

NUMERO

2
2018



OPI
ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE
DI ANCONA

O.P.O.



Ordine della Professione Ostetrica
Ancona

CONFRONTO

PROFESSIONALE

PERIODICO DELL'ORDINE
DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE
DI ANCONA

BUON NATALE
E FELICE
2019

DAL 2019
L'ORDINE
COMUNICHERÀ
SOLO TRAMITE
PEC!



Prosper

OPI
ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE
DI ANCONAOrdine della Professione Ostetrica
Ancona

CONFRONTO

PERIODICO DELL'ORDINE
DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE
DI ANCONA

PROFESSIONALE

PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

EDITORIALE

a cura di Giuseppino Conti

Carenza infermieri in tutta Italia
a cura di Lorenzo PossanziniL'ordine ritorna sull'argomento
della PEC obbligatoria
a cura del Gruppo WebNuova Sede OPI Ancona
a cura del Gruppo Legale12 Maggio: Giornata Internazionale
dell'Infermiere
a cura di Cristiana AngeloniL'Angolo dei libri
a cura di Sonia PepeLa Clownterapia nel costoso socio-sanitario:
come funziona e come si inserisce in un piano
di assistenza infermieristico
a curadi Patrizia Petetta (Dott.ssa Briciola)La Chirurgia Robotica
a cura di Claudia PozzoDall'altra parte
Paziente e Infermiera (...prima o poi succede)
a cura di Emanuela Fagianinip. 3 Il Caregiver: ruolo e formazione
per la gestione del paziente complesso.
Esperienza nell'Ospedale di Comunità
di Loreto (An). Una proposta in essere.
p. 4 a cura di Annamaria Frascati e Susanna Olmetti p. 19

AREA SCIENTIFICA

p. 5 L'infermiere e il paziente affetto da bulimia:
revisione della letteratura
p. 7 a cura di M. Gravina, F. Gallone, S. Ortolani p. 22p. 8 Challenge terapeutico di calcinosi
in corso di sindrome CREST:
descrizione di un caso clinico
p. 9 a cura di C. Pompei, A. De Lia, S. Pepe,
E. Ciociola, S. Contadini, G. Pomponio, L. Manfredi p. 23p. 10 Le cadute in ospedale: analisi del fenomeno
legato alla percezione del personale
infermieristico dell'Azienda Ospedaliero
Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona
p. 12 a cura di L. Laudicina, E. Simonetti, S. Ortolani p. 24p. 12 L'intervento educativo nella gestione
dell'aumento ponderale in un setting
di salute mentale: il ruolo dell'infermiere
p. 14 a cura di S. Impicci, P. Ricchiuto, C. M. Giambartolomei p. 25

DIREZIONE, AMMINISTRAZIONE E REDAZIONE

Via Ruggeri 3/N,
60131 Ancona
Tel. 071 205516
Fax 071 2077491
info@ipasviancona.it

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Lorenzo Possanzini

COMITATO EDITORIALE Gruppo Rivista OPI Ancona

Roberto Canestrone
Annamaria Frascati
Cinzia Giambartolomei
Rosa Stoico
Antonio Pio Tortorelli

PROGETTO GRAFICO E STAMPA

Tipografia Luce - Osimo

DISEGNO IN COPERTINA

Patrizia Prospitti

PROFESSIONE DI OSTETRICA

EDITORIALE

a cura di Margherita Piermaria

AREA SCIENTIFICA

p. 27 Allattamento al seno e Pops
a cura di Chiara Lazzarini p. 28

EDITORIALE

Giuseppino Conti

Presidente



Cari Colleghi, sta per concludersi il primo anno di attività

del nuovo Consiglio amministrativo del nostro Ordine.

Fin dal momento dell'insediamento, abbiamo intrapreso politiche di valorizzazione della nostra figura nel tentativo di riportare con maggior vigore l'infermiere al centro delle dinamiche di trasformazione sociale.

È stato un periodo, questo, in cui abbiamo lavorato molto affinché gli infermieri iscritti potessero sentirsi degnamente rappresentati e rispettati, sia eticamente, sia professionalmente. Numerose sono state le segnalazioni qui giunte dai nostri iscritti per demansionamento, provenienti sia dal pubblico che dal privato. La presa di coscienza e l'attivazione sono assai importanti, giacché lo svolgimento di procedure non contemplate dal profilo infermieristico può determinare l'impovertimento della capacità professionale e creare ripercussioni negative sui futuri rapporti di lavoro con conseguente danno alla salute della persona, dei pazienti in particolare.

Abbiamo lottato inoltre per far sì che gli operatori tecnici e socio sanitari siano esclusi dal coordinamento e pianificazione dell'assistenza infermieristica (vedi interruzioni corsi RAA).

L'unico professionista addetto a questo compito è il Coordinatore Infermieristico con un Master di I livello nel campo di che trattasi e l'Infermiere.

Sono stati effettuati interventi su segnalazione anche a farmacie della provincia di Ancona che svolgevano abusivamente elettrocardiogrammi valendosi di personale non sanitario. Anche qui, gli unici preposti all'effettuazione della prestazione sono il medico e l'infermiere. Si coglie l'occasione, a tal proposito, per invitare tutti i colleghi a comunicare situazioni similari.

Ricordo ancora che, per obbligo di legge, a partire dal nuovo anno 2019, O.P.I. rivolgerà tutte le comunicazioni agli iscritti tramite PEC, invito pertanto chi ancora non abbia provveduto a crearne subito una, facendo presente che il nostro Ordine è a disposizione per la realizzazione di una PEC gratuita. Si invitano,

invece, coloro che siano già in possesso a comunicarne l'indirizzo. In questo numero, a parte, è contenuta approfondita spiegazione dell'importanza della PEC, con il preavviso di una lettera che arriverà a breve a chi non sia ancora regolarizzato.

Infine, come avete potuto notare anche dalla copertina, l'Ordine, dopo aver indetto una riunione per raccogliere il consenso degli iscritti, ha acquistato un immobile, sempre nel medesimo stabile dell'attuale sede, ma con ingresso nel portone adiacente. L'acquisizione in proprietà dei nuovi locali dell'Ente è un obiettivo che ci eravamo prefissati all'inizio del nostro mandato, per tale ragione siamo orgogliosi del risultato raggiunto: un "regalo" di Natale arrivato al momento opportuno.

Insomma, come ben capite, è stato un anno colmo di impegni su tutti i fronti, e mi auspico che anche il successivo possa essere ricco di traguardi sempre più gratificanti e utili.

A questo punto non resta che augurarvi, a nome mio e del Consiglio intero un Buon Natale e un felice 2019 cospicuo di soddisfazioni e salute.



Carenza infermieri in tutta Italia

a cura di Lorenzo Possanzini

Da un'analisi del Centro Studi della Federazione Nazionale degli Ordini degli Infermieri, sui dati del Conto annuale 2016 del ministero dell'Economia, emerge una carenza di circa 50.000 infermieri in tutta Italia. Secondo l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico ogni medico avrebbe bisogno di almeno 3 infermieri per coprire 24 ore su 24 l'assistenza al paziente. Considerando questi dati, in Italia solo cinque regioni hanno il giusto numero di personale infermieristico: Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Veneto,

Molise e la provincia autonoma di Bolzano. Il resto d'Italia presenta carenze regionali che vanno dai 9.755 infermieri della Sicilia fino ai 616 della nostra regione. A preoccupare, di conseguenza, vi è anche il rapporto tra assistenza e pazienti che in regime ottimale è di uno a sei, ma purtroppo in Italia la situazione è tutt'altra: ogni infermiere accudisce contemporaneamente circa undici pazienti e quindi decisamente troppi per poter dedicare a ogni malato il giusto tempo e le dovute attenzioni (Figura 1) Inoltre come possiamo osservare dall'immagine nessuna regione italiana

riesce ad entrare nel range stabilito. In Campania arriviamo addirittura a 17 ammalati per infermiere. Questo netto divario appena citato potrebbe comportare un aumento del rischio di complicanze sia per il paziente che per gli infermieri stessi facilitando gli errori e portando questi ultimi a non rispettare alcune comuni norme o non aderire agli standard di comportamento. Per non parlare poi del sempre più aumentato rischio di burnout, insoddisfazione lavorativa, esaurimento psicofisico e conseguente abbandono della professione. Stare con pochi pazienti, infatti, consentirebbe agli

infermieri di conoscerli bene individuandone precocemente le variazioni cliniche e permettendo loro d'ipotizzare eventuali problemi ed attivare strategie efficaci. Concludendo, in una popolazione che invecchia e che ha bisogno di cure continue, la carenza di personale infermieristico nel lungo termine potrebbe mettere a rischio anche la sostenibilità e l'efficienza dei Servizi Sanitari. Più infermieri significa quindi lavorare con meno degenti e avere un rapporto numerico più vantaggioso migliorandone la qualità assistenziale.

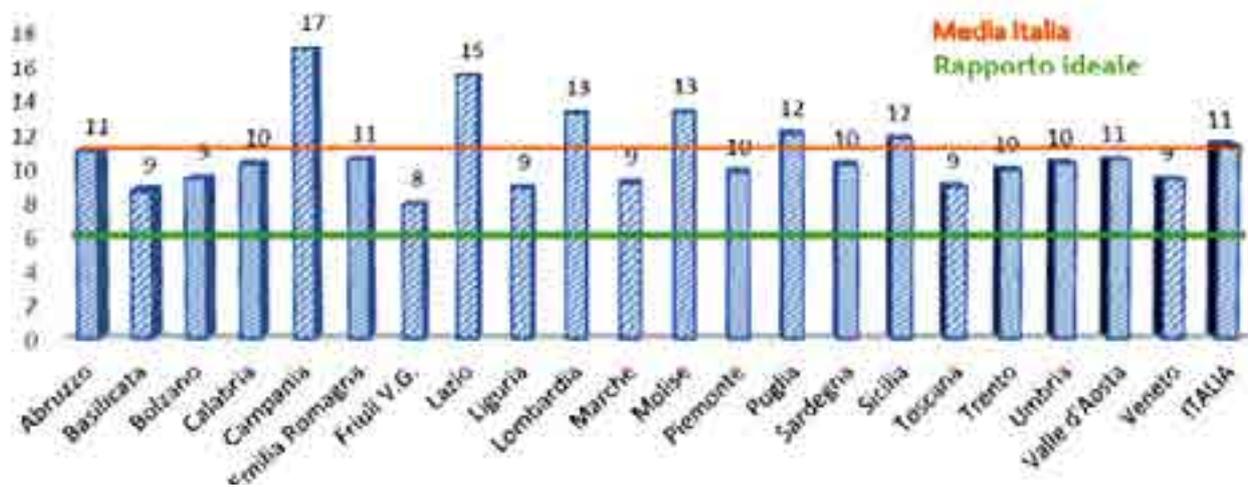
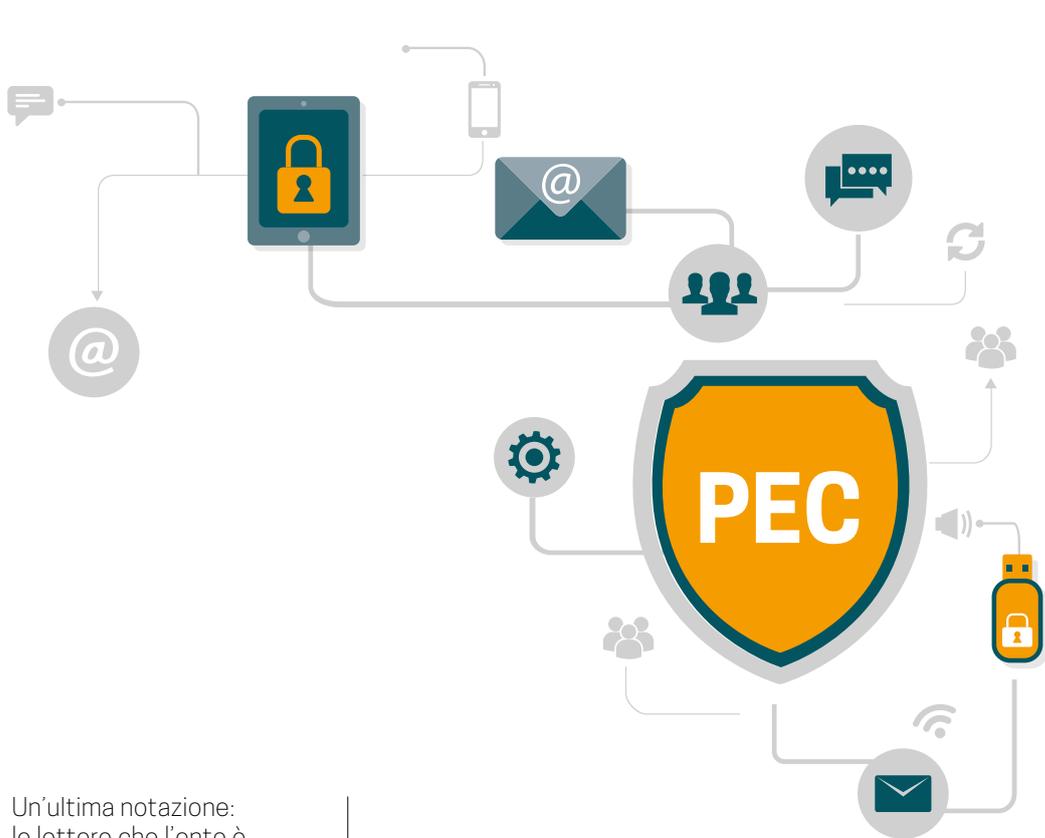


Figura 1
(pazienti medi per infermieri dipendente ssn)

L'ordine ritorna sull'argomento della PEC obbligatoria

a cura del Gruppo Web

Come detto nel n. 2/2017 di questa rivista, ogni iscritto all'Ordine Professionale ha l'obbligo normativo di istituire la Posta Elettronica Certificata. Con rammarico, abbiamo constatato che il sollecito a suo tempo effettuato non ha prodotto i risultati sperati. La necessità di sanare la situazione ci induce a pubblicare qui di seguito la lettera che stiamo per inviare ad un primo gruppo di colleghi. Ivi, nel rimarcare la gravità della violazione di legge, si concede un termine perentorio per la messa in regola e si preannuncia la valutazione, anche sotto il profilo disciplinare, del comportamento inadempiente, con ogni conseguenza. In verità, avendo questo Ente messo a disposizione ogni forma di collaborazione volta anche ad una istituzione gratuita della PEC, non è dato comprendere per quale motivo gli iscritti abbiano fino ad oggi mantenuto il comportamento omissivo. Ora non v'è più tempo, anche perché a partire dal nuovo anno 2019, OPI rivolgerà tutte le comunicazioni agli iscritti via PEC, con conseguenti rischi da parte di chi non sarà attrezzato per riceverle, oltre ai profili disciplinari.



Un'ultima notazione: le lettere che l'ente è costretto ancora ad inviare, comportano un costo che potrebbe essere tranquillamente evitato nel comune interesse. Ciò, oltre al resto, ci induce a stringere i tempi e ad essere perentori. Per quanto sopra esposto, confidiamo nel fatto che voi, preso atto della lettera e del suo contenuto, vogliate spontaneamente e senza indugio adoperarvi per mettervi in regola, confermando la disponibilità ad assistervi gratuitamente, provvedendo direttamente alla creazione della Casella di Posta Certificata.

Di seguito si riportano:

- Comunicazione a firma del Presidente dell'Ordine che verrà inviata agli inadempienti;
- Modulo richiesta PEC (allegato 1) scaricabile direttamente dal sito (www.ipasviancona.it) da inviare compilato via mail (info@ipasviancona.it) con l'aggiunta di un documento d'identità e

codice fiscale o tessera sanitaria;

- Modulo per chi è già in possesso di PEC non attivata dall'ordine e deve solamente comunicarcela (allegato 2) scaricabile direttamente dal sito (www.ipasviancona.it) e da inviare compilato via mail (info@ipasvianconan.it) con l'aggiunta di un documento d'identità.

Nuova Sede OPI Ancona

a cura del Gruppo Legale

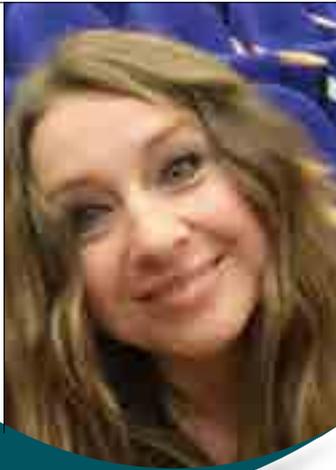


Come deciso nell'assemblea straordinaria del 12 Aprile 2018 il Consiglio Direttivo ha dato

corso a quanto stabilito e nel mese di ottobre ha provveduto ad acquistare una nuova sede per offrire ai suoi iscritti un servizio sempre migliore.

La nuova sede è ubicata nello stesso stabile dove è ora la sede O.P.I. di Ancona, quindi facilmente raggiungibile. Sarà nostra premura

comunicare la data della prossima inaugurazione per far conoscere a tutti la nuova veste dell'Ordine delle Professioni infermieristiche di Ancona.



12 Maggio: Giornata Internazionale dell'Infermiere

a cura di *Cristiana Angeloni*



Lil 12 Maggio si è svolta la Giornata Internazionale dell'infermiere. La scelta non è stata casuale infatti proprio in tale data nel 1820 nacque Florence Nightingale a cui si attribuisce la "maternità" della Scienza Infermieristica. In tutta Italia, questa giornata è promossa dalla Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (F.N.O.P.I.) che sostenendo questa celebrazione dal 1992 favorisce la divulgazione della cultura infermieristica, la valorizzazione del senso di responsabilità degli infermieri e la sensibilizzazione di tematiche quali la solidarietà ed il rapporto con il paziente. Il nostro Ordine, presente con una propria delegazione in Piazza Pertini ad Ancona, ha organizzato una giornata dedicata all'educazione

sanitaria incentrandola sulle attività di primo soccorso. In tale occasione sono state fornite dimostrazioni



pratiche della sequenza delle manovre di B.L.S.D. (Basic Life Support Defibrillation) e la possibilità di apprendere le modalità di rilevazione dei parametri vitali quali la pressione arteriosa e la glicemia. In tale contesto sono

state numerose le persone incuriosite che si sono avvicinate e hanno controllato i parametri appena citati. Non sono mancati anche i più audaci che hanno sperimentato le manovre salvavita su manichini

messi a disposizione dall'Associazione Salvamento, Centro di Formazione Regionale di Ancona. Una giornata dedicata all'infermiere e nello stesso tempo ai cittadini che hanno apprezzato l'iniziativa, realizzata al fine d'incentivare la tutela della salute della comunità attraverso la prestazione di servizi infermieristici competenti e la creazione di un ambiente favorevole che possa rispondere ai bisogni di salute emergenti. Sicuramente l'iniziativa potrà essere riproposta visto l'impatto positivo sulla cittadinanza.



L'Angolo dei libri

a cura di Sonia Pepe

Leggere aiuta a stare meglio. L'iniziativa di allestire uno spazio dedicato alla lettura, creato nel reparto di Clinica Medica all'interno dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti Ancona, è nata ed è stata resa possibile grazie alla donazione di alcuni libri. Accanto a carrozzine e deambulatori sono a disposizione dei pazienti, dei familiari e di quanti frequentano il reparto, una serie di riviste, giornali, libri di storia, narrativa e poesie, con la speranza che possano servire ad alleviare la degenza, nella consapevolezza che proprio la lettura rappresenti un valido sostegno terapeutico che contribuisce al benessere e alla guarigione. I libri possono essere utilizzati gratuitamente, chiunque può prenderli in prestito, purché non vengano danneggiati e siano restituiti al termine della lettura. L'iniziativa è stata accolta con entusiasmo e curiosità da parte dei pazienti, di seguito vengono riportate alcune testimonianze che sono state lasciate su un quaderno dedicato: "Per i malati della Clinica Medica il piacere della lettura è stata un'iniziativa molto gradita. il libro aiuta a dimenticare l'ansia, la paura e le lunghe ore di attesa." Grazie N.D.S.



"Siamo arrivati oggi, non abbiamo molte speranze, purtroppo... l'unica cosa bella è aver trovato questi libri che ci aiuteranno a trascorrere meglio queste lunghe ore". Grazie R.

"Oggi nuovo ricovero, da dieci anni qui, negli ultimi due forse un po' troppo spesso... ogni volta 450 chilometri, ma non vi cambierei per nulla al mondo". Grazie per questi libri S.

"Dopo una lunga e complessa storia clinica arriva il ricovero in clinica medica, dove ho anche trovato un'atmosfera accogliente e rilassata, la possibilità di usufruire di una

piccola biblioteca è un modo molto efficace e utile a far sentire meno soli, perché in compagnia di un libro non si è mai soli". Grazie V.

Con la premessa che la lettura aiuti a raccogliere i pensieri e le energie necessarie per affrontare difficili realtà, invitiamo i nostri lettori a donare qualche libro.

L'ampliamento di questa piccola biblioteca è il nostro primo passo per avere nuovi titoli, più testi e, soprattutto, la possibilità di offrire ai degenti un ampio repertorio di letture.





