



EDITORIALE

FARE SANITÀ

di Pasquale Accardo
Direttore Generale Ospedale Evangelico Villa Betania

Non è facile fare sanità in Campania, in una Regione cronicamente malata ed oggi solamente convalescente, alle prese con tagli di bilancio, riduzione di posti letto e riorganizzazione del territorio.

In questo contesto, l'Ospedale Evangelico Villa Betania, orgoglioso della sua diversità, si presenta alla collettività ed all'utenza con tutte le carte in regola, di una struttura capace di erogare buona sanità, coniugando efficienza ed efficacia.

Struttura ospedaliera equiparata a quelle pubbliche, ma con i conti in ordine.

Redige, da sempre, bilanci compatibili con l'attività che svolge, anche quando gli stessi sono stati appesantiti da voci incomprensibili, quali onerosissimi interessi passivi pagati alle banche a causa di ingiustificati ritardi nei rimborsi da parte della A.S.L. (Nel 2010 fino a 31 mesi!!!).

Una struttura sanitaria che, pur costando meno della metà di una equivalente pubblica, eroga il doppio delle prestazioni. Quale il segreto di così importanti risultati?

Certamente molteplici. Un'autonomia amministrativa che ha garantito all'Ospedale una libertà di azione senza condizionamenti politici di sorta, e quindi, la capacità di dare risposte adeguate alle necessità della collettività. Qualche esempio. Il Dipartimento Materno Infantile con un centro nascita completo di una T.I.N. in una Regione, da sempre con il più alto indice di mortalità neonatale. Oggi nascono a Villa Betania 1900 neonati a cui viene garantita un'assistenza completa, contribuendo a diminuire notevolmente la mortalità neonatale in Regione. In questo momento ben tre importantissimi reparti di terapia intensiva neonatale presenti a Napoli non sono supportati da un centro nascita.

prosegue a pag. 2

PRIMO PIANO

INTERVISTA A FRANCESCO MESSINA DIRETTORE UOC NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

NASCERE SICURI

Riorganizzazione dei punti nascita e riduzione dei rischi per donne e neonati. L'esempio della Neonatologia di Villa Betania, punto nascita di III livello ed eccellenza campana.



Quanto è importante nascere in un ospedale ben organizzato? Lo spiega il dottor Francesco Messina, primario della Neonatologia e della terapia Intensiva Neonatale di Villa Betania. Tra i pochi punti nascita di III Livello della regione e ospedale di fiducia per un bacino di utenza che si estende fino alla Penisola Sorrentina.

La sicurezza del percorso nascita, spiega il primario, è fondamentale per la salute della madre e del neonato e può essere garantita solo in una struttura grande e inserita in sistema di rete territoriale. In termini di sicurezza per donne e nascituri, il parto cesareo rappresenta in Italia uno dei problemi più urgenti e ancor più in Campania dove la percentuale

supera il 60% dei casi. Nel 2011, a Villa Betania, sono nati oltre 1900 bambini, e solo il 33% dei parti è stato chirurgico. Dotare la Campania di centri di III Livello con Terapie Intensive autonome, come quella di Villa Betania, sarebbe un passo avanti di grande importanza per gestire l'intero percorso nascita anche nelle emergenze.

prosegue a pag. 2-3

UNDICI ANNI DI SUCCESSI IN SENOLOGIA

di Gennaro Guerra
Direttore UOS Dipartimentale di Senologia

In 11 anni di attività, l'Unità di senologia di Villa Betania è diventata punto di riferimento per le donne campane, seconda soltanto all'Istituto Napoletano dei Tumori. Grazie all'eccellenza dell'equipe medica e l'utilizzo di sofisticati strumenti diagnostici presenti nell'unità, nel 2009 Villa Betania ha ricevuto dall'ASL NA 1 il riconoscimento di struttura di III Livello per il trattamento del cancro alla mammella. La patologia ogni anno in Italia colpisce 47mila donne e necessita di interventi integrati di chirurgia, medicina oncologica e radioterapia diagnostica per immagini e dalla stadiazione. In sinergia con le altre unità dell'Ospedale, vengono trattate diverse patologie della mammella e praticati circa 500 interventi, 300 dei quali per tumore. Oggi l'unità di senologia è attiva attraverso tre ambulatori, nei quali si visitano circa 3mila donne ogni anno, con tempi di attesa di appena 20 giorni. Il dottor Guerra spiega il motivo dei successi nella lotta al tumore e alle patologie mammarie, sottolineando l'importanza della prevenzione e di un maggiore investimento economico nella sanità pubblica.

all'interno:

LA NASCITA DI GESÙ



Giuseppe, figlio di Davide, non temere di prendere con te Maria...

pag. 5

OPPORTUNITÀ PER UNA VITA NORMALE



La sospensione del processo e la messa in prova al Centro Sociale Casa Mia - Nitti

pag. 5

EDITORIALE

segue dalla prima pagina

In un contesto territoriale ad alta incidenza di tumori, la nostra Unità di Senologia, con soli 5 posti letto e 3 medici, ha effettuato nel 2011 n. 2500 visite ambulatoriali ed operato circa 300 pazienti per tumore alla mammella. Senza liste di attesa! Sono numeri rilevanti.

In un territorio, inoltre, ad altissimo indice di epatopatie abbiamo organizzato un centro per lo studio e la cura delle malattie del fegato che, tra i primi in Campania, ha utilizzato la radiofrequenza per il trattamento dell'epatocarcinoma.

E potrei continuare ancora con i Reparti di Medicina d'Urgenza, Ortopedia, Chirurgia Generale e Laparoscopica, Oculistica o Oncologia. Questo il Presente, ed il Futuro?

Garantire a tanta attività una struttura adeguata ai tempi. In tal senso stiamo completando lo studio di un progetto di ampliamento e ristrutturazione totale che ci consentirà di offrire servizi sempre all'altezza con i tempi. Un programma che ci vedrà impegnati nel prossimo triennio!

betaniainforma

periodico di informazione
dell'Ospedale Evangelico Villa Betania

Proprietario e editore:

Fondazione Evangelica Betania,
80147 Napoli, Via Argine, 604
mail: amministrazione@villabetania.org

Direttore: Luciano Cirica

Redazione:

Pasquale Accardo, Salvatore Cortini, Marta D'Auria, Rosa Giannatiempo, Giovanni Napolitano, Sergio Nitti, Assia Piccolo, Vincenzo Polverino, Antonio Maria Salzano, Antonio Sciambra, Marianna Stingone, Cordelia Vitiello

Consulenza editoriale e redazionale:

Npr Relazioni pubbliche
nprcomunicazione.it

Progetto grafico e impaginazione:

Golden Agency, Napoli

Stampa:

Russo Group, Volla (Napoli)

pubblicazione gratuita

Ospedale Evangelico Villa Betania

Comitato Direttivo

PRESIDENTE

geom. Sergio Nitti

VICE PRESIDENTE

dott. Luciano Cirica

TESORIERE

dott. Gaetano Marullo

SEGRETARIA

sig.ra Cordelia Vitiello

CONSIGLIERE

past. Vincenzo Cicchetto

Collegio dei Revisori

PRESIDENTE

dott. Giovanni De Pasquale

MEMBRI EFFETTIVI

ing. Paolo Olivieri

sig. Vincenzo Ermetto

Direzione

DIREZIONE GENERALE

Dott. Pasquale Accardo

DIREZIONE SANITARIA

Dott. Antonio Sciambra

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Paolo Morra

PRIMO PIANO

segue dalla prima pagina



D. Quando un neonato è considerato prematuro e perché si ricorre alla Tin?

R. I nati pre-termine sono i bambini che nascono prima della 37ª settimana di gestazione. Spesso, necessitano di essere trasferiti in una Patologia Neonatale per stabilizzare le loro condizioni e aiutarli nei primi giorni o nelle prime settimane di vita, per i più piccoli (sotto le 32 settimane o il 500 grammi) è invece indispensabile il ricovero in Terapia Intensiva Neonatale, per garantire e monitorizzare le funzioni vitali. In Italia ed in particolare in Campania i nati pre-termine sono in aumento. Si tratta di un fenomeno in crescita, diventato un problema di salute pubblica, del bambino e della madre. Ogni anno quarantamila neonati nascono pretermine (6,9% dei nati vivi). La mortalità neonatale dei pretermine è di poco superiore al 10%, ma la quota principale è rappresentata dai neonati pretermine con età gestazionale inferiore alle 30 settimane (30-35%). I sopravvissuti, possono presentare problemi più o meno gravi, spesso, inversamente proporzionali all'età gestazionale.

D. Che correlazione c'è con il taglio cesareo?

R. L'Italia, purtroppo, registra una percentuale molto alta di tagli cesarei (circa 35%) rispetto ai dati internazionali (20-25%) ed a quelli consigliati dall'OMS (15%). Qui, in Campania i dati raggiungono livelli chiaramente "patologici" con valori medi di circa il 60%. Percentuale che sale anche all'80% nel caso di alcune strutture pubbliche ma soprattutto di strutture private "convenzionate". Questa è una situazione che bisogna denunciare con forza chiarendo che il taglio cesareo a queste percentuali può più facilmente produrre effetti deleteri sia sulla madre che sul nascituro. Certamente non va criminalizzata, tale procedura che attualmente eseguita correttamente, ha dei margini di sicurezza elevati, però bisogna essere rigorosi e precisi sulle indicazioni, perché rimane comunque un atto chirurgico nonché una innaturale interruzione della gravidanza.

Per quanto riguarda le conseguenze sulla madre, va detto che il taglio cesareo influenzerà fortemente la naturale fisiologia femminile poiché, dopo il primo intervento chirurgico (tale è il T.C.) la stessa sarà per l'80-90% condizionata alla medesima modalità di parto per quello successivo. Inoltre quando il T.C. viene eseguito, così come spesso av-

viene, prima della 38-39 settimana e/o fuori dal travaglio di parto, aumentano i problemi ed i rischi. Il T.C. a 36 sett, ad esempio, ha dei dati di mortalità materna doppi rispetto a quelli effettuati a 38-39 settimane. Diversi gli effetti del taglio cesareo anche e soprattutto per il neonato. Se è vero, infatti, che le complicanze sono minimi nel cesareo a termine specie se effettuato durante il travaglio (sa), le stesse aumentano notevolmente e la situazione peggiora moltissimo, quanto più il parto cesareo viene effettuato in anticipo.

D. Quindi con i tagli cesarei aumenta il ricorso alla Tin?

R. Solo in Campania negli ultimi anni abbiamo registrato un media di circa 1800 neonati trasferiti dal punto nascita alla Tin con gravi rischi ed alti costi. Le conseguenze sono che sempre più frequentemente in Campania, si rende necessario il trasferimento dei neonati, spesso con gravi patologie respiratorie, in ospedali dove è presente una Terapia Intensiva Neonatale (Tin). Questo scenario, piuttosto preoccupante, è aggravato dal fatto che molti dei punti nascita campani, hanno un basso numero di parti e nella gran parte dei casi non contemplano la presenza di reparti di Patologia neonatale e/o Terapie intensive neonatali, in grado di offrire alla madre ed al bambino la necessaria esperienza ed assistenza, sia per personale che per attrezzature.

D. Come si può uscire da questa situazione?

R. Il vero problema è senza dubbio organizzativo per la mancanza di una adeguata razionalizzazione della rete

dei punti nascita regionale. Non c'è stata una distribuzione ottimale delle risorse umane, strutturali, strumentali ed economiche. Sono state disperse nei troppi punti nascita (circa 73) presenti nella nostra regione, creando il paradosso di strutture poco efficienti con molto personale poco esperto perché sottoutilizzato, mentre le poche strutture con oltre 1000-1500 parti, dotate di Reparti di Ostetricia e Ginecologia di III° livello ed in cui è presente anche la TIN, hanno problemi di mancanza di personale e si devono confrontare con risorse "centellate".

Proprio questi pochi centri di III° livello, sono quelli invece con i migliori risultati per tutti gli indicatori di efficienza e di benessere della coppia madre/bambino, anche se attualmente sono tutti gravati da carichi di lavoro difficilmente sostenibili, a lungo, poiché chiaramente sottodimensionati, in base alle esigenze della nostra regione, per posti letto, personale e risorse. La nostra è l'unica regione dove attualmente esistono 3 TIN in Ospedali senza reparto di Ostetricia, per cui molti dei neonati che alla nascita hanno gravi problemi, spesso, con alterazione delle funzioni vitali, devono essere "trasferiti" presso questi tre Ospedali (Santobono - Monaldi - Annunziata), aggiungendo ulteriori problemi (trasporto del neonato, separazione dello stesso dalla propria madre con danni evidenti per l'equilibrio psico-fisico materno e di tutta la famiglia).

D. Qual'è il ruolo attuale dell'Ospedale Villa Betania e quali le prospettive future?

Attualmente il nostro Ospedale serve un bacino d'utenza di circa 400 mila abitanti, però l'area "effettiva" di competenza del Dipartimento Materno - Infantile, specie per le gravidanze a rischio, è nella realtà tutta la Penisola Sorrentina fino ad arrivare alla zona orientale della città di Napoli, infatti essendo l'unico presidio Ospedaliero dotato di Ostetricia + TIN + Patologia Neonatale, siamo diventati, in caso di emergenze ostetrico - neonatologiche l'unica struttura ospedaliera disponibile, per questa grossa area geografica, ad alta densità abitativa. Proprio in virtù di un bacino di utenza così esteso, nonostante l'efficienza del reparto, non si può riuscire a fare fronte a tutte le esigenze assistenziali se non inseriti in una rete regionale che potenzi l'attuale rete perinatale.

I numeri del reparto del 2011.

Nati n° 1913

Ricoverati TIN 192 di cui 50 prematuri < 1500 gr.

Ricoverati Patologia Neonatale 384 (172 tra 1500 gr -2500 gr)

Posti letto TIN 8 + 2 sub-intensiva; 10 di Patologia Neonatale

D.H. dove si assistono in follow up gli ex pretermine: 254 ricoverati; con 684 accessi in ospedale

Organico: n. 10 Medici (compreso il Primario), n.1 Coordinatrice infermieristica, n.30 infermiere pediatriche

LE INFERMIERE "MAMMA"

di Imma Como
Coordinatrice infermieristica TIN

I TRE LIVELLI DI CURA

Il benessere globale dei piccoli pazienti è da sempre al centro dell'attenzione di tutti noi: medici, coordinatrice e infermiere del reparto di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale. La filosofia e l'azione professionale di tutte le infermiere è improntata a considerare globalmente i bisogni del bambino, naturalmente dal punto di vista clinico, **Prendendo in carico /accogliendo il neonato e la famiglia. Pianificando l'assistenza**, a seconda del livello di cure richiesto dal neonato in collaborazione con i diversi professionisti dell'equipe. **Promuovendo l'allattamento al seno**, **Attuando** piano di assistenza del neonato con impostazione di intensità di cura e complessità assistenziale utilizzando protocolli, procedure ed istruzioni operative, senza però tralasciare l'aspetto umano delle cure, considerando utile applicare a queste il progetto di **care**, parola inglese ricca di significati che vuol dire innanzitutto **cura** ma anche **attenzione, protezione, premura, affetto**. Tante parole diverse che esprimono insieme uno spiccato senso di umanità, di altruismo e che, nel nostro ambito, significano personalizzare le cure di assistenza rivolte sia ai neonati che alle famiglie. Quando il neonato è in termoculla proponiamo al genitore il **Tocco dolce**, un contatto fermo con le mani con finalità di contenimento e di re-



Tutto quello che facciamo, è una goccia che facciamo, quella goccia mancherà per sé

lazione questo programma di supporto attuato in TIN, mira a promuovere la ricostruzione di un legame che bruscamente si è interrotto, attraverso il massaggio dolce, che si adatta ai bisogni di un neonato prematuro estremamente fragile. L'infermiera di neonatologia diventa un po' la "zia", l'"angelo custode" del reparto, pronta a far fronte alle necessità dei piccoli guerrieri. L'attenzione è soprattutto rivolta ai loro bisogni: li accoglie in un **ambiente protetto da rumori e luci invadenti** e fa in modo che i giorni di permanenza nel reparto trascorrono serenamente.



Durante un incendio nella foresta, mentre tutti gli animali fuggivano, un colibrì volava in senso contrario con una goccia d'acqua nel becco. "Cosa credi di fare!" Gli chiese il leone. "Vado a spegnere l'incendio!" Rispose il piccolo volatile. "Con una goccia d'acqua?" Disse il leone con un sogghigno di irrisione. Ed il colibrì proseguendo il volo, rispose: "Io faccio la mia parte".

Favola africana

NIDO

Neonati nati a termine che necessitano di un'assistenza di base. Sono eseguiti esami ematici, screening metabolici, audiologici e visivi (riflesso rosso). Questi neonati se non ci sono problemi legati alla madre o al bambino sono dimessi dopo le 48 ore. Il personale Infermieristico pone molta attenzione sull'alimentazione al seno seguendo le mamme durante l'allattamento e questo ha favorito una riduzione notevole della somministrazione del latte artificiale.

TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

Neonati in situazioni di criticità evidente legati alla prematurità (neonati dopo le 24 settimane) o neonati con patologie respiratorie ecc. Questi richiedono un'elevata e specifica assistenza, manovre diagnostiche-terapeutiche particolari e un'attenta monitoraggio in continuo dei parametri vitali. Appena superata la fase acuta, essi sono prontamente trasferiti nella Post-Intensiva al fine di rendere liberi i posti letto per emergenze anche provenienti da altre aziende. In T.I.N. poniamo particolare riguardo alla prevenzione delle infezioni Ospedaliere essendo i nostri piccoli pazienti ad alto rischio. (Sono presenti Protocolli e Procedure aziendali)

PATOLOGIA NEONATALE

Neonati pretermine in fase di accrescimento, neonati a termine con patologie minime (ittero, ipoglicemie, infezioni localizzate ecc) e tutti i neonati a termine che necessitano di osservazione per fattori di rischio che non possono essere lasciati al nido. Sono eseguiti esami ematici e strumentali. E' posta molta attenzione sull'alimentazione cercando di favorire l'allattamento al seno e riducendo la somministrazione del latte artificiale.

Ed anch'io voglio ringraziare Iddio che mi ha donato la vita, è grazie a Lui che posso gridare: *la vita è una cosa meravigliosa, è davvero un miracolo!* In poche settimane di gestazione nel grembo di mia mamma già c'ero "io" un piccolo batuffolo di carne che ha fortemente lottato dal primo respiro per vivere la propria vita. Ma voglio ringraziare anche tutti i miei familiari, la comunità parrocchiale, gli amici, i conoscenti e coloro che non conoscevo che ugualmente hanno pregato e hanno sostenuto me e la mia famiglia con l'affetto e la preghiera! Il mio ringraziamento, inoltre, va anche agli operatori della Ginecologia e della Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale Evangelico Villa Betania, che hanno svolto e svolgono in maniera encomiabile il loro lavoro tutt'altro che facile. Infine il mio ultimo pensiero, che si fa preghiera davanti a Dio, non può non andare a tutti quei genitori e i loro bimbi che, nati prematuri come me, non sono tornati a casa o che stanno ancora lottando in ospedale!

La piccola Chiara

LA MEDICINA MATERNO-FETALE

La ricerca scientifica ha modificato l'ostetricia moderna che da "arte magica" è diventata branca superspecialistica: se prima l'attenzione era concentrata al momento del parto, oggi invece è cresciuto l'interesse per il periodo della gestazione in quanto considerato condizionante per la salute del bambino e dell'adulto che sarà. Da ciò nasce la "medicina materno fetale".

La diagnosi prenatale invasiva ha aperto uno spiraglio per indagare non solo sulle cromosomopatie ma anche sulle malattie genetiche, che in passato condizionavano le scelte riproduttive delle coppie che angosciate dal rischio di partorire un neonato malato preferivano non aver figli.

Con l'introduzione dell'ecografia informatizzata si è dato la possibilità di acquisizione e di conservazione delle immagini che possono essere analizzate anche in un tempo diverso rispetto all'esame ecografico o addirittura essere inviate in centri specializzati, evitando inutili viaggi delle pazienti e garantendo comunque il massimo della professionalità per ogni patologia anche le più rare.

La percezione dei progressi compiuti è senza dubbio maggiore quando si pensa ad eventi eclatanti come gli interventi in utero. Tuttavia anche nella routine dei reparti di medicina materno-fetale sono tangibili i miglioramenti. L'ecografia del I trimestre con la misurazione della translucenza nucale e l'ecografia standard del II trimestre (detta ecografia morfostrutturale) costituiscono momenti imprescindibili per lo studio del benessere fetale con possibilità di diagnosi di anomalie anche in epoca molto precoce. Inoltre è migliorato sensibilmente la gestione delle gravidanze, complicate da patologie come il ritardo di crescita intrauterino o il diabete gestazionale o la preeclampsia. Per tali patologie si può ottimizzare il "timing del parto" attuando un approccio *attendista* quando i rischi della nascita superano i benefici dell'attesa ma di tipo *interventista* in caso contrario. Con questo approccio pur aumentando i parti prematuri su indicazione medica, si riducono i casi di danno ipossico in gravidanza e le successive sequele.

TESTIMONIANZA

GRAMMO DOPO GRAMMO

Un taglio ed eccomi! Sono venuta al mondo quando nessuno se lo aspettava dopo appena ventisei settimane di gestazione. Non mi sembra vero! Eppure stavo così bene nel grembo di mamma: nuotavo, sognavo e dormivo avvolta dal caldo amore materno. Quand'ecco ad un tratto non sono più riuscita a nuotare, improvvisamente una fitta, una corsa in auto verso l'ospedale, il cuore di mamma che andava a mille...non come di solito! Poche ore di tentativi e consultazioni tra i medici: visite, ecografie, monitoraggi, ma poi un taglio e sono nata di appena 800 grammi. Le prime ore di luce non sono un bel ricordo, anziché le braccia materne, sono stata messa al caldo in una sorta di "scatola" trasparente dove ero attorniata da medici e infermieri che si alternavano. Ricordo ancora il fastidio dei tubicini e dei sondini, le flebo, le siringhe, i continui *bip* delle attrezzature, le forti luci dei neon, quanti impianti...non capivo. Solo qualche ora ho visto i miei genitori, all'inizio non li ho riconosciuti con i camici, le mascherine ed i calzari, ma poi man mano

ho cominciato a familiarizzare anche con quei buffi vestiti. Sono venuti tutti i giorni a trovarmi in ospedale e lì attendevo con trepidazione per essere tranquillizzata e accarezzata attraverso le fessure dell'incubatrice. Mia mamma stava qualche ora in più, il mio papà aspettava fuori perché poteva entrare per poco tempo con gli altri papà (...chissà perché...)! Talvolta ho percepito li ho visti in silenzio, spesso li ho sentiti che non avevano neanche la forza di pregare, altre volte si alternavano perché il mio fratellino si sentiva abbandonato a casa! Talvolta ho percepito la loro stanchezza, ma mai un'ombra di disperazione: nei loro occhi ho scorto sempre una luce di speranza. Ed infatti grammo dopo grammo, giorno dopo giorno, preghiera dopo preghiera sono cresciuta, ho imparato a respirare e mangiare da sola e dopo circa tre mesi sono tornata a casa tra la gioia e l'amorevolezza dei miei genitori che quotidianamente ringraziano Dio per il dono della vita, soprattutto di notte quando mi sveglio e non li faccio dormire!

PROGRESSI IN NEONATOLOGIA

di Luigi Balestriere
Neonatalogo

Il Perfezionamento delle cure perinatali ha permesso negli ultimi anni di raggiungere obiettivi fino a pochi anni fa insperati, quali la sopravvivenza di neonati estremamente prematuri e di bassissimo peso, riducendo così la mortalità pediatrica, ancora oggi prevalentemente a carico del periodo neonatale.

Una moderna gestione delle gravidanze a rischio unita ad una migliore conoscenza delle problematiche neonatali, con il supporto di avanzate tecnologie ha cambiato lo scenario dell'assistenza perinatale. E' possibile con moderni ventilatori l'assistenza personalizzata per ogni paziente, in rapporto alle diverse problematiche respiratorie, riducendo al minimo i danni iatrogeni. E' possibile oggi un'assistenza ventilatoria non invasiva anche per categorie di neonati

di basso peso ed età gestazionale. Le problematiche respiratorie si sono infatti ridotte anche grazie alla sistematica profilassi prenatale con cortisone nelle gravidanze a rischio di parto prematuro ed all'uso routinario e standardizzato del surfattante, costituente indispensabile per permettere una migliore capacità respiratoria.

Siamo oggi in grado di monitorare con fini strumentazioni le funzioni vitali dei piccoli paziente ricoverati nelle terapie intensive. Moderne incubatrici permettono la regolazione in automatico della temperatura e dell'umidità riducendo al minimo lo stress termico. L'utilizzo di sofisticati ecografi ha consentito di studiare in modo incruento alcuni aspetti emodinamici importanti per un'adeguata gestione dei pazienti critici.



Grandi passi avanti si sono fatti nell'assistenza ai neonati asfittici, cioè grazie all'utilizzo dell'ipotermia attiva. Si tratta di sottoporre questi neonati con problematiche da mancanza di adeguata ossigenazione alla nascita a basse temperature, riducendo così i possibili danni cerebrali. Ciò avviene con l'utilizzo di materassini raffreddanti, controllati da un macchinario in grado di ridurre e mantenere la temperatura corporea a valori compresi tra 33 e 34 °C. Il tutto ci permette di guardare alla moderna neonatologia con un occhio sempre più futuristico, sicuri di un continuo e progressivo miglioramento delle cure assistenziali ai nostri piccoli.

Il nostro Centro è appena diventato maggiorenne: la TIN ha infatti da poco compiuto 18 anni (ottobre 1994/2012) e chi scrive ha avuto il piacere di vivere quest'avventura sin dall'inizio insieme a gran parte degli operatori, sia medici che infermieristici. Questo negli anni ha garantito una continuità assistenziale ed una crescita sia personale che di gruppo nella capacità di lavorare in equipe che sono alla base dell'entusiasmo che ci accompagna ancora oggi nell'approccio al nostro lavoro.

Ogni anno vengono dimessi dalla nostra TIN circa sessanta neonati con peso ed età gestazionale tali da dover essere presi in carico dal nostro servizio di DAY-HOSPITAL che grazie al lavoro ed alla disponibilità di tutti i colleghi ha

permesso di individuare, nella Dott.ssa L. Faiella coordinata nel lavoro di ambulatorio dalla Inf. Pediatrica A. Tufo, il punto di riferimento per i piccoli, ma soprattutto per le loro famiglie.

L'ambulatorio eroga un servizio multidisciplinare che coinvolge altre professionalità del nostro Ospedale (Radiologia, Ecografia, Analisi chimico-cliniche, Oculistica,) ed è a disposizione dei piccoli tutti i giorni feriali dalle 8,00 alle 14,30 previo appuntamento e con l'impegnativa del pediatra di famiglia.

Il punto focale è rappresentato dal riconoscimento e trattamento precoce della disabilità lieve, moderata o grave attraverso la somministrazione seriata

di test di sviluppo neurocomportamentali che consentono di individuare eventuali deficit e ci permettono di avviare verso la maggiore autonomia possibile tutti i nostri piccoli pazienti, grazie anche alla preziosa collaborazione di fisioterapisti mirati e di centri di prestigio internazionale (Ospedale del Circolo di Varese per il riconoscimento e trattamento delle ipoacusie totali o parziali) che collaborano attivamente con il nostro servizio.

Attualmente l'obiettivo del Servizio di Dh è la cura del prematuro e della sua famiglia dalla fase immediatamente precedente la dimissione ai primi tempi a casa quando più forti diventano le

LA NOSTRA TIN È MAGGIORENNE

di Marcello Napolitano
Neonatalogo

ansie genitoriali e le aspettative sul bambino.

Il progetto che attualmente è in corso prevede due incontri mensili pomeridiani mediati dalla dott.ssa Faiella con la partecipazione della dott.ssa Mustillo, esperta fisioterapista e del nostro personale infermieristico, con l'obiettivo di migliorare il nursing del prematuro e favorire il rapporto madre-bambino bruscamente interrotto con la nascita. Progetti satellite, ma sempre legati all'attività ambulatoriale, sono il massaggio neonatale e l'acquaticità del pretermine.

LO PSICOLOGO IN TIN

LA RELAZIONE GENITORE-BAMBINO NELLA NASCITA PREMATURA È UN EVENTO PARTICOLARMENTE EMOTIVO.

di Antoniomaria Salzano
Psicologo

La nascita a termine è un evento che coinvolge emotivamente soprattutto i genitori. Questi in particolare devono far fronte alla nascita del loro bimbo, che si presenta con modalità diverse da quella che potevano essersi rappresentata durante l'attesa, e che necessita di un'assistenza particolare, più complessa di quella fornita agli bimbi che nascono a termine.

Quali sono le reazioni dei genitori?

La nascita pretermine sollecita intense e differenti reazioni emotive nei genitori, in particolare, acquista connotazioni affettive che possono avere un impatto sul bambino e sulla relazione con lui. Questo evento precoce giunge a interrompere bruscamente il progetto gestazionale della coppia, sconvolgendone le attese; invece di un lieto evento la coppia genitoriale deve affrontare una realtà molto differente da quella che poteva essersi prefigurata durante la gravidanza.

Qual è il primo impatto con la TIN da parte dei genitori?

In genere i genitori sono abbastanza all'oscuro di ciò che può essere una TIN: questa realtà ospedaliera è così diversa da un comune reparto di neonatologia; qui incontrano per la prima volta il loro piccolo da dietro l'oblò dell'incubatrice. L'incubatrice isola il bimbo da agenti pericolosi e assicura protezione, ma si

pone come un ostacolo all'interazione fisica ed affettiva tra il genitore e il bimbo. In queste condizioni la madre non riesce ad attivare le modalità di accudimento e cura che costituiscono la dimensione fondamentale della sua funzione di modulatrice degli apprendimenti che costruiscono la mente e il cervello del bimbo.

Quando i genitori tornano a casa con il neonato che succede?

La nascita pretermine è soltanto un atto medico: la nascita psicologica avviene in un secondo momento, alle dimissioni, quando c'è la certezza della sopravvivenza e della salute del bimbo. I genitori spesso descrivono questo momento come la seconda nascita del loro bimbo. L'impatto con questa realtà inaspettata può essere sconvolgente e ai genitori può sembrare di vivere come in un incubo, con sensazioni di irrealtà, forte rabbia e sgomento, in cui sorgono impellenti le domande del perché questo sia accaduto proprio a loro.

Quali reazioni possono avere i genitori dei prematuri?

La nascita prematura è un evento stressante per i genitori e la famiglia: lo stress vissuto dai genitori durante il ricovero dei bimbi nelle TIN ha un'influenza sul bimbo e conseguenze emotive a lungo termine sulle madri che avvertono uno stress maggiore dei padri. La

nascita pretermine provoca nei genitori ansia e depressione, che possono giungere a livelli molto elevati e prolungati: le madri potrebbero sviluppare stati depressivi e ansiosi per mesi. Spesso le madri e i padri, nei loro racconti, parlano della nascita del figlio come di uno shock, difficile da immaginare, accompagnato da molta confusione.

Che cosa succede durante l'ospedalizzazione del prematuro?

I sintomi di stress traumatico possono essere molto spesso presenti alla nascita del bimbo, ma possono manifestarsi anche più tardi a seguito di un altro evento stressante, collegati eventualmente alle fluttuazioni delle condizioni mediche del bimbo, come per esempio una ricaduta improvvisa cui può far seguito la paura per la sua sopravvivenza. L'ospedalizzazione può così essere caratterizzata da frequenti traumi, come il prolungamento della degenza, o il trasferimento del bimbo in un'altra unità di terapia intensiva, o in un altro ospedale; e questo può rappresentare un ulteriore momento traumatico.

Come si vive la genitorialità dei bimbi prematuri?

I genitori vivono la loro genitorialità in uno stato di precarietà, sospesi nell'incertezza, a seguito di prognosi temporanee sulla salute del figlio: viene sospesa anche la progettualità sul futuro. Essi devono fermarsi nella dimensione del presente, in cui spesso possono essere predominanti le rappresentazioni di angoscia e morte; l'incertezza rispetto al-

l'esito delle cure può diminuire l'investimento psichico sul bimbo: fino a quando è ricoverato in terapia intensiva neonatale, la madre e il padre allontanano nel tempo l'investimento sulla propria genitorialità reale, come protezione dalla paura per la perdita del loro bambino. Il genitore può trovare non indifferenti difficoltà a sincronizzarsi coi ritmi del bimbo attraverso le modalità che si possono invece attivare con un neonato a termine: il mancato contatto corporeo è pertanto un ostacolo, che può ritardare il processo autoregolatorio del bimbo. **E all'approssimarsi della gravidanza del prematuro?**

Verso la fine della gravidanza le rappresentazioni che consentono alla madre di sviluppare un sentimento di preoccupazione per il benessere del bimbo, la cosiddetta preoccupazione materna primaria, possono trasformarsi in rappresentazioni che suscitano invece angoscia in caso di nascite premature, in quanto la donna potrebbe non sentirsi la madre "sufficientemente buona" che sperava di essere per il suo bambino.

Quale è il ruolo dello Psicologo nel reparto di Terapia Intensiva Neonatale?

Aiuta i genitori dei neonati pretermine a non farsi inondare completamente dalle angosce e dalla disperazione. In un luogo protetto e scervato da ogni giudizio, le loro ansie, il loro senso di colpa e le loro paure potranno essere ascoltate e contenute. Lo psicologo accompagnerà i genitori di bambini prematuri nel graduale processo di consapevolezza della propria sofferenza, e li aiuterà a trasformare tale dolore in risorsa. Egli rappresenterà quella rete protettiva che non li farà sentire soli.

lapersona

LA NASCITA DI GESÙ

Maria era stata promessa sposa a Giuseppe e, prima che fossero venuti a stare insieme, si trovò incinta per opera dello Spirito Santo. Giuseppe, suo marito, che era uomo giusto e non voleva esporla a infamia, si propose di lasciarla segretamente. Ma mentre aveva queste cose nell'animo, un angelo del Signore gli apparve in sogno, dicendo: «Giuseppe, figlio di Davide, non temere di prendere con te Maria, tua moglie; perché ciò che in lei è generato, viene dallo Spirito Santo. Ella partorirà un figlio, e tu gli porrai nome Gesù, perché è lui che salverà il suo popolo dai loro peccati». (Mt 1, 18-24)

di Vincenzo Polverino
Cappellano, Ospedale Evangelico Villa Betania

Innumerevoli ed importantissimi artisti, quali Caravaggio, Botticelli, Giotto, Piero della Francesca, Giorgio Vasari, Domenico Ghirlandaio e tanti altri, per più di quattro secoli, hanno ambito dipingere la natività di Gesù Cristo e non ce n'è uno che non sia suggestivo, bello, commovente, incantevole; insomma tutti stupendi. Per caso mi sono imbattuto nella Natività di Lorenzo Lotto e ne sono rimasto affascinato e colpito, e ciò per almeno tre motivi. In primis per la sua bellezza. In secondo luogo per come ha raffigurato e considerato la persona di Giuseppe. In terzo luogo per la sua brillante intuizione teologica. È questa intuizione che soprattutto mi ha particolarmente toccato e sorpreso. Chi ammira questo dipinto è come se stesse ascoltando un sermone sull'incarnazione di Dio. Il Lotto da un lato è attento alla descrizione di una stalla con i simboli di una fede biblica; dall'altro diventa arguto teologo che adombra nel mistero della natività di Cristo già il mistero della sua morte in croce. Lotto presenta la verità della rivelazione evangelica: Cristo nasce con il destino di annunciare la salvezza, sconfiggendo la morte sul Calvario; ecco anche perché il Lotto non si lascia né coinvolgere, né influenzare da un certo sentimentalismo caratteristico del Natività.

L'uomo di fede, davanti a questa ineluttabile verità, può serenamente riflettere e gustare la gioia della venuta del Salvatore, ma deve anche sapere che l'annuncio verrà chiarito nei suoi contenuti, e sarà ripetuto



dall'alto della croce, «scandalo per i Giudei e follia per i pagani», come afferma l'Apostolo Paolo nella Prima lettera ai Corinzi. «Ella partorirà un figlio, e tu gli porrai nome Gesù». È cosa innegabile nel leggere i racconti della Natività, di Matteo e di Luca, il fatto che ognuno di loro, metta in risalto la peculiarità e vocazione, di entrambi. Per Matteo è importante la componente attiva della risposta umana da parte di Giuseppe: Tre volte egli riceve istruzioni in sogno da un angelo e tre volte deve fare qualcosa: «Giuseppe, destatosi dal sonno, fece come l'angelo del Signore gli aveva comandato e prese con sé sua moglie». Luca al contrario concentrando su Maria, sottolinea l'essenziale passività della risposta umana all'azione di Dio: «Mi sia fatto secondo la tua parola» (Lc 1, 38).

Come partecipare all'Avvento e al Natale e soprattutto come piacere a Dio? Ecco cosa scrive a tal proposito dal carcere di Flossenbürg, il past. **Dietrich Bonhoeffer**, in occasione del suo ultimo Natale: «Se vogliamo partecipare all'Avvento e al Natale, non possiamo starcene in disparte, come se

fossimo in un teatro, e gioire per tutte le immagini piacevoli, bensì in questi avvenimenti che qui accadono siamo noi stessi ad esser trascinati dentro, in questa trasformazione di ogni cosa; dobbiamo essere attori su questo palco, in cui lo spettatore dell'opera è anche parte della recita; non possiamo chiamarci fuori. Che cos'è che recitiamo? Pii pastori che si inginocchiano? Re che offrono i loro doni? Che cosa mettiamo in scena oggi, il giorno in cui Dio viene al mondo nell'umiliazione della mangiatoia? A chi si accosta alla mangiatoia; se ne potrà allontanare solamente o condannato o salvato; o vi soccomberà, o saprà di essere oggetto della misericordia di Dio. Ci sono solo due luoghi in cui i «forti e i grandi» di questo mondo perdono il loro coraggio, in cui sono spaventati nel più profondo della loro anima, da cui rifuggono pieni di paura e sono: la mangiatoia e la croce di Cristo. Attori, spettatori, figuranti, simpatizzanti, ecc, ecc. Chi siamo noi? Che ruolo ci siamo scelti? Da che parte stiamo? Siamo fuori o dentro alla mangiatoia? Siamo con Gesù o con Erode? La Parola del Signore interpella tutti e tutte e Dio non voglia che ci trovi un po' con l'uno e un po' con l'altro, perché se così fosse, grande sarà: «il pianto e lo stridor di denti» (Mt 24, 51).

Cari lettori e lettrici, vogliate accogliere gli auguri più sentiti di un sereno Natale e di un felice anno nuovo, dal sottoscritto e dal Servizio di Cappellania Evangelica.

SERVIZIO CAPPELLANIA

Informazioni tel. 0815912452

e-mail: cappellania@villabetania.org

OPPORTUNITÀ PER UNA VITA NORMALE

di Salvatore Cortini
Direttore Centro Sociale Nitti

Dai diversi anni il Centro Sociale Casa Mia-E.Nitti accoglie adolescenti a cui Tribunale per i Minori di Napoli sospende il processo (art. 28 D.P.R. 448/88). Questi ragazzi vengono affidati ai servizi minorili dell'amministrazione della giustizia che in collaborazione con i servizi socio-assistenziali degli enti locali attivano i diversi percorsi di reinserimento: il ritorno a scuola, la ricerca di un lavoro oppure un impegno di tempo da dedicare al volontariato sociale. Il Centro da accoglienza a questi giovani in prova e fornisce loro, attraverso il lavoro volontario, l'opportunità di poter contribuire al loro programma di reinserimento sociale. I volontari che, in questo modo vengono affidati al Centro, sono coinvolti principalmente nel lavoro di animazione ed intrattenimento dei bambini del quartiere.

Storie famigliari di degrado sociale, emarginazione, povertà, che appartengono alla quotidianità di questi giovani. Come la vicenda di Pietro, 17 anni, che insieme ad altri due amici avevano



schiaffeggiato e maltrattato un turista per derubarlo il portafoglio e che erano stati fermati subito dalla polizia attirata dalle grida della vittima. La famiglia di Pietro è numerosa, Pietro è il primo di quattro fratelli. Vive in un alloggio popolare della periferia di Napoli. In famiglia si sopravvive e non sempre c'è da mangiare per tutti. La madre, che lavora facendo qualche ora di pulizia nelle case private, è quella che riesce a portare qualche euro a casa; sul padre non si può sempre contare in quanto ha una dipendente dall'alcool e quando riesce,

raccoglie metalli che cerca nei cassonetti della «monnezza». I fratelli più piccoli passano le giornate tra la scuola e la strada, nonostante l'affidamento ai servizi sociali del comune. La maggior parte dei ragazzi che abbiamo accolto presso la nostra struttura presenta una situazione analoga a quella di Pietro. L'esito della messa in prova per Pietro non è stato positivo, non è riuscito a concluderla. A metà percorso è ritornato alla strada. Aveva la testa da altre parti e attirato da diverse prospettive. Ho voluto raccontare la piccola storia di un insuccesso perché sono quelle che ci addolorano e ci fanno riflettere sulla sofferenza che abita vicino ad ognuno di noi e di cui troppo spesso neanche ci accorgiamo. Fortunatamente dopo Pietro abbiamo avuto Franco, Michele, Giuseppe, Alessandro sono i ragazzi che invece hanno avuto successo.

**CENTRO SOCIALE
CASA MIA
"E. NITTI"**

Viale delle Metamorfosi, 340

Napoli - Ponticelli

tel. 081.5965527

web: centrocasamianitti.it

email: nitticasamia@libero.it

pillole di bioetica

LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

di Giovanni Napolitano
Biologo

La procreazione medicalmente assistita (o fecondazione in vitro) è stata nella ricerca biomedica un traguardo importante. Ha ridato la speranza di avere un figlio a coppie che altrimenti non avrebbero mai potuto generare. Però, accanto alla bontà di una tecnica che cerca di risolvere un problema, ben presto si presenta il risvolto della medaglia con le sue implicazioni etiche, creando più problemi di quanti ne risolva. Infatti la tecnica nel volgere di pochi anni ha preso strade diverse da quella in cui una coppia eterologa (uomo-donna) ricorre alla fecondazione in vitro per avere un figlio. Utero in affitto, fecondazione eterologa (donazione di ovuli o spermatozoi da parte di terze persone), maternità di donne single. Il risultato è stato la messa in discussione sia del modello naturale della genitorialità che di quello tradizionale di famiglia. Il dono reciproco di sé nell'esperienza della sessualità e il legame d'amore nel quale generare un figlio, per molti non è indispensabile della capacità di accogliere adeguatamente una nuova vita. La tecnica inoltre porta alla produzione di un numero di embrioni in sovrannumero rispetto al necessario. Quelli non utilizzati sono congelati e ciò per molti costituisce un problema morale. Si apre pertanto un'altra questione: l'embrione umano è da considerarsi a tutti gli effetti un essere umano oppure no? E' evidente che nel campo bioetico nessuna decisione mette al riparo da possibili eterogenee conseguenze, a loro volta da riesaminare ed affrontare. Un punto di consenso si potrebbe trovare in un ordine di reciprocità, di giustizia e di uguaglianza alla base di ogni rapporto. Nel campo dell'azione sociale dell'essere umano abbiamo la possibilità di orientarci, al di là delle divergenze etiche, in base alla cosiddetta regola d'oro, che ci impone di accettare per gli altri solo le conseguenze che riteniamo per noi auspicabili (l'evangelico: fai agli altri ciò che vorresti fosse fatto a te). Si potrebbero richiamare una serie di valori, quali la responsabilità, l'equità e la tutela dei soggetti meno favoriti, che esprimono un bagaglio di valori cristiani e non solo. In questa prospettiva ciò che andrebbe sempre garantito sono le migliori condizioni ambientali ed affettive nelle quali un bambino possa essere cresciuto e avviato ad un'esistenza autonoma a sua volta responsabile.

l'approfondimento

LA SENOLOGIA TRA PASSATO E FUTURO

di Gennaro Guerra
Direttore UOS Dipartimentale di Senologia



Attualmente in Italia si stima che ogni anno siano diagnosticate oltre 47.000 nuovi casi di tumore della mammella con aumento d'incidenza anche al di sotto dei 40 anni con un picco delle sessantenni di 300 casi per 100.000 donne. Dal 1989 ad oggi sempre più donne si sono affidate al nostro ospedale per il trattamento di tale patologia che comporta un continuo e costante aggiornamento professionale con uso di tecnologia adeguata (mammografia con stereotassi, ecografia, citologia, esame estemporaneo). Negli anni tra il 1990 ed il 2000, venivano trattati circa 50 casi di cancro mammario annualmente e quindi in ospedale si era costituito spontaneamente un team di esperti che si dedicava a tale patologia (radiologo, anatomico patologo, chirurgo, oncologo

medico). Ormai i tempi erano maturi per realizzare un'unità di Senologia autonoma dal Reparto di Chirurgia e così, dopo aver preparato i percorsi diagnostico-terapeutici secondo i dettami dell'EUSOMA con personale e spazi dedicati, nel 2001 nacque l'unità di Senologia. Quando fu istituito l'ambulatorio di senologia di prima visita nei primi tre mesi furono effettuate 45 visite. Allo stato attuale dopo 11 anni vengono effettuate circa 3000 visite annuali ripartite in tre ambulatori settimanali. La senologia del terzo millennio è un settore complesso che si avvale di figure professionali che si coordinano tra loro. Il trattamento del cancro della mammella è definito integrato perché si avvale della chirurgia, della medicina oncologica e della radioterapia e non può prescindere dalla diagnostica per immagini e dalla stadiazione che negli ultimi anni ha fatto passi da gigante con le applicazioni della meccanica quantistica introducendo tecnologie quali R.M. e PET. Inoltre i livelli raggiunti dalla biologia molecolare ci hanno permesso di trattare la malattia cancro non tanto per il suo volume estensione ma per la sua caratterizzazione biochimica. Sono convinto che per abbattere tale incidenza bisogna migliorare la qualità di vita, riducendo l'inquinamento e quindi l'introduzione di sostanze cancerogene nel nostro organismo e

nello stesso tempo incrementando campagne di prevenzione che ci permettono sempre di più di evidenziare neoplasie di pochi millimetri che possono essere trattate rapidamente con guarigione completa e con costi contenuti per la comunità. Nel 2009 abbiamo ricevuto dall'ASL NA I il riconoscimento di struttura di III livello per il trattamento del cancro della mammella.

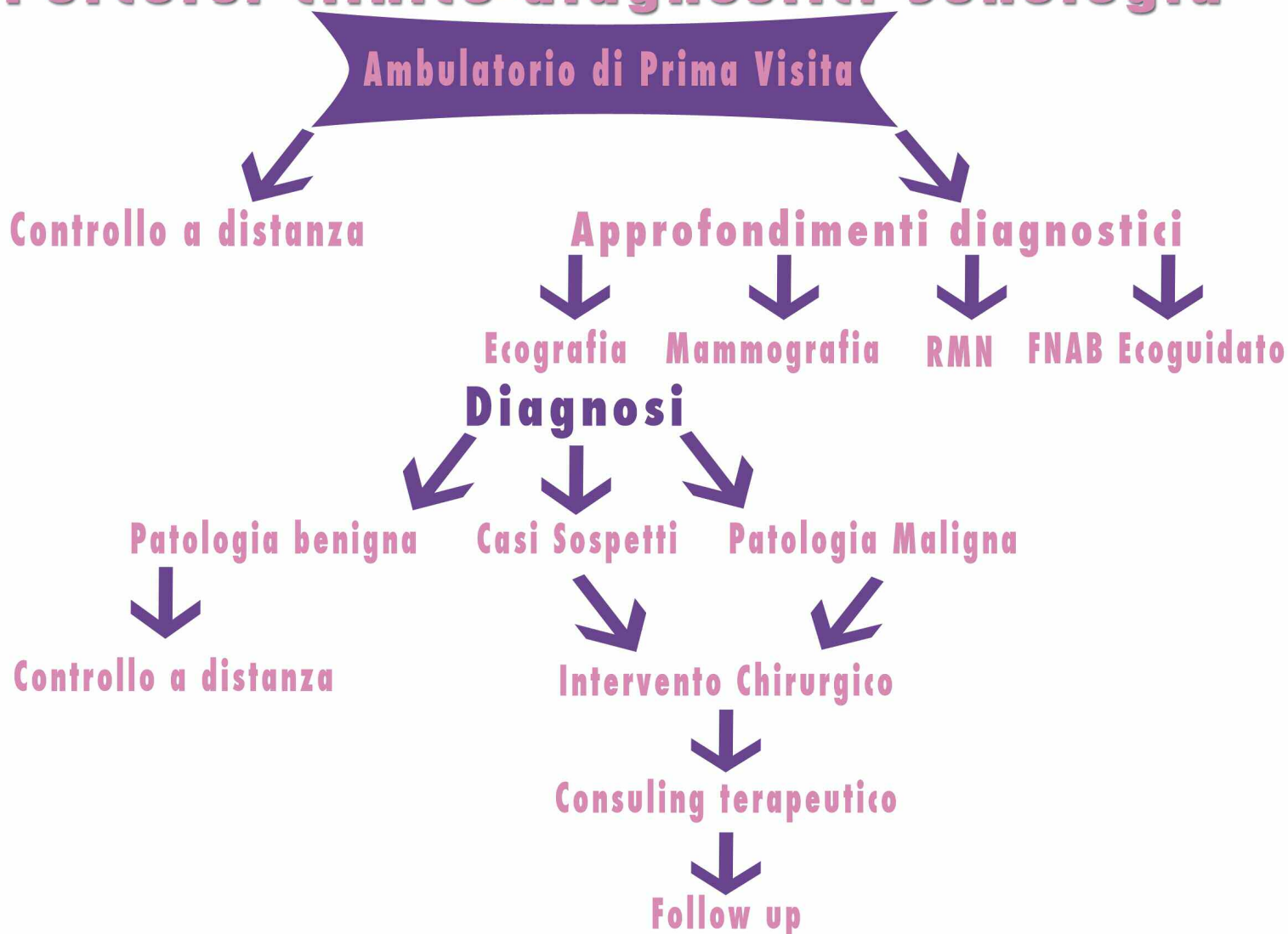
La nostra unità di senologia è una realtà ed è seconda solo all'Istituto dei Tumori di Napoli. Effettua circa 500 interventi all'anno di cui 300 circa di cancro.

Il nostro ospedale ha sempre avuto un'attenzione particolare per le donne ed il reparto di ostetricia e ginecologia è riconosciuto come un'eccellenza in questo settore. Quest'anno anche con il contributo della senologia ha ricevuto il secondo bollino rosa sia per l'attenzione alle donne sia per la quota femminile che opera nella struttura.

L'impegno è costante ma come tutti sanno è un momento difficile per la sanità pubblica. L'unità di senologia avrebbe bisogno di ulteriori spazi e risorse umane in quanto la domanda è in ascesa. Contenere la lista di attesa per cancro in 20 giorni è un impegno difficile che sottopone gli operatori a ore di lavoro oltre il dovuto.

Il sorriso ed il grazie di tante donne che sono state colpite da una così terribile e devastante malattia ci permette di andare sempre più avanti.

Percorsi clinico-diagnostici Senologia



L'ORGANIZZAZIONE DELLA SENOLOGIA

di Pierfrancesco Maione
Senologo

Sin dalla sua nascita l'Unità di Senologia si è conformata agli standard richiesti in campo regionale, nazionale e della Comunità europea, relativamente al ruolo, di tipo interdisciplinare ed alla qualità oltre che al numero di prestazioni effettuate. Si avvale, infatti, dalla sua istituzione, della collaborazione di un secondo chirurgo, di un Anatomo Patologo dedicato, di un Radiologo, di un Oncologo Medico, di un Anestesista e dello Psicologo. E' attiva ed efficace la collaborazione con diversi Centri e Servizi territoriali ed ospedalieri di Medicina Nucleare e Radioterapia. A partire dal 2008 è iniziato un protocollo di collaborazione con l'Unità di Prevenzione e di Screening Radiologico dell'ASL NAI che ha consentito un sempre maggior numero di casi di trattamento e cura delle lesioni in fase iniziale di Ca mammario. Nel

corso degli anni l'attività ambulatoriale e quella operatoria hanno registrato un costante incremento, fino alle 3000 visite ed ai 555 interventi (di cui 278 per patologia maligna) del 2011. A partire dal 2010 l'Unità si avvale della collaborazione di un terzo chirurgo senologo, e dal 2011 di un Chirurgo Plastico. L'Unità di Senologia utilizza 5 posti letto, con un tasso di occupazione pari al 100% dell'attività chirurgica. Ubicato all'ultimo Piano dell'Ospedale, è dotato di una Caposala e di personale infermieristico altamente specializzato nella cura dei pazienti neoplastici, vista la condivisione di spazi e personale paramedico con l'Unità di Oncologia. L'Attività ambulatoriale è organizzata in modo da assicurare due sedute settimanali per le Prime visite (effettuate senza prenotazione, senza richiesta del medico Curante e con un costo contenuto)

ed una per il follow-up. Le attività ambulatoriali di medicazione vengono svolte due volte a settimana. Come anche in due sedute vengono svolte l'attività di ricovero in regime di Day Surgery e di Pre-ospedalizzazione. Le sedute operatorie si svolgono invece tre volte alla settimana.

Vengono trattati tutti i casi di patologia mammaria, a partire da quelli benigni fino ai complessi interventi di mastectomia con risparmio di cute e posizionamento di protesi. Da sempre la mission dell'Unità è stata quella di arrivare a diagnosi quanto più precoce, come attestato dall'elevato numero di interventi di quadrantectomia con dissezione del linfonodo sentinella. Estremo riguardo è sempre stato rivolto all'aspetto del trattamento oncoplastico - ricostruttivo. Massima attenzione è stata data alla cura dei casi complicati/avanzati richiedenti un approccio terapeutico oncologico primario in Neoadiuvante, che vengono trattati seguendo un corridoio preferenziale. Altrettanto succede per i casi di neoplasia maligna che colpiscono donne di età inferiore ai 40 anni.

SI PUO' GUARIRE

Visito ogni giorno donne ammalate di cancro al seno. La paziente, non è mai la prima ad entrare, ma sempre come seconda o terza preceduta da altra donna (sorella, figlia maggiore, mamma, suocera) mai da un maschio. Il maschio partner di una donna ammalata di cancro è sempre una figura secondaria, si presenta come una "vittima" della personalità forte della donna, è accondiscendente e pronto a giustificare e ad assecondare.

Esteticamente queste pazienti manifestano sempre due opposti: o sono estremamente curate (trucco, profumo, etc.) o non hanno alcun interesse per la cura del proprio corpo.

Inizialmente, o si prolungano in un'esposizione di fatti e situazioni che non hanno attinenza con la malattia, o si presentano silenziose, poco propense al dialogo, "chiuse". Alcune volte entrano con occhiali da sole e non li tolgono se non su mio esplicito invito.

Il momento anamnestico è fondamentale per mettere a proprio agio la paziente, creare un clima distensivo, conquistarne la fiducia e abbassare la resistenza.

Nella mia personale esperienza, ho bandito completamente di accennare ai risvolti psicologici della malattia se non dopo l'intervento. In questa fase, la paziente cerca innanzitutto il chirurgo, non chi le attesti che la sua è una malattia anche con aspetti psicologici. La fase successiva, quella chirurgica, è appunto molto importante. Nei giorni che precedono l'intervento c'è un approfondimento



della conoscenza reciproca, che culmina nel concordare il trattamento chirurgico.

Dopo l'intervento, si apre un nuovo scenario.

La paziente apparentemente non è più la stessa. Non è più chiusa. E' contenta di aver risolto la malattia ed è più disponibile a un dialogo aperto. Giorno per giorno, specialmente quando la medico, le faccio comprendere l'importanza di amare il proprio corpo, specialmente quella parte che è stata devastata. In questi giorni, la paziente si abbandona più facilmente a raccontare della propria esistenza, delle infelicità e dei suoi affetti ed è più sensibile alla comprensione che la guarigione è legata anche a un miglioramento esistenziale. Da qui a farle comprendere come è importante per una guarigione totale non star bene solo fisicamente, ma anche psicologicamente, il passo è diventato più semplice.

Ora la paziente ha risolto l'aspetto somatico della malattia ed è pronta per la riabilitazione psicologica.

Le pazienti che si ripropongono sempre con gli stessi schemi mentali (paura, ansia, insoddisfazione, alla continua ricerca di risposte assolute all'esterno) sono destinate alla ricaduta somatica, perchè questi aspetti protratti abbattano le difese immunitarie.

Quelle invece che, pur non avendo risolto la causa della malattia, hanno mitigato quella rigidità interiore attraverso una migliore storicizzazione della propria persona (realizzandosi nel sociale, ritornando a lavorare o cambiando lavoro, dedicandosi di nuovo ad un vecchio hobby accantonato, ad esempio la pittura o la ceramica, anche con risvolti economici positivi) sono quelle avviate alla guarigione totale.

Gennaro Guerra

l'esperto risponde

di Giacomo Negri
Responsabile Unità Operativa Semplice di
Chirurgia Artroscopica

LUSSAZIONE DI SPALLA



QUALI SONO LE CAUSE DELLA LUSSAZIONE DI SPALLA?

La spalla è un'articolazione strutturata in modo da permettere di eseguire movimenti relativamente complessi. La stabilità e la normale funzionalità della spalla dipendono non solo dalla congruenza ossea di testa e glena, ma anche dall'integrità delle strutture muscolari, legamentose e capsulari. La lussazione si manifesta di norma a causa di un incidente importante (stradale, domestico o sul lavoro) o per traumi sportivi (basket, calcio, rugby) e avviene, di solito, in direzione antero-inferiore provocando la rottura delle strutture capsulo-legamentose, e nei casi più gravi anche la frattura dell'osso.

COME SI CURA LA LUSSAZIONE?

Il primo e immediato intervento in caso di lussazione è quello rivolto a riposizionare la testa dell'omero nella sua sede naturale, mediante manovre dette di "riduzione" eseguite solo da mani esperte (a volte è necessario ricorrere al pronto soccorso). Seguirà, poi, l'immobilizzazione dell'arto per almeno 20 giorni con un tutore di spalla. Nel caso di recidiva di lussazione, invece, il trattamento è di tipo chirurgico e può essere eseguito mediante artroscopia o chirurgia "classica" ("a cielo aperto"). L'artroscopia permette di compiere un intervento poco invasivo e con ottimi risultati. La nostra sala operatoria è dotata di uno strumentario di ultima generazione con monitor artroscopico ad alta definizione attraverso cui si può rilevare e valutare ogni minimo dettaglio anatomico. Praticiamo, inoltre, un'anestesia per via interscalenica che permette al paziente di rimanere sveglio e di essere dimesso anche poche ore dopo l'intervento. Il trattamento chirurgico a cielo aperto è praticato solo ai casi di lussazione recidivante (oltre i 4-5 eventi), ove oltre ad una lesione capsulo legamentosa vi è una notevole perdita del tessuto osseo difficile da trattare con la tecnica artroscopica.

IN CHE CONSISTE IL POST-OPERATORIO?

Dopo un breve periodo di immobilizzazione, segue un programma di fisioterapia cauto e progressivo per circa 3-4 mesi, fino a guarigione completa.

ECM: qualcosa di nuovo, qualcosa di vecchio

di Maria Anna Stingone
Responsabile Formazione e Aggiornamento

Le nuove regole sulla formazione continua pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale (n.98 del 14 maggio 2012) regolano il sistema su tutto il territorio nazionale e sanciscono il passaggio definitivo dall'accreditamento dei singoli eventi a quello dei provider e coinvolgendo in maniera significativa Ordini, collegi ed Associazioni.

Vediamo di seguito alcune delle principali novità.

Confermati i 150 crediti per il triennio 2011-2013 con l'obbligo di acquisire un minimo di 25 e un massimo di 75 annui. Sarà possibile riportare fino ad un massimo di 45 dal triennio precedente.

Le tipologie di formazione che consentono l'acquisizione dei crediti sono le:

- FORMAZIONE RESIDENZIALE (RES)
- CONVEGNI e CONGRESSI
- FORMAZIONE RESIDENZIALE INTERATTIVA (RES)
- TRAINING INDIVIDUALIZZATO (FSC)
- GRUPPI DI MIGLIORAMENTO O DI STUDIO, COMMISSIONI, COMITATI (FSC)
- ATTIVITA' DI RICERCA (FSC)
- AUDIT CLINICO E/O ASSISTENZIALE (FSC)
- AUTOAPPRENDIMENTO SENZA TUTORAGGIO (FAD)
- AUTOAPPRENDIMENTO CON TUTORAGGIO (FAD)
- DOCENZA E TUTORING + ALTRO

La scelta è lasciata al professionista ma sono stati definiti dei limiti: convegni, congressi, simposi conferenze, gruppi di miglioramento, attività di ricerca, docenza e tutoring consentono un numero massimo di crediti acquisibili che non può eccedere complessivamente il 60% del monte crediti triennale ottenibile da un singolo operatore sanitario (n. 90 crediti formativi su 150). La stessa regola entra in vigore per la FAD ma esclusivamente per gli infermieri.

Nuovo stop alla formazione sponsorizzata, i professionisti possono conseguire massimo 1/3 dell'intero ammontare dei crediti del triennio, l'eccedenza da tale limite non verrà considerata dall'anagrafe ECM.

Viene introdotto il "dossier formativo individuale" di ogni professionista che dovrà integrare obiettivi formativi di sistema, di processo, e tecnico-professionali articolati nelle 29 aree individuate tra quelle di particolare rilievo per il SSN e SSR. Non potranno rientrare nel sistema ECM i corsi di formazione sulle medicine non convenzionali.

Il calcolo dei crediti spetta al professionista mentre la verifica e la certificazione dei crediti formativi all'ordine/collegio competente che attueranno attraverso i dati archiviati dal CO.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie) inviati dai provider come rendicontazione finale delle attività formative.

Nel prossimo futuro la Commissione Nazionale, gli Ordini, i collegi e le Federazioni elaboreranno le disposizioni che regoleranno l'obbligo di acquisizione crediti e le relative sanzioni in caso di inadempienza.

Per quanto concerne gli esoneri dall'obbligo ecm si confermano le disposizioni precedenti integrate da nuove specifiche con particolare riferimento al personale sanitario che frequenta corsi di formazione post-base delle seguenti categorie:

corsi di specializzazione, dottorato di ricerca, master, corso di perfezionamento scientifico e laurea specialistica disciplinati dal decreto del MURST 3/11/99, n.509

corso di formazione specifica in medicina generale, di cui al Dlgs 17/08/99, n.368

formazione complementare; es. corsi effettuati ai sensi dell'art. 66 "idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza" di cui al Dpr 28/07/00

corsi di formazione e di aggiornamento professionale svolti ai sensi dell'art.1, comma: "piano di interventi contro l'AIDS" di cui alla legge 5/06/90

Infine restano esonerati dall'obbligo ECM i soggetti che usufruiscono delle disposizioni in materia di tutela della gravidanza di cui alla legge 30/12/71 n.1204, nonché in materia di adempimento del servizio militare di cui alla legge 24/12/86, n.958.

Una buona coscienza è un Natale perpetuo

(Benjamin Franklin)

A
CHI
AMA
DORMIRE
MA SI SVEGLIA
SEMPRE DI BUON
UMORE. A CHI SALUTA
ANCORA CON UN BACIO.
A CHI LAVORA MOLTO E SI
DIVERTE DI PIU'. A CHI VA DI
FRETTA IN AUTO MA NON SUONA AI
SEMAFORI. A CHI ARRIVA IN RITARDO
MA NON CERCA SCUSE. A CHI SPEGNE LA
TELEVISIONE PER FARE DUE CHIACCHIERE.
A CHI E' FELICE IL DOPPIO QUANDO FA A META'.
A CHI SI ALZA PRESTO PER AIUTARE UN AMICO. A CHI
HA L'ENTUSIASMO DI UN BAMBINO MA I PENSIERI DI UN
UOMO. A CHI NON ASPETTA LE FESTE PER ESSERE
PIU' BUONO.
TANTI
AUGURI

Buon Natale e
Felice Anno Nuovo

ai nostri pazienti e alle loro famiglie, ai nostri dipendenti,
ai nostri amici e ai...nostri lettori!

La Redazione