; distribuendo per l'occasione anche una pubblicazione dedicata proprio ai fibromi uterini, una breve guida per informarsi e capire cosa fare, già scaricabile gratuitamente dal sito di Onda (www.ondaosservatorio.it).

L'obiettivo della giornata è stato migliorare la consapevolezza e il livello di attenzione delle donne in ambito ginecologico e in particolare verso i fibromi uterini, tra le patologie ginecologiche benigne più diffuse che colpisce circa 3 milioni di donne nel nostro Paese. Spesso sono diagnosticati nel corso di controlli di routine e in circa la metà dei casi sono asintomatici. Nel restante 50% dei casi sono però responsabili di manifestazioni anche importanti che incidono negativamente sulla qualità della vita delle donne. **Questa iniziativa è la prima del 2018 e ne seguirà un'altra in occasione della Giornata Nazionale della Salute della Donna indetta dal Ministero della Salute (22 aprile).**

Dal 16 al 22 aprile sarà organizzato a livello nazionale il 3° H-Open Week dedicato alla salute femminile coinvolgendo gli ospedali con i Bollini Rosa per offrire servizi gratuiti clinico-diagnostici e informativi alla popolazione femminile con l'obiettivo di promuovere l'informazione e i servizi per la prevenzione e cura delle principali patologie femminili nelle seguenti aree terapeutiche: diabetologia, dietologia e nutrizione, endocrinologia, geriatria, ginecologia e ostetricia, malattie e disturbi dell'apparato cardio-vascolare, malattie metaboliche dell'osso, medicina della riproduzione, neurologia, oncologia, pediatria, psichiatria, reumatologia, senologia, violenza sulla donna.

I servizi offerti nella settimana dal 16 al 22 aprile saranno promossi al pubblico a partire da lunedì 26 marzo attraverso il sito www.bollinirosa.it, il portale www.ondaosservatorio.it, i social network, i motori di ricerca per l'identificazione da parte degli utenti degli ospedali che avranno aderito e dei servizi offerti.

Anche l'Ospedale Evangelico Betania parteciperà all'Open Week comunicando le aree terapeutiche in cui offrirà prestazioni e consulenze gratuite alle donne.

Queste occasioni sono la testimonianza concreta dell'impegno dell'Ospedale nell'essere vicino ai bisogni dei pazienti, in particolare aprendo le porte degli ambulatori e dei reparti alle fasce più vulnerabili della popolazione.

focus

RISK MANAGEMENT

La gestione del rischio

UNA GARANZIA ANCHE PER I PAZIENTI

di **Maria Anna Stingone**
Responsabile Formazione



tema del Risk management in sanità sta conquistando uno spazio sempre maggiore

sia nella pratica clinica che per coloro che hanno responsabilità di gestione delle strutture.

Parlare di qualità delle cure oggi significa parlare non solo di efficienza ed efficacia delle prestazioni, ma anche di sicurezza del servizio offerto.

La storia della gestione del rischio nell'ospedale Betania inizia già nel 2007 con la nomina del team per la gestione del rischio in cui sono presenti diverse professionalità che aveva come obiettivo la strutturazione di un sistema per la rilevazione e mitigazione dei rischi dell'azienda. È significativo ricordare che all'epoca esistevano delle indicazioni degli organi di governo regionale di istituire un sistema di gestione del rischio ma di fatto nessun obbligo delle strutture di concretizzarle. Al fine di favorire la nascita di queste attività la Regione Campania organizzò un corposo percorso formativo in collaborazione con la Regione Emilia Romagna, pioniera in Italia delle politiche per la gestione del rischio, tenuto dalla Dott.ssa Renata Cinotti e il suo gruppo di lavoro. Anche l'ospedale Betania fu incluso nelle strutture che parteciparono al progetto e il percorso formativo fu seguito dal Direttore Sanitario e dalla scrivente.

A partire dal 2007 quindi è stato costruito un modello che si è andato man mano aggiornando di nuove procedure e attività integrandosi con altre aree, in particolar modo quella dell'accreditamento istituzionale, della sicurezza sui luoghi di lavoro. Le fasi che hanno caratterizzato la strutturazione del modello di gestione del rischio sono state le seguenti:

- Creazione di un sistema di rilevazione eventi (incidenti reporting, analisi della

documentazione clinica, reportistica periodica di alcuni indicatori)

- Programma di formazione continua sulla gestione del rischio
- Analisi strutturata degli eventi attraverso audit
- Elaborazione di procedure per il controllo del rischio.

Attualmente quindi l'ospedale, attraverso un team con specifica formazione, analizza tutte le segnalazioni di errori e quali errori sia che



abbiano determinato un danno al paziente, sia che non abbiano avuto esito ma che potevano avere conseguenze anche severe. Tutto ciò

consente una puntuale analisi del rischio per poter intervenire sulle condizioni legate all'organizzazione e mitigare i rischi.

L'approvazione della legge 8 marzo 2017, cosiddetta legge Gelli, che disciplina i temi della sicurezza delle cure e del rischio sanitario, rende obbligatoria l'adozione di un modello di gestione del rischio per tutte le strutture sanitarie; questo passaggio auspicato da anni da chi si occupa di rischio in ambito sanitario, è stato facilmente recepito dall'ospedale che, come accennato,

l'approvazione della legge

8 marzo 2017

disciplina i temi della sicurezza delle cure e del rischio sanitario

ha maturato esperienza decennale sull'argomento.

In termini numerici il team ha realizzato analisi e relative azioni di miglioramento su oltre 150 casi di segnalazioni e per 55 eventi cosiddetti sentinella, eventi cioè per la cui rilevanza è stata eseguita la ricerca delle cause profonde.

Oggi l'ospedale ha deciso di arricchire la propria organizzazione attraverso la collaborazione con Mezzopera Stefano, docente al corso di perfezionamento sulla gestione del rischio dell'università LUISS e consulente per Federsanità per lo sviluppo di un proprio modello di gestione del rischio. Tale modello prevede la formazione di un gruppo di facilitatori che contribuiscono alla creazione di una massa critica culturale tale da favorire la massima diffusione e collaborazione di tutti gli operatori.

La maggiore consapevolezza sulla necessità della cure certamente porterà gli utenti, in un futuro prossimo, a scegliere le strutture sanitarie anche in base al modello adottato per ridurre gli errori, una sorta di bollino di sicurezza che andrà ad alimentare la creazione di una lista di sicurezza in cui poter scegliere le strutture che offrono una qualità maggiore, favorendo una competizione destinata completamente verso gli interessi del paziente.

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

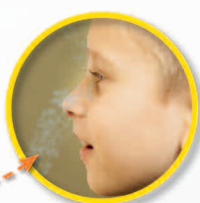
Attivazione degli oli essenziali



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...