La Clownterapia nel costesto socio-sanitario: come funziona e come si inserisce in un piano di assistenza infermieristico.

a cura di Patrizia Petetta (Dott.ssa Briciola)

Sin dalla formazione universitaria, la riflessione infermieristica ha uno dei suoi punti fermi nell'approccio olistico e sistemico della persona: basti pensare alle teorie del Nursing e agli strumenti che si sono sviluppati in seguito a queste per favorire lo sviluppo di un processo di assistenza sempre più personalizzato e incentrato sulle esigenze della persona. Per citare uno di questi strumenti, basti pensare ai modelli funzionali di Marjory Gordon che negli anni '70 ha formulato undici sistemi che sintetizzano le esigenze del paziente preso in cura. Ogni apparato può condizionare l'altro, sia che faccia parte della sfera emotiva che di quella fisica. Per questo motivo l'assistenza infermieristica

si è fatta sempre più attenta ma anche più complessa, definendosi sempre di più un'insieme di arte e scienza, proprio come sempre la definiva la fondatrice Florence Nightingale. Questo articolo ha lo scopo di inserire in questo processo infermieristico un valido alleato, che possa supportare aspetti come il coping, l'empowerment e la diminuzione dell'ansia del paziente. Questo alleato è molto sottovalutato ma si sta facendo sempre più spazio nelle corsie ospedaliere; è sempre più presente in quelle pediatriche, ma anche al di fuori di esse si sta dimostrando un aiuto per sostenere l'infermiere nella formulazioni di diagnosi come l'ansia, la compromissione dell'adattamento, il coping e

il disturbo del concetto di sé. Questa figura è quella del Clown Dottore, un operatore che, a prescindere dal proprio titolo di studio iniziale, attraverso una lunga e attenta formazione, utilizza l'arte del clown, agendo sulla parte sana dei pazienti, al fine di diminuire le emozioni negative e infonderne di nuove positive. Non è il primo esempio di volontariato che entra in ospedale in supporto alle professioni sanitarie, tant'è che esiste un Decreto a sostegno di questo tipo di attività per venire incontro alle esigenze degli utenti e rappresenta un indice di qualità all'interno delle strutture ospedaliere (D.lgs 502/92). Tuttavia, nonostante sia più facile incontrare Clown Dottori volontari piuttosto che stipendiati, questa

figura si contraddistingue per un'intensa e specifica formazione, che nel caso delle Marche è uniformata da una legge regionale (L.18/2014), che organizza corsi di formazione professionale specifici ai sensi dell'art.10 della L.R. n.16/1990. L'Associazione "Il Baule dei Sogni" ONLUS di Ancona, è capofila e fautrice della suddetta legge regionale, in quanto sin dai tempi della sua nascita, avvenuta nel 2001 come "Ridere per Vivere- Marche", ha sempre dato una grande importanza alla formazione dei suoi volontari clown, che a tutt'oggi vantano 200 ore di formazione teorica e 180 di tirocinio. Questo percorso formativo ha permesso all'Associazione Anconetana di entrare a far parte della Federazione Nazionale





Clown Dottori, che dal 2005 riunisce associazioni di clown terapia attive sul territorio italiano e il cui obiettivo è di fornire linee guida evidence based, e un codice deontologico che identifica gli operatori sia per quanto riguarda la formazione che l'attività in ospedale. L'operato del Clown Dottore si rivela utile anche per quanto concerne l'ambiente in cui è inserito il paziente prima del ricovero, poiché, interagendo con la parte sana, riesce a riattivare la dignità e il concetto di sé della persona ospedalizzata. Nel caso del bambino ricoverato, anche i genitori vengono inclusi inevitabilmente nel piano di assistenza, tant'è che esistono diagnosi che vengono formulate proprio per far sì che l'infermiere sia attento all'ambiente

familiare che può condizionare la degenza del piccolo paziente. In questo senso, il Clown Dottore va ad agire proprio nella compromissione del ruolo genitoriale e nel conflitto in rapporto al ruolo genitoriale. Le diagnosi che vengono citate sono quelle a cui si fa riferimento nella pratica di ogni giorno grazie all'opera "Diagnosi Infermieristiche, applicazione alla pratica clinica" di Carpenito-Moyet. Tornando quindi al ruolo del Clown Dottore, esso si rivela essere di aiuto anche per traghettare il rapporto tra la famiglia e gli operatori sanitari, agendo sull'adattamento alla malattia e l'adesione al percorso di cura, allo scopo di migliorare non solo la degenza ma spesso influenzando anche sui tempi di degenza. Numerosi studi infatti accertano come la presenza di un Clown Dottore aiuti anche la terapia a agire in tempi più rapidi; per quanto riguarda l'assistenza, numerose sono le testimonianze di infermieri e medici che affermano come la presenza del clown aiuti il paziente a distrarsi o a accettare meglio le procedure legate alla loro condizione. Tutto ciò influisce sicuramente sui tempi delle singole procedure, ma soprattutto sulla costruzione di un clima basato sulla fiducia e un imprinting positivo, che altrimenti andrebbe a rendere l'esperienza

dell'ospedalizzazione estremamente traumatizzante. Elemento da non sottovalutare è il fatto che un Clown Dottore non si impone mai nella stanza dei pazienti, e questo aiuta anche l'autodeterminazione e a riappropriarsi del proprio potenziale: questo è il motivo per cui il clown bussa sempre prima di entrare e usa sempre un trucco tenue e abiti non troppo eccessivi. Per via della formazione incentrata non solo sull'arte del clown e l'improvvisazione comica, ma anche sull'empatia, l'ascolto attivo e la psicologia positiva, i Clown Dottori vengono spesso chiamati a fare formazione anche agli stessi operatori sanitari per migliorare il lavoro di équipe e prevenire il burn out. Ultimo evento formativo



Clown&clown Festival di Monte San Giusto, che ormai da anni accoglie la causa della clown terapia ospitando la realtà della Federazione con eventi formativi per sanitari e non solo. Per avere ulteriori informazioni su questa tematica segnaliamo il libro "La Clownterapia: teoria e pratiche" di Alberto Dionigi e il sito della Federazione Nazionale Clown Dottori



ECM da segnalare è quello organizzato da "Il Baule dei Sogni" e dalla Federazione Nazionale Clown Dottori, proprio durante l'evento

in cui è inserito il codice deontologico e la storia della clown terapia in Italia e l'elenco delle associazioni attive in Italia.



La Chirurgia Robotica

a cura di Claudia Ponzio

Il termine chirurgia robotica indica un tipo di procedura chirurgica effettuata grazie a tecnologie avanzate, che prevedono l'utilizzo di una sofisticata piattaforma in grado di riprodurre, miniaturizzandoli, i movimenti della mano umana all'interno delle cavità corporee, o comunque nel campo operatorio. Denominata anche telemanipolazione computer-assistita, rappresenta allo stato attuale l'ultimo gradino nello sviluppo delle innovazioni tecnologiche applicate alla chirurgia. Il termine "robot" fu coniato dallo scrittore ceco Karel Čapek nel suo romanzo di fantascienza "R.U.R.", deriva dalla parola ceca robota (che significa "lavoro") e veniva usato per indicare degli androidi replicanti, progettati per liberare l'uomo dalla schiavitù e dalla fatica fisica. Nell'accezione più frequente si definiscono "robotiche" le macchine in grado di svolgere in autonomia anche funzioni complesse, che prevedano un'interazione attiva con l'ambiente; pertanto questo termine può essere considerato improprio nel campo chirurgico, poiché lascia dedurre un'autonomia decisionale della macchina che ad oggi non esiste. La storia della chirurgia robotica ha inizio alla fine degli anni '50, quando fu messo a punto dal Pentagono il primo dispositivo chirurgico robotico, denominato

Robotic Assisted Micro Surgery (RAMS) con l'obiettivo di curare i feriti di guerra da postazioni remote. Sperimentazione che non andò a buon fine a causa delle difficoltà di trasmissione del segnale ma aprì la strada verso l'era robotica. Il primo robot chirurgico è stato il Puma 560 nel 1985 e veniva usato per eseguire biopsie neurochirurgiche. Poco dopo vennero introdotti Sistemi più avanzati ed estesi anche alla chirurgia del ginocchio e dell'anca. Da allora sono stati fatti numerosi passi avanti e, arrivando all'ultimo decennio, certamente si devono annoverare (e prendere come esempi) due dispositivi che per un certo periodo si sono contesi il mercato mondiale, soprattutto nordamericano. L'Intuitive Surgical Inc brevettò lo SRI Green Telepresence Surgery System, utilizzandolo per la prima volta in Europa nel 1998 in un intervento di cardiocirurgia, in seguito lo rinominò Sistema da Vinci, in onore dello scienziato italiano che già nel 1400 immaginò una macchina automatica azionata da carrucole e fili. Il robot da Vinci ha ricevuto l'approvazione della FDA nel 2000 e ha man mano acquisito fette sempre maggiori di mercato, arrivando ad avere il monopolio nella vendita dei robot chirurgici. I vantaggi della chirurgia robotica riguardano allo



stesso modo sia il chirurgo che il paziente. Per quanto riguarda il chirurgo il sistema da Vinci:

- aumenta il comfort durante l'operazione chirurgica grazie all'ergonomia della console, senza far diminuire la precisione dell'intervento;
- offre la possibilità di vedere il campo operatorio in tre dimensioni e di utilizzare movimenti naturali simili a quelli delle mani e delle braccia, diversamente dalla chirurgia robotica;
- riesce a filtrare e rendere pressoché impossibili eventuali tremori dell'operatore alla console;
- elimina l'effetto fulcro, tipico della laparoscopia, consentendo al chirurgo di eseguire movimenti più normali, tipici della chirurgia open;
- consente un'estrema facilità di accesso ad anatomie "difficilissime";
- incrementa notevolmente la precisione nella procedura demolitiva e in quella ricostruttiva. Dal punto di vista del paziente, invece, anche a seconda del tipo di intervento a cui è sottoposto, questa nuova tecnologia:
- Prevede incisioni minime con notevole diminuzione del dolore post-operatorio;
- Limita le perdite di sangue e quindi la necessità di trasfusioni;
- Riduce la probabilità di infezioni del sito chirurgico;
- Riduce notevolmente i tempi di recupero e quindi favorisce un più rapido ritorno alla normalità;
- Riduce l'ospedalizzazione con un risparmio non trascurabile dal punto di vista economico.
- Per quanto riguarda gli svantaggi della chirurgia robotica, invece, essi si focalizzano intorno a tre aree:
- Costo del sistema e del materiale;
- Set up della macchina e logistica (necessità di una sala di dimensioni adeguate, la comunicazione tra chirurgo ed operatori è fatalmente ridotta);
- Sicurezza (si pensi alla mancanza di feedback tattile).

Qui di seguito tratteremo l'utilizzo della tecnologia robotica nel reparto di Week Surgery Urologia dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni

Battista di Torino durante l'intervento di K prostatico.

RUOLO INFERMIERISTICO PRE OPERATORIO

Il ruolo dell'infermiere nel preoperatorio non cambia rispetto a quello svolto durante gli altri interventi. L'accettazione del paziente prevede, come consuetudine, un controllo dei parametri di base (PAO, FC TC SO2), la revisione della documentazione preoperatoria (ECG, Rx torace, routine chirurgica, gruppo ABO e visita anestesiológica) Il paziente viene lasciato a digiuno anche dai liquidi per 24 ore dopo la somministrazione di una cena leggera e successivamente si effettua la tricotomia dell'area interessata. La sera prima dell'intervento il paziente è inoltre sottoposto ad una profilassi anti tromboembolica con EPBM ed invitato ad effettuare una doccia con sapone antisettico, mentre nel giorno stesso della seduta operatoria vengono fatte rimuovere le eventuali protesi e indossate le calze atitromboemboliche.

INTERVENTO CHIRURGICO

L'intervento di prostatectomia radicale robotica è eseguito in anestesia generale. Il paziente è quindi posizionato con le gambe appoggiate su gambali, divaricati per consentire l'ingresso del robot. Si procede al posizionamento dei trocar: si esegue una piccola incisione sovra-ombelicale e si posiziona un dispositivo che consente di inserire il trocar dell'ottica, di creare lo pneumoperitoneo (insufflando CO2 nell'addome) e, durante la procedura, di togliere la prostata dopo averla asportata in modo da chinare i margini nelle sedi suggerite dalla RMN mp e inviarla in anatomia patologica per l'esame estemporaneo al congelatore. In visione si procede al posizionamento degli altri trocar, 3 robotici gestiti

dal primo operatore e 2 per l'assistente, il paziente è quindi messo in Trendelemburg, vale a dire inclinato a 30° con la testa in basso per far scivolare l'intestino verso il diaframma e creare lo spazio operatorio; e si collega il robot. Da questo momento inizia l'intervento di prostatectomia vera e propria che si conclude in circa 2 ore e 30 e può prevedere a seconda delle caratteristiche della malattia l'asportazione anche dei linfonodi locoregionali. Appena terminato il tempo demolitivo la prostata è rimossa, chinata e inviata all'anatomia patologica. Questa operazione non prolunga il tempo chirurgico poiché grazie al dispositivo usato l'estrazione della prostata richiede mediamente un paio di minuti e il chirurgo procede con l'intervento (eventuale linfadenectomia, emostasi e parte ricostruttiva) attendendo la risposta del patologo, pronto a eseguire un'eventuale radicalizzazione. In questo modo è possibile preservare i nervi erigenti e ottenere allo stesso tempo un valido risultato oncologico, riducendo, grazie alla risposta del patologo, il rischio margini chirurgici positivi; è ovvio ribadire che in caso di malattia localmente avanzata che coinvolga le strutture nervose adiacenti, queste ultime devono essere scarificate per ottenere la radicalità oncologica e in questo caso permarrà un deficit della funzione sessuale. Il paziente, terminato l'intervento chirurgico è monitorizzato nel blocco operatorio per rientrare in reparto a distanza di un paio d'ore circa.

POST OPERATORIO

Al rientro in reparto il paziente avrà un drenaggio - che nella maggioranza dei casi (se la portata lo consente) è rimosso dopo le ore 12 del primo giorno postoperatorio - e un catetere vescicale che terrà fino alla completa cicatrizzazione

dell'anastomosi vescicouretrale, verificata attraverso l'esecuzione di un esame radiologico chiamato cistografia che si esegue in quinta giornata postoperatoria. Nell'immediato postoperatorio il paziente riceve terapia infusiva: idratazione, antibiotica se necessaria (prima somministrazione in sala operatoria), analgesica tramite elastomero antalgico e antidolorifici al bisogno, eventuali antiemetici o antipertensivi e dal giorno successivo l'intervento riprende la profilassi con eparina a basso peso molecolare. Il controllo del dolore è ottimo e il paziente supera velocemente il trauma dell'intervento, peraltro minimizzato dalla assenza di incisioni muscolari, riprendendo rapidamente la propria normale attività. Il dolore generalmente riferito è:
- a livello delle spalle, dovuto alla posizione sul letto operatorio e si risolve rapidamente,
- a livello addominale da ripresa della canalizzazione intestinale che scompare alla ripresa della stessa,
- fastidio in sede perineale per la presenza del punto di ricostruzione posteriore del complesso sfinteriale vescico-uretrale che può essere avvertito, in misura sempre più lieve, per qualche settimana. La minima invasività di questa particolare tecnica chirurgica fa sì che il paziente riprenda anche ad alimentarsi a partire dalla prima giornata, e dalla seconda assuma una dieta leggera. La ricanalizzazione ai gas segna il confine per la ripresa di una dieta normale. Il paziente è fatto alzare dal letto in prima giornata e, compatibilmente con la naturale ripresa delle sue energie, è mobilitato in misura sempre maggiore. Il movimento è un ottimo alleato, favorendo la ripresa della circolazione sanguigna, nell'evitare la formazione di trombi alle vene degli arti inferiori e nel facilitare la ripresa della attività intestinale. Si eseguono di

routine prelievi ematici in prima e seconda giornata postoperatoria mentre i controlli routinari dei parametri vitali, la medicazione e il controllo del dolore sono sovrapponibili a quelli di un paziente chirurgico. Particolare attenzione va tenuta per un più elevato rischio di sanguinamento /controllo delle perdite da drenaggio) e rischio di infezioni. Riguardo alla verifica del dolore, c'è da sottolineare che oltre a quello addominale il paziente potrà lamentare dolenza più o meno importante alla spalla (correlato alla posizione di Trendelburg) e fastidio agli occhi (causati dall'irritazione della cornea, riconducibili al posizionamento sul letto operatorio). Il paziente verrà dimesso, se non sono presenti complicanze, nel giro di 3/5 giorni con il catetere vescicale a tutela del postoperatorio che verrà rimosso dopo una settimana.

COMPLICANZE

Si dividono in precoci e tardive.

PRECOCI

- Emorragia: essa prevede il ricorso a trasfusioni di sangue;
- Cefalea/ dolore alle spalle;
- Lesione del retto o dei grandi vasi del bacino;
- Possibilità di dover convertire l'intervento chirurgico laparoscopico-robotico in intervento chirurgico tradizionale a cielo aperto (classica incisione sotto-ombelico-pubica)
- Infezione della ferita chirurgica;
- Fistola urinosa transitoria;
- Dilatazione renale transitoria;
- Trombosi venosa profonda ed embolia polmonare

TARDIVE

- Spandimento urinario
- Addome acuto
- Linfocele
- Sanguinamenti
- Rari casi di incontinenza e disfunzione erettile



Dall'altra parte Paziente e Infermiera (...prima o poi succede)

a cura di Emanuela Fagiani



Sono stata chiamata il 21 giugno 2018 e questa volta non per avere un incarico, un posto di ruolo, un trasferimento o presentare una relazione, ma per essere io la paziente.

Io che sono stata sempre dalla parte giusta, dalla parte del forte, dalla parte di chi spiega e fornisce educazione sanitaria, di chi sa quello che fa e accadrà, di chi mette aghi flebo e cerotti impostando le giuste dosi prescritte, di chi attacca elettrodi al corretto posto, di chi posiziona mascherine dell'ossigeno a percentuali efficaci, di chi segue piani terapeutici e percorsi diagnostico-clinico-assistenziale, mi trovo invece dall'altra parte, coricata su un letto di ospedale con ruote aspettando il momento di essere portata in sala operatoria.

La mia collega si affaccenda affinché io venga accompagnata al momento stabilito senza perdite di tempo (perché in ospedale il tempo è prezioso), mi spiega cosa devo mettere, come mi devo comportare e cosa preparare per il ritorno perché poi lei lo sa che i mariti si agitano e non trovano nulla di ciò che serve. Controlla la mia cartella, c'è tutto quello che lei sa essere necessario.

OK si parte; che strano viaggiare su un letto. Conto i fari del soffitto: primo corridoio... 1,2,3,4, altro corridoio, cambia il tipo di soffitto, fari 1,2,3,4, ascensore, durante la discesa mi arriva una carezza

"Preoccupata?" rispondo che ancora non sono impensierita ma tanto la paura arriverà. Ultimo corridoio, siamo arrivati. La sala operatoria è caotica, sono le 7,30 e sono tutti a pieno ritmo poi dicono che quelli del pubblico impiego non se la guadagnano la "pagnotta". Mi parcheggiano, siamo in due ad aspettare. Mi spostano sul lettino scorrevole, l'infermiera della sala operatoria mi rassicura dicendo "Tranquilla, non cadi, sotto c'è un altro letto", io lo so come funziona ma effettivamente la sensazione di cadere resta! Mi chiedono nome cognome data di nascita e cosa devo fare; mille sistemi per evitare errori ma la comunicazione evidentemente resta sempre il metodo più efficace.

Mi preparano, sono veloci, preparati, si vede che sanno cosa fare, sono proprio bravi i miei colleghi della sala operatoria di Torrette. Arriva l'anestesista, mi spiega tutto, è molto gentile e mi chiede se sono agitata, ancora una volta rispondo di no e ne sono stupita, d'altronde io non so che lei mi ha già "stroncato" con un farmaco endovena. Arriva il chirurgo che spiega all'assistente, tanto a me ha già detto. Sento parlare di fiale (1 più 1), sento tanto movimento, tanta gente che lavora intorno a me e per me. Mi aspetto una lieve sedazione e di mantenere una leggera lucidità durante l'intervento. Invece no, piombo nel sonno e mi risveglio a cose fatte. Ci metto un po' a realizzare che l'intervento è finito, gli infermieri, gli stessi

che mi hanno accolto in sala mi dicono "Ti hanno messo i punti riassorbibili, dai che ad agosto sei al mare!" Di nuovo sul lettino scorrevole e in reparto. Fatto. Ma come fatto? lo dovevo controllare! Non ci posso credere. Chi ha controllato al posto mio? Chi si è occupato di me?

Penso a quell'ora di sonno durante la quale medici ed infermieri, ognuno con il loro preciso e codificato ruolo e in sinergia, si sono occupati di me con pazienza, professionalità, attenzione e amorevolezza, sì amorevolezza verso il prossimo chiunque esso sia e in quell'ora ero io. Penso che quelle persone bardate come marziani si sono preoccupate che io non cadessi e fossi nella giusta posizione, che non sentissi dolore, che la mia cuffia e il mio camice fossero ben messi e me li avranno sicuramente aggiustati se per caso si fossero spostati, mi hanno disinfettato e curata scongiurando per me qualsiasi infezione, si sono preoccupati della mia ossigenazione, loro hanno controllato il battito del mio cuore, la temperatura, mi hanno pulita, accudita e risistemata sul letto dove la mia famiglia mi stava aspettando; mi hanno tenuta al sicuro, hanno fatto sì che non mi accadesse niente. Il lavoro di noi infermieri è "tenere al sicuro" ed è straordinario e noi, presi dalla routine di tutti i giorni, spesso non ce ne accorgiamo o ce ne dimentichiamo, non ci rendiamo conto di quanto ogni singola persona si affida a noi e al nostro lavoro soprattutto

nei momenti di fragilità.

Siamo importanti. Ci vengono richiesti pazienza, sacrificio, conoscenze e competenze complesse, ci viene richiesto di saper essere, cioè di saperci relazionare con i pazienti e con i membri dell'equipe. Gli infermieri che io ho incontrato come paziente sanno, sanno essere e sanno fare, tutti. In questo tempo dove troppo spesso si parla di malasanità non posso non parlare oggi della "buona sanità": i medici, gli infermieri, gli OSS sono "buoni", buoni nel senso di competenti, preparati, coordinati, sanno cosa fare e quando farlo. Gli infermieri sono amorevoli e davvero questa frase non l'ho copiata da Papa Francesco, ma mi è venuta unicamente per esprimere quello che ho sentito nel momento in cui ho realizzato che avevo perso il controllo di me stessa. Loro si sono occupati di me. Sono di parte, questo è certo, ma so che in mezzo a tante difficoltà, ristrettezze economiche ed eccessiva burocrazia noi ce la mettiamo tutta per essere "buoni", per dare assistenza e sostegno a chi ne ha bisogno e qualche volta abbiamo pure noi la necessità di sentircelo dire. Ricordiamo sempre che ognuno di noi può fare una piccola differenza e tante piccole differenze messe insieme possono fare una grande unica differenza. Non ci scoraggiamo mai perché siamo davvero bravi. Tutti.

Grazie

CONFERONTO

PERIODICO DELL'ORDINE
DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE
DI ANCONA



PROFESSIONALE

CALENDARIO
2019

GENNAIO

LU MA ME GI VE SA DO

1	01	02	03	04	05	06
2	07	08	09	10	11	12
3	14	15	16	17	18	19
4	21	22	23	24	25	26
5	28	29	30	31		

FEBBRAIO

LU MA ME GI VE SA DO

5				01	02	03
6	04	05	06	07	08	09
7	11	12	13	14	15	16
8	18	19	20	21	22	23
9	25	26	27	28		

MARZO

LU MA ME GI VE SA DO

9				01	02	03
10	04	05	06	07	08	09
11	11	12	13	14	15	16
12	18	19	20	21	22	23
13	25	26	27	28	29	30
						31

OTTOBRE

	LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO
40		01	02	03	04	05	06
41	07	08	09	10	11	12	13
42	14	15	16	17	18	19	20
43	21	22	23	24	25	26	27
44	28	29	30	31			

NOVEMBRE

	LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO
44					01	02	03
45	04	05	06	07	08	09	10
46	11	12	13	14	15	16	17
47	18	19	20	21	22	23	24
48	25	26	27	28	29	30	

DICEMBRE

	LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO
48							01
49	02	03	04	05	06	07	08
50	09	10	11	12	13	14	15
51	16	17	18	19	20	21	22
52	23	24	25	26	27	28	29
1	30	31					

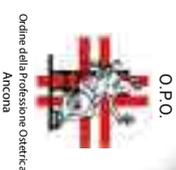


DAI 2019
 L'ORDINE
 COMUNICHERÀ
 SOLO TRAMITE
PECI!

CONFERONTO

PERIODICO DELL'ORDINE
DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE
DI ANCONA

PROFESSIONALE



CALENDARIO
2019

LUGLIO

	LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO
27	01	02	03	04	05	06	07
28	08	09	10	11	12	13	14
29	15	16	17	18	19	20	21
30	22	23	24	25	26	27	28
31	29	30	31				

AGOSTO

	LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO
31				01	02	03	04
32	05	06	07	08	09	10	11
33	12	13	14	15	16	17	18
34	19	20	21	22	23	24	25
35	26	27	28	29	30	31	

SETTEMBRE

	LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO
35							01
36	02	03	04	05	06	07	08
37	09	10	11	12	13	14	15
38	16	17	18	19	20	21	22
39	23	24	25	26	27	28	29
40	30						

APRILE

LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO
						07
14	01	02	03	04	05	06
15	08	09	10	11	12	13
						14
16	15	16	17	18	19	20
						21
17	22	23	24	25	26	27
18	29	30				28

MAGGIO

LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO
						05
18		01	02	03	04	
19	06	07	08	09	10	11
						12
20	13	14	15	16	17	18
						19
21	20	21	22	23	24	25
						26
22	27	28	29	30	31	

GIUGNO

LU	MA	ME	GI	VE	SA	DO
						02
22					01	
23	03	04	05	06	07	08
						09
24	10	11	12	13	14	15
						16
25	17	18	19	20	21	22
						23
26	24	25	26	27	28	29
						30



DAL 2019
 L'ORDINE
 COMUNICHERÀ
 SOLO TRAMITE
PECI!



Il Caregiver: ruolo e formazione per la gestione del paziente complesso. Esperienza nell'Ospedale di Comunità di Loreto (An). Una proposta in essere.



a cura di Annamaria Frascati e Susanna Olmetti

Introduzione

L'attuale panorama sanitario ed il quadro epidemiologico, demografico e tecnologico degli ultimi decenni richiede un cambiamento nelle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria che deve caratterizzarsi per un crescente investimento nelle attività assistenziali a favore di soggetti affetti da patologie croniche. Fino a pochi anni fa l'assistenza sanitaria in Italia era basata su un modello in cui l'ospedale era al centro del servizio sanitario nazionale (legge 833/78) e la medicina del territorio erogava servizi extra-ospedalieri, con il cambiamento evolutivo e la conseguente nuova domanda di salute le leggi successive hanno spostato l'asse della centralità dell'assistenza. Pertanto è richiesta nuova organizzazione sanitaria che investa sulle funzioni assistenziali territoriali, con l'esigenza di un modello organizzativo - gestionale come l'Ospedale di Comunità per una sanità territoriale dove in uno stesso spazio il cittadino trovi riuniti i servizi territoriali ed il coordinamento tra le reti assistenziali. Oggi il territorio e di conseguenza la famiglia hanno assunto un ruolo fondamentale e

in continua crescita nella "presa in carico" di un anziano per tutte le attività di tipo sociosanitario che lo riguardano. Sempre più spesso è la famiglia che si prende cura dei soggetti anziani e fragili con problematiche legate alla cronicità, individuando all'interno di essa una persona che si impegna a prestare cure e dare sostegno al malato/disabile, tale figura è definita CAREGIVER, che significa letteralmente "DONATORE DI CURE".

Il Caregiver dunque assume:

- Ruolo di responsabile attivo nella presa in carico di un secondo individuo;
- Funzione di supporto di cura nei confronti di un individuo che si trova in condizione di difficoltà.

Analisi del problema

Occorre tener presente che i bisogni sanitari dei cittadini sono cambiati essendo mutato il quadro epidemiologico e sociale. L'innalzamento della vita media ha portato ad un aumento delle patologie cronico degenerative legate spesso alla disabilità, dando vita nelle famiglie ad un alto bisogno assistenziale non sempre adeguatamente supportato da politiche di sostegno. Negli ultimi decenni il progressivo aumento dell'aspettativa di vita della popolazione e il conseguente incremento

delle patologie cronico-degenerative, ha comportato l'aumento di bisogni assistenziali a "lungo termine", con implicazioni importanti sui costi che il sistema sanitario deve affrontare per l'assistenza a questo tipo di pazienti affetti da pluripatologie e con un elevato indice di complessità assistenziale.

Da tutto ciò emerge l'importanza di quella persona che all'interno della famiglia assiste un congiunto ammalato e/o disabile, il "caregiver"¹ termine anglosassone con il quale si intende "colui che si prende cura". Assistere una persona cara non autosufficiente ed esserle di aiuto nelle difficoltà di gestione della vita quotidiana costituisce una funzione cardine delle relazioni di convivenza, basate sulla libera scelta e alimentate da motivazioni affettive e sentimentali, pertanto questa funzione di aiuto assume connotati di impegno tali da rendere necessari interventi di sostegno da parte delle istituzioni pubbliche. Gli utenti non sempre hanno a disposizione dei percorsi assistenziali che garantiscono la continuità delle cure, non sono guidati attraverso il SSN da una piattaforma hub di riferimento e spesso utilizzano il Pronto Soccorso con modalità

1 Caregiver Day 2018, www.caregiverday.it

di accesso improprie. I ricoveri Ospedalieri sono quasi sempre motivati dalla mancata presa in carico dell'utente a livello territoriale nella gestione della cronicità a cui si aggiunge l'assenza di un percorso educativo alla dimissione che permetta una migliore gestione dei cittadini che rientrano al proprio domicilio. Tale approccio rappresenta infatti una strategia indispensabile per poter far fronte all'odierno scenario sanitario che è caratterizzato dal progressivo aumento di persone affette da malattie croniche. E' in questo quadro epidemiologico, descritto nel dettaglio nel primo capitolo, che si rilevano le potenzialità dell'educazione in quanto, considera ogni individuo responsabile principale della propria salute, è indirizzata alla prevenzione delle complicanze della patologia, ha come fine ultimo la progressiva autonomia della persona coinvolta e di chi se ne prende cura quotidianamente. L'Educazione terapeutica, affermano le autrici, "è parte integrante della presa in carico e del trattamento sanitario"².

Per affrontare questa sfida, è necessario attivare un cambiamento sostanziale delle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria e soprattutto occorre concentrarsi sull'assistenza territoriale, a discapito di quella ospedaliera, ponendo particolare attenzione al coordinamento tra le reti assistenziali.

Obiettivo

Per poter realizzare con efficacia ed efficienza il riequilibrio ospedale-territorio occorre prima di tutto una vera integrazione tra le parti per la condivisione di processi assistenziali (PDTA).



Le difficoltà sono state e sono ancora molte, oltre a quelle legate alla tipologia di strutture presenti sul nostro territorio, spesso vecchie e obsolete, ci sono quelle legate ad un uso inappropriato dei servizi sanitari, ne sono un esempio gli accessi impropri al pronto soccorso (codici bianchi), che comportano un uso inadeguato di risorse anche umane che vengono distolte dai casi gravi, e di un aumento dei tempi di attesa che comporta una percezione negativa da parte degli utenti.

Per questo è fondamentale la riorganizzazione del Sistema Sanitario, che deve passare da una logica di "prestazioni" ad una logica di "presa in

carico" del paziente, ci deve essere cioè una continuità assistenziale e affinché questo accada è necessario un potenziamento per le attività sul territorio.

La nuova domanda di salute necessita di un riequilibrio tra ospedale e territorio con:

- La trasformazione degli ospedali in strutture che trattano gli acuti;
- Il trasferimento a strutture di cure intermedie delle prestazioni meno complesse e dei servizi legati ai bisogni di assistenza (cronicità e disabilità).

L'Ospedale di Comunità³ è un modello associativo presente nell'ambito distrettuale dove si sviluppano le cure primarie

e quelle intermedie. Possono accedere all'O.d.C. pazienti con patologie acute e patologie croniche riacutizzate che necessitano di completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (15-20 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. Gli ospiti necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità. E' necessario inoltre garantire la continuità assistenziale attraverso la dimissione protetta, garantendo l'empowerment dei pazienti e dei caregiver, tramite

² Educazione terapeutica. Metodologia e applicazioni, Carocci Faber, nuova ediz. 2015

³ DGRM 139/2016 Adeguamento delle Case della Salute tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità



DESIGNED BY RAWPIXEL.COM / FREEPIK

l'addestramento alla migliore gestione possibile delle attuali condizioni cliniche e terapeutiche, al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità al fine di evitare ricoveri impropri, soddisfare i bisogni dei cittadini con patologie croniche che richiedono un elevato grado di protezione.

Strategie ed azioni

Negli ultimi anni abbiamo assistito a tre fenomeni che hanno creato una situazione di complessità nell'assistenza alla persona non autosufficiente al momento della dimissione ospedaliera (Shepperd et al., 2010):

- Le politiche sanitarie hanno portato ad una riduzione dei

tempi di ricovero con una conseguente condizione di convalescenza del paziente al momento della dimissione, in quanto ancora bisognoso di cure mediche, assistenziali e riabilitative;

- La complessità del soggetto che passata la fase dell'acuzie è in condizioni di fragilità;
- I mutamenti sociologici che hanno portato ad uno scenario con famiglie che spesso non sono in grado di accogliere e curare una persona anziana.

La risposta informale di tipo familiare consiste nel trovare all'interno del nucleo familiare stesso un caregiver o affidarsi ad un assistente esterno. Il caregiver è un "donatore di cura", quindi con questo termine si indicano familiari, i parenti, gli amici di una persona anziana o non autosufficiente che la aiutano a svolgere le normali attività della vita quotidiana, spesso si tratta di assistenza continua, giorno e notte, in virtù di forti legami affettivi. Le persone coinvolte nella relazione, il caregiver e l'anziano assistito, hanno pari dignità, ma vivono in una situazione di grande disparità; il ruolo del caregiver è quello di fornire supporto assistenziale oltre che sostegno psicologico e affettivo all'assistito. Entrano così in gioco numerose abilità e competenze: saper comunicare, sviluppare empatia, saper ascoltare e saper riconoscere le proprie emozioni⁴ Nel nostro paese sono prevalentemente le famiglie a occuparsi degli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti, garantendo direttamente l'assistenza, solitamente sono le mogli, i figli, le conviventi, la madri nei casi di disabili giovani, a volte (oggi sempre più spesso), vengono assunte delle badanti. Particolare attenzione è stata

posta nella progettazione di un corso di formazione per caregiver al fine di:

- Rispondere ai bisogni dei pazienti e dei familiari, che al momento della dimissione non hanno le necessarie informazioni per gestire il proprio caro in modo adeguato;
- Facilitare i caregiver nell'apprendimento di quanto indicato negli obiettivi previsti;
- Favorire l'acquisizione delle abilità previste.

Diverse sono state le fasi di preparazione al corso tra cui reclutare i docenti (infermieri ed oss che hanno formato un Gruppo di miglioramento), individuare la aree da indagare per la trasmissione delle informazioni utili, organizzare il materiale (slide, opuscoli.....), trovare e preparare l'ambiente idoneo, organizzare gli incontri, prima tra i relatori poi con i caregiver, invitare i partecipanti.

Il corso, dal titolo "Il Caregiver: figura cardine per la sostenibilità della presa in carico del paziente complesso", si è articolato in quattro incontri della durata di tre ore l'uno circa. Gli argomenti trattati hanno riguardato l'alimentazione, l'igiene personale nel paziente più complesso, la movimentazione dei carichi, la prevenzione delle cadute e alcuni di carattere tecnico su come richiedere i presidi a domicilio o come fare la richiesta di domanda di invalidità civile; precisamente erano presenti anche un'assistente sociale e una collaboratrice di un ufficio protesi, infatti quasi sempre le persone che si trovano ad ESSERE dei caregiver non sanno dove e a chi rivolgersi al momento della dimissione. Sono stati somministrati dei questionari, uno all'inizio del corso di tipo conoscitivo, e uno alla fine del corso per verificare l'apprendimento ed il gradimento dell'evento.

Conclusioni

Gli Ospedali di Comunità sono un ottimo strumento di integrazione tra gli ospedali e il territorio, ed al loro interno è possibile far fronte alle esigenze della popolazione con patologia cronica, e prevedere un percorso di dimissione protetta per il possibile rientro a domicilio attraverso percorsi educativi. Si è reso necessario un percorso di sostegno, informazione ed istruzione per la gestione del paziente complesso che afferisce in tali strutture e che successivamente dovrà essere gestito nel proprio domicilio.

L'evento formativo ha avuto un impatto positivo sui partecipanti; è stato ben accolto ed ha fornito competenze specifiche e di conseguenza ha trasmesso sicurezza e anche orgoglio nello svolgere il ruolo del CAREGIVER, che era lo scopo principale del corso. Le colleghe docenti sono state molto soddisfatte e ripagate della fatica e del tempo impiegato per la progettazione e realizzazione del progetto.

E' emersa l'importanza della FORMAZIONE a tutti i livelli, ma soprattutto è il risultato che DARE ASSISTENZA significa somministrare una terapia il cui principio attivo è l'amore, specialmente quando si tratta di un familiare, disabile, anziano o comunque malato, terapia che deve essere applicata nelle varie strutture ospedaliere.

Ottimizzare e riprogrammare tale questo percorso educativo strutturato per l'infermiere risulta avere un ruolo più incisivo, essendo figure olistiche e di intermediazione tra medico e paziente, e possono svolgere una funzione educativa nei confronti della famiglia, o più in generale del caregiver che accoglierà nuovamente il paziente a domicilio.

⁴ "Argento Attivo" è un progetto approvato e finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del Programma CCM 2015

L'infermiere e il paziente affetto da bulimia: revisione della letteratura

a cura di *M. Gravina, **F. Gallone, S. Ortolani***

*Infermiera Paolo Ricci Macerata, **Infermiera ASUR MARCHE A.V.3, ***Direttore ADP CdL Infermieristica Ancona

ABSTRACT

Introduzione:

In Italia sono fra i 2 e i 3 milioni le persone con DCA. Il 95.9% degli individui affetti sono donne e l'eziologia è multifattoriale. Il nostro lavoro ha avuto obbiettivo quello di effettuare una revisione della letteratura scientifica sull'assistenza infermieristica nel paziente affetto da Bulimia Nervosa.

Materiali e metodi:

Per la realizzazione dello studio i database consultati sono stati: ILISI, Cochrane e Pubmed mentre i criteri di inclusione hanno compreso: trial clinici, review, systematic review e metanalisi per studi riguardanti gli umani. A causa della scarsità del materiale scientifico disponibile sull'argomento sono stati considerati anche i case reports. Al fine di ottimizzare la ricerca riguardante la letteratura disponibile degli ultimi 5-10 anni sono stati esclusi gli atti di congressi e le opinioni degli esperti.

Risultati e Discussione:

La revisione della letteratura ha sottolineato l'importanza

della Terapia Cognitivo-Comportamentale, utile anche nel facilitare la creazione della Relazione Terapeutica, e della Riabilitazione Nutrizionale nel trattamento dei pazienti con DCA.

La TCC-BN (una forma specifica di Terapia Cognitivo Comportamentale) è stata il primo trattamento psicologico raccomandato come intervento di prima scelta con livello di evidenza "A" dalle linee guida NICE e successivamente da molte altre linee guida nazionali. Per la terapia Farmacologica l'introduzione di eventuali farmaci deve essere attentamente valutata e monitorata, soprattutto nel caso di minori.

La Riabilitazione Nutrizionale è un intervento che, nel caso della Bulimia Nervosa, ha come obiettivo primario quello di aiutare questi soggetti ad avere un piano alimentare strutturato che riduca gli episodi di dieta restrittiva e/o abbuffate e le condotte di eliminazione. Un altro fattore preponderante emerso dalla revisione della letteratura è l'importanza di costruire una Relazione Terapeutica fra l'assistito e chi lo prende in carico.

Conclusioni:

Il problema dei Disturbi del Comportamento Alimentare è reale e nonostante al centro delle discussioni e della ricerca scientifica sia messa molto più spesso l'Anoressia Nervosa, la Bulimia Nervosa colpisce una grande fetta di adolescenti ed adulti sia nel nostro paese che all'estero. Le terapie psicologiche, soprattutto quella Cognitivo-Comportamentale, si sono dimostrate molto efficaci, mentre l'utilizzo dei farmaci, senza altre terapie di supporto, è alquanto sconsigliato. Anche l'approccio della Riabilitazione Nutrizionale in qualsiasi contesto sanitario si è dimostrata adeguata e lo stabilirsi di un'Alleanza Terapeutica rimane fondamentale come in ogni altro contesto sanitario. La ricerca scientifica non ha aiutato particolarmente nella definizione di un approccio infermieristico basato sulle evidenze.

Parole chiave:

DCA, bulimia, nursing

Challenge terapeutico di calcinosi in corso di sindrome CREST: descrizione di un caso clinico

a cura di *C.Pompei, *A.De Lia, *S.Pepe, *E.Ciociola, **S. Contadini, ***G.Pomponio, ***L.Manfredi,

*Infermiere H. RIUNITI Ancona, ** Coordinatrice H. RIUNITI Ancona, *** Dirigente Medico H. RIUNITI Ancona

ABSTRACT

Introduzione:

La sclerodermia (SSc) è una malattia infiammatoria cronica multisistemica del tessuto connettivo, classificabile in base al coinvolgimento cutaneo in due sottogruppi. La variante limitata si riconosce per la presenza di fenomeno di Raynaud con coinvolgimento cutaneo distale ed interessamento viscerale tardivo, spesso questa forma si estrinseca con le caratteristiche di una sindrome CREST (Calcinosi, fenomeno di Raynaud, alterazioni della motilità Esofagea, Sclerodattilia e Telangectasia). Aspetto peculiare è la comparsa di calcinosi, ossia depositi intra e sottocutanei di calcio che durante la storia clinica del paziente, possono creare una soluzione di continuità con l'esterno. Trattare queste complicanze può rappresentare una sfida per gli specialisti del wound care.

Materiali e metodi:

Lo studio si è svolto prendendo in considerazione il caso clinico di un paziente affetto da sindrome CREST

con calcificazioni diffuse a carico del ginocchio destro e della superficie volare della gamba sinistra.

Risultati e discussione:

Le calcinosi si verificano in circa il 25% dei pazienti con sclerosi sistemica cutanea limitata (SSc) e possono essere una delle cause principali di dolore, ulcerazione, infezione e disabilità funzionale. Purtroppo non ci sono dati conclusivi sulla gestione di queste particolari lesioni nei pazienti affetti da sindrome CREST, ad oggi il trattamento chirurgico rimane quello di scelta anche se resta alta la probabilità di recidiva.

Conclusioni:

Presso la SOD Clinica Medica "Ospedali Riuniti" Ancona è attivo l'ambulatorio dedicato alla cura della sclerosi sistemica, patologia rara di interesse del reparto a cui viene prestata particolare attenzione con continua attività di ricerca clinica e laboratoristica.

Parole chiave:

CREST syndrome, Scleroderma, Calcinosis, Scleroderma ulcer

Le cadute in ospedale: analisi del fenomeno legato alla percezione del personale infermieristico dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona

a cura di *L. Laudicina, **E. Simonetti, ***S. Ortolani

*Infermiera SAMOT Onlus, ** Infermiere H Riuniti Ancona, *** Direttore ADP CdL Infermieristica Ancona

ABSTRACT

Introduzione:

Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali e nelle strutture residenziali e quasi sempre colpiscono persone fragili. Oltre a danni di tipo fisico e psicologico, le cadute avvenute in un contesto di ricovero comportano un aumento della degenza, attività diagnostiche e terapeutiche aggiuntive e/o eventuali ulteriori ricoveri dopo la dimissione, con un incremento dei costi sanitari e sociali. L'evento caduta si contrappone alla responsabilità legale ed etica degli infermieri di non nuocere e contrasta con la cultura della sicurezza promossa ad ogni livello dell'assistenza sanitaria. Inoltre, può arrivare a compromettere la qualità del rapporto tra infermiere e paziente e determinare una perdita di fiducia dei cittadini stessi nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale.

L'obiettivo di questo studio è valutare la percezione e la consapevolezza del fenomeno caduta accidentale in ospedale da parte del personale infermieristico e valutare le azioni ritenute più importanti dagli infermieri con lo scopo di favorire la sicurezza dei pazienti negli Ospedali Riuniti di Ancona.

Materiali e metodi:

Lo studio è stato condotto nel periodo compreso tra Dicembre 2017 e Marzo 2018 durante il quale è stato somministrato un questionario ad adesione

volontaria al personale infermieristico degli "Ospedali Riuniti" di Ancona. Il questionario utilizzato è strutturato in 4 sezioni: la prima sezione raccoglie dati socio-demografici dell'infermiere compilatore mentre nelle restanti sezioni le 19 domande formulate intendono indagare la percezione degli infermieri rispetto al fenomeno cadute e all'attività di prevenzione delle cadute, l'opinione dell'infermiere sui fattori che incidono maggiormente sull'evento caduta e sulle azioni ritenute più importanti per favorire la sicurezza del paziente, sui mezzi di contenzione maggiormente usati e le alternative ad essi. L'ultima sezione del questionario si focalizza sulla frequenza di segnalazione dell'evento caduta e sulle azioni conseguenti messe in atto. Per la valutazione delle risposte al questionario è stato utilizzato il metodo Likert che misura gli atteggiamenti e i comportamenti impiegando una serie di opzioni di risposta che vanno da un estremo all'altro. Nell'indagine sono stati inclusi tutti gli infermieri afferenti a sette Dipartimenti per un totale di 22 Unità Operative; sono stati esclusi gli infermieri assegnati agli Ambulatori, ai Servizi Diagnostici, alle Terapie Intensive, alla Psichiatria e all'Area Pediatrica.

Risultati e discussione:

Il campione di studio indagato è composto da 512 infermieri; di questi, solo 213 hanno restituito il questionario compilato. Dall'analisi dei

risultati si è potuto confermare che la prevenzione delle cadute accidentali in ospedale è ritenuta un aspetto molto importante del proprio lavoro dalla maggior parte degli infermieri intervistati. Nonostante la quasi totalità del campione di infermieri è concorde nell'affermare che la valutazione dei fattori di rischio di caduta viene realizzata al momento del ricovero così come gli interventi informativi/educativi di prevenzione, emerge un'alta frequenza di infermieri indecisi e/o in disaccordo relativamente al quesito legato all'adozione di interventi di prevenzione legati ai fattori di rischio.

Si rileva altresì una quota pari al 15% di infermieri che afferma di essere indecisa o in disaccordo relativamente al quesito sulla rivalutazione del paziente in caso di cambiamento delle loro condizioni di salute, lasciando intendere che tale rivalutazione non sia ancora un'attività consolidata.

Il 10% del campione di infermieri indagato afferma di segnalare "raramente" o "solo qualche volta" l'evento caduta che non ha avuto conseguenze gravi e il 15% degli infermieri di segnalare con la stessa frequenza le cadute riferite dal paziente; tale risultato potrebbe portare a supporre che la mancata segnalazione dell'evento caduta possa essere legata al timore di eventuali conseguenze legate alla responsabilità per mancata vigilanza del paziente o alla percezione di un apparente disinteresse dell'azienda rispetto a tale tematica.

Conclusioni:

Vi è una grande attenzione rispetto al problema delle cadute in ospedale anche grazie all'importanza assunta negli ultimi anni dalla tematica del miglioramento della qualità con particolare riferimento alla sicurezza delle cure e alla gestione del rischio clinico. Gli infermieri hanno un ruolo fondamentale nel campo dell'assistenza, dell'educazione e della sicurezza dei pazienti; è possibile ridurre l'incidenza degli eventi caduta considerando che possono essere messe in atto delle procedure semplici ma efficaci per prevenire e gestire la caduta in ambito ospedaliero. È fondamentale però che il personale sanitario acquisisca la consapevolezza del rischio di caduta e collabori in modo integrato e costante, attento all'applicazione di strategie multifattoriali. Non effettuare una valutazione del rischio di caduta su tutti i degenti all'ingresso in reparto può significare una non attenta lettura dei bisogni assistenziali dei pazienti a rischio; pertanto si auspica il consolidamento delle attività di valutazione multidisciplinare da parte del personale infermieristico e delle attività di segnalazione, affinché le strutture sanitarie possano costruire la consapevolezza e la cultura del fenomeno caduta nel personale infermieristico.

Parole chiave:

rischio caduta, valutazione multidisciplinare, sicurezza delle cure.

L'intervento educativo nella gestione dell'aumento ponderale in un setting di salute mentale: il ruolo dell'infermiere

a cura di *S. Impicci, P. Ricchiuto**, *C. M. Giambartolomei

*Infermiera ASUR MARCHE A.V.2, **Infermiere H RIUNITI di Ancona

ABSTRACT

Introduzione:

I farmaci antipsicotici di prima e di seconda generazione rappresentano la scelta terapeutica di elezione per il trattamento della schizofrenia. In particolare gli antipsicotici atipici (antipsicotici di seconda generazione), se da un lato riducono efficacemente i sintomi psicotici dimostrando una riduzione degli effetti collaterali extrapiramidali, dall'altro sono responsabili di cambiamenti metabolici che collocano i pazienti a rischio di complicanze cardiovascolari quali aumento ponderale, dislipidemia, insulino-resistenza e diabete di tipo 2, esacerbando un già alto carico di malattia. In particolare questi pazienti hanno ridotto significativamente la durata della vita rispetto alla popolazione generale di 11-20 anni riconducibile proprio al loro più alto rischio di morte per cause cardiovascolari. In questi soggetti l'aumento di peso è stato associato non solo ad un effetto collaterale dovuto al trattamento farmacologico ma anche ad un profilo genetico personale e da scorretti stili di vita quali alimentazione ed attività fisica. Lo studio è stato effettuato con l'intento di valutare l'efficacia di un trattamento educativo nella gestione del controllo del peso corporeo nei pazienti affetti da malattia mentale.

Materiali e metodi:

La valutazione è stata condotta su 40 utenti affetti da malattia mentale che presentavano al momento dell'arruolamento un BMI superiore/uguale a 25 (sovrappeso/obesità). L'intervento prevedeva lezioni teorico-pratiche di 2 ore a settimana per 12 settimane condotte da personale infermieristico specificamente formato. Gli incontri erano focalizzati su interventi comportamentali relativi all'importanza di un corretto stile di vita alimentare associato a regolare attività fisica ad intensità moderata. È stato misurato il peso corporeo in tre momenti differenti: al reclutamento del paziente (Tempo-0), a metà del trattamento (Tempo-1) e alla fine del trattamento (Tempo-2). La distribuzione dei dati è stata riportata con boxplot dove la linea all'interno identifica la mediana e il simbolo la media; la normalità dei dati è stata verificata con il test di Shapiro-Wilk. I risultati delle tre misurazioni sono state confrontate con il test T di Student per dati appaiati e i p-value sono stati corretti con il metodo di Bonferroni per i confronti multipli.

Risultati e discussione:

Sono stati analizzati 28 soggetti in quanto 12 sono stati persi durante il follow-up con una prevalenza del genere femminile (61%). Il

campione presentava un peso medio al Tempo 0 di 90,5 kg (DS=18,1), al Tempo 1 di 87,3 kg (DS=15,9) e di 86,5 kg (DS=15,8) al Tempo 2 (vedi Figura 1); le differenze dei dati appaiati si distribuivano normalmente (T0-T1 p=0,735; T0-T2 p=0,7807). È stata rilevata una riduzione di peso statisticamente significativa tra il Tempo 0 e il Tempo 1 di 3,2 kg (p=0,0012; IC95% 1,5-4,9) e tra il Tempo 0 e il Tempo 2 di 4,0 kg (p=0,0002; IC95% 2,2-5,7). I risultati dello studio suggeriscono che il trattamento educativo riduce il peso corporeo ed è capace di contrastare l'obesità nei pazienti con malattia mentale. I limiti di questo studio sono rappresentati non soltanto dalla dimensione del campione (campione di medie dimensioni con un drop-out del 30%), ma anche dalla mancanza di un gruppo di controllo, dal tipo di arruolamento dei soggetti eseguito su base volontaria e nell'aver condotto in modo non omogeneo la rilevazione dei parametri, quest'ultima eseguita non sempre dagli stessi operatori sanitari. Non sono inoltre state considerate e misurate altre confondenti emerse dall'intervista al soggetto arruolato nel campione: caratteristiche socio-demografiche e cliniche, farmaci assunti, presenza di Sindrome Metabolica o patologie concomitanti stratificate per età e genere.

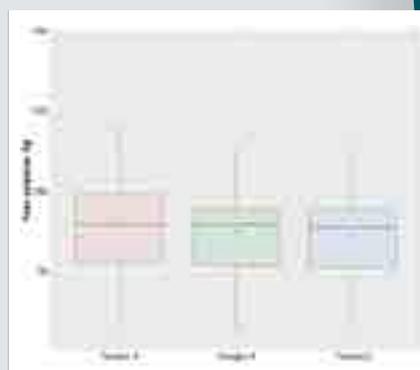


Figura 1
Boxplot dei pesi corporei (Kg)
al Tempo 0, Tempo 1 e Tempo 2.

Conclusioni:

Lo studio è concentrato sugli interventi comportamentali mediante riduzione dell'apporto calorico, ristrutturazione della dieta e attività fisica a intensità moderata. È auspicabile monitorare il peso corporeo in tutti i pazienti con disturbo mentale sin dall'esordio e mettere in atto un programma assistenziale e formativo che coinvolga il paziente, i familiari e tutta l'equipe sanitaria con lo scopo di prevenire l'aumento ponderale e le alterazioni metaboliche ad esso associate.

Parole chiave:

intervento educativo, aumento ponderale, salute mentale



OPI

ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE
DI ANCONA



O.P.O.

Ordine della Professione Ostetrica
Ancona

EDITORIALE

Margherita Piermaria

Presidente Ordine Ostetriche Ancona



Care Colleghe/i. "L'Ostetrica nel percorso a basso rischio ostetrico: ambiti, esperienze e nuove frontiere della professione" è stato il tema del 35° Congresso nazionale che si è tenuto a Modena il 5 e 6 Ottobre, organizzato in stretta collaborazione con il Coordinamento Ordini della Professione di Ostetrica della Regione Emilia Romagna. L'evento ha riscosso una fortissima adesione da parte delle iscritte ed è stato caratterizzato da un notevole contenuto scientifico. I temi trattati hanno fatto emergere diverse criticità nel sistema di cura nell'area materno infantile ed in generale nella promozione della salute della donna e della famiglia. I cambiamenti del contesto sociale, i bisogni sempre nuovi e la mutevole domanda di salute non vengono adeguatamente supportati. I paradigmi assistenziali sono ormai obsoleti e creano diseguaglianze nell'erogazione delle cure per mancanza o inadeguata garanzia dei livelli essenziali

di assistenza risentendo dei tagli lineari che vengono applicati in ambito sanitario. Si è rimarcata la mancata implementazione dei modelli assistenziali a basso rischio delineati in applicazione dell'ARS 2010, dal Ministero della Salute nel documento prodotto dal Comitato Percorso Nascita Nazionale. Non sono mancati inoltre i momenti di confronto con le esperienze professionali internazionali, dove è stato sottolineato quanto sia importante avere degli standard condivisi per le procedure di assistenza, le caratteristiche e la formazione del personale ostetrico che opera nei centri nascita o esercita la libera professione. Non a caso, proprio questi standard, adottati dal MUNet (Midwifery Unit Network), sono stati condivisi e tradotti dalla FNOPO e saranno presentati ai decisori ministeriali. Tra gli ospiti in sala, da sottolineare la Dott.ssa Serena Donati, ricercatrice dell'Iss che ha approfondito l'importanza della ricerca rivolgendo l'invito alle colleghe di essere più presenti in tale

attività e di iniziare a dare anche nella propria realtà, seppure piccola, risposte e alternative di scelta alle donne.

Concludendo, la Presidente della Federazione Nazionale dell'Ordine Dott.ssa Maria Vicario ha chiuso il Congresso ponendo l'accento su come il profondo e significativo cambiamento dell'assistenza in un sistema salute non può prescindere dalle parole "basso rischio ostetrico, autonomia professionale, centro nascita a conduzione ostetrica". Analogamente l'implementazione del modello assistenziale monoprofessionale (ostetriche e personale di supporto adeguatamente preparato) contribuirà a gestire la carenza ed il fenomeno dell'emergenza infermieristica, come recentemente denunciato dalla ministra della Salute Dott.ssa Giulia Grillo. Di seguito l'articolo della collega Lazzarini Chiara, tesoriere del nostro Ordine, che ci propone una sua ricerca dal titolo: "Allattamento al seno e POPs".
Buona lettura



Allattamento al seno e Pops

a cura di *Chiara Lazzarini

*Ostetrica H. RIUNITI Ancona

ABSTRACT

Introduzione:

Parlare di allattamento al seno e inquinamento può sembrare un controsenso, soprattutto in questo particolare momento storico e culturale volto alla riscoperta e alla valorizzazione del latte materno. Molti agenti inquinanti arrivano già in utero al feto tramite gli scambi placentari e successivamente al neonato attraverso il latte materno. Gli organismi viventi sono particolarmente suscettibili a diverse classi di agenti inquinanti, tra cui i POPs (inquinanti organici persistenti) che possono avere effetti mutageni nel lungo periodo.

Materiali e Metodi:

È stata condotta una ricerca bibliografica sulla recente

letteratura scientifica (dal 2000 ad oggi) riguardante la contaminazione organica da parte di agenti inquinanti nel latte materno utilizzando i portali Pubmed e Cochrane ed i siti online di categoria (IBFAN, La Leache League, SaPeRiDoc, Ministero della Salute). Sono stati analizzati studi epidemiologici a livello nazionale riguardanti importanti siti industriali (Ilva di Taranto e inceneritore di Montale-Pistoia). Particolare attenzione è stata posta sulla Convenzione di Stoccolma e la relativa lista POPs.

Risultati e Discussione:

A livello internazionale sono state condotte ricerche sistematiche su campioni di latte umano per dosare agenti inquinanti particolarmente lesivi e persistenti (POPs) e per cercare di stabilirne per ognuno un valore soglia di sicurezza.

Studi su neonati e bambini allattati con latte materno "contaminato" hanno tuttavia mostrato outcomes migliori rispetto a quelli alimentati con latte di formula negli stessi siti.

Conclusioni:

Gli odierni stili di vita espongono inevitabilmente l'organismo umano a contaminazioni attraverso l'ambiente. Gli studi a livello nazionale e internazionale dimostrano che i benefici del latte materno superano di gran lunga gli effetti avversi della contaminazione minimizzandone addirittura gli effetti a breve e lungo termine. Le ricerche confermano che è sempre preferibile allattare al seno anche in presenza di latte materno contaminato.

Parole chiave:

Latte materno, inquinamento, "POPs"

INTRODUZIONE

Gli odierni stili di vita hanno intaccato la "naturalità" dell'allattamento al seno sia in termini di successo (molte madri ancora oggi riferiscono difficoltà ad allattare esclusivamente al seno o di riuscire a farlo per un tempo limitato) sia in termini di contaminazione del latte materno stesso. Un esempio lampante è l'abitudine al taba-

gismo che immette nel latte materno numerose sostanze nocive tra cui il benzene. La contaminazione del latte materno è un problema attuale e di sempre maggior interesse. Si stima che oltre 300 agenti "xenobiotici" (sostanze prodotte da processi industriali e chimici) possano trovarsi nell'organismo umano e in tutti gli altri esseri viventi. Gli "xenobiotici" sono per la maggior parte sostanze cancerogene e mutagene, particolarmente

affini ai lipidi (adipe, capelli, sperma, urina, sangue, latte materno, liquido congiuntivale, placenta e funicolo ombelicale) ove tendono ad accumularsi per parecchi anni o addirittura decenni, continuando inoltre a svolgere le loro funzioni lesive. Inoltre, possono avere il ruolo di "interferenti endocrini" capaci cioè di alterare i complessi sistemi ormonali che regolano svariate funzioni corporee e cognitive. La fertilità e la trasmissione

genica risultano alterate e diminuite, compromettendo così il patrimonio genetico delle generazioni future. La Convenzione di Stoccolma del 2004 sui POPs (Persistent Organic Pollutants) ha raccomandato di utilizzare il latte materno come campione ottimale per studiare l'accumulo di tali sostanze nel corpo umano. Diossine, PCB, DDT, bezo(a)pirene, ftalati, furani appartengono alla famiglia dei POPs, composti di origine industriale con poca o nulla tendenza alla decomposizione e dispersione nell'ambiente. Melamina, bisfenolo a (BPA), metalli (mercurio, cadmio, piombo, arsenico) sono anch'essi presenti nel latte umano.

MATERIALI E METODI

E' stata condotta una ricerca bibliografica online dal 2000 ad oggi sui portali Pubmed e Cochrane, nei siti internet di categoria IBFAN, Ministero della Salute, SaPeRidoc, La Leache League, usando le parole chiave "latte materno, inquinamento, POPs". Sono stati presi in esame articoli scientifici sulla trasmissione dei Pops e altri agenti inquinanti ambientali al neonato tramite il latte materno. Sono stati analizzati studi circa i benefici/rischi per i lattanti dell'allattamento al seno in siti con contaminazione ambientale versus alimentazione con latte di formula. Sono stati esaminati casi isolati in Italia in siti industriali di fama nazionale (acciaiera di Taranto e inceneritore di Montale-Pistoia) circa la contaminazione del latte materno.

RISULTATI

I POPs includono numerose sostanze inquinanti e tre principali classi:

policlorobifenil (PCB) derivanti dalla produzione di materiale elettrico, i policlorodibenzodiossine (PCDD o diossine) e i policlorodibenzofurani (PCDF o furani) derivanti da processi industriali, chimici e di combustione. Nonostante il loro utilizzo sia stato vietato nel 2004 dalla Conferenza di Stoccolma, si possono trovare residui nell'ambiente e ciò provoca la contaminazione della catena alimentare arrivando fino all'uomo. I Pops sono particolarmente affini ai lipidi e vi permangono per parecchi anni agendo sia come interferenti endocrini, che come agenti mutageni e cancerogeni, tanto da essere classificati come agenti cancerogeni di classe I dallo IARC (Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro). Si accumulano nel corpo umano attraverso l'aria e l'ingestione di cibi contaminati. Il limite di tossicità (LOQ) stabilito dal World Health Organization (WHO) è di ~0.1 pg/g lipidi. Le concentrazioni nel latte materno variano molto in base all'area geografica: livelli maggiori si riscontrano nei paesi industrializzati europei, concentrazioni minori si trovano nell'emisfero sud del globo (Berg M et al. 2017). Informazioni non significative sono state raccolte nei paesi dell'America Centrale e nei Caraibi: indicativamente, però, si riscontrano livelli di POPs minori. Per i PCDD e PCDF è stata stimata un'esposizione di circa 200pg TEQ/kg al giorno nei paesi industrializzati (Li et al. 2009). Studi analoghi da parte del WHO sono in linea con tale studio e ciò dimostra che il lattante è esposto a livelli di PCDD e PCDF il doppio superiori al limite di sicurezza. Nonostante ciò, il periodo di esposizione del lattante al latte materno,

è "limitato" a diversi mesi per cui non si può parlare di "esposizione cronica". Per i PCB il livello minimo di rischio è 0.03µg/kg a giorno (Agency for Toxic Substances and Disease Registry 2004). Studi analoghi da parte del WHO sono in linea con i medesimi dati e ciò dimostra che il lattante è esposto a livelli di PCB superiori di circa il doppio rispetto al limite di sicurezza. Anche in questo caso non si può parlare di "esposizione cronica" e ciò fa ritenere accettabili i livelli di assunzione giornalieri dei POPs da parte dei lattanti. La situazione in Italia L'Italia è uno dei pochi paesi a non aver ancora ratificato la Convenzione di Stoccolma e non ci sono dati rilevanti circa la contaminazione del latte materno. Gli unici dati disponibili riguardano casi isolati in siti inquinanti di rilievo come l'acciaiera di Taranto e l'inceneritore di Montale (Pistoia). A Taranto sono stati analizzati 8 campioni di latte umano da donne volontarie residenti nel raggio di 11 km dall'acciaiera. I valori ottenuti sono compresi tra 12,03 e 39,99 pg/g lipidi con una media aritmetica pari a 23,41 pg/g lipidi (Gentilini P et al. 2011). Altri campioni di latte umano sono stati raccolti da donne volontarie a Montale (Pistoia) dove è attivo un inceneritore di rifiuti urbani, speciali e ospedalieri che tratta fino a 120 tonnellate di rifiuti/giorno, noto per aver registrato in diverse occasioni uno sfioramento importante delle emissioni di diossine nell'aria. Analisi eseguite su campioni di carne di pollo di allevamenti esistente all'interno dell'area di ricaduta delle emissioni di diossine, hanno registrato valori superiori a quelli consentiti. I campioni di latte umano analizzati

provengono anch'essi da due donne volontarie residenti all'interno dell'area di ricaduta, prelevati a circa 2 settimane dal parto e sono risultati compresi tra 3,984 pg/p lipidi e 10,621 pg/g lipidi. L'eguale contaminazione sia degli animali che dell'uomo dimostra che tali sostanze si muovono nella biosfera e che le zone di ricaduta possono interessare diversi km dal sito inquinante.

DISCUSSIONE

Sono stati analizzati studi circa l'esposizione prenatale e post natale ai POPs, circa i livelli di agenti inquinanti nel latte materno e in quello di formula e articoli sullo sviluppo neurocognitivo in lattanti fino a 14 mesi di vita. Riguardo all'esposizione prenatale versus quella postnatale ai POPs tutti gli studi mostrano un rischio maggiore durante il periodo prenatale con possibili danni all'organogenesi e disturbi endocrini (Sakamoto M, Chan HM, Domingo JL et al. 2012). Ulteriori studi mettono in evidenza che il trasporto placentare dei POPs è più significativo rispetto a quello che avviene con il latte umano (Aliyu et al. 2010; Mead 2008). Anche il Royal College of Obstetricians and Gynaecologists riconosce il problema dell'esposizione prenatale agli agenti inquinanti e raccomanda stili di vita e alimentari alle donne in gravidanza volti a ridurre al minimo la contaminazione chimica (Royal College of Obstetricians and Gynaecologist, 2013). Numerosi studi hanno analizzato i livelli di agenti inquinanti nel latte materno e nel latte di

formula. È stato evidenziato una concentrazione di POPs costante (Hedley AJ et al. 2010; Malisch R, et al. 2010) se non addirittura più elevata nel latte materno che, in alcune donne, tende ad aumentare con il protrarsi dell'allattamento (LaKind JS, Berlin CM et al. 2009). I rischi di questi studi potrebbero indurre erroneamente a sfavorire l'allattamento al seno (Geraghty SR et al. 2008) contrariamente a tutte le raccomandazioni nazionali ed internazionali sui vantaggi dell'allattamento al seno rispetto a quello artificiale (Arendt M. 2008; Horta BL et al. 2007; Ip S, Chung M et al. 2007; James DC et al. 2009; Mead MD. 2008). Studi su lattanti di formula hanno dimostrato concentrazioni di POPs sovrapponibili o più elevate rispetto a quelle riscontrate nel latte materno (Lachenmeier DW et al. 2012); in aggiunta, il latte di formula risulta maggiormente contaminato da ulteriori sostanze inquinanti come i ftalati, bisfenolo A e micotossine (Nachman RM et al. 2013; Schier JG et al. 2010; Meucci V et al. 2011). Studi sullo sviluppo cognitivo dimostrano che, a parità di esposizione in utero, i bambini allattati con latte materno, seppur contaminato da POPs, hanno punteggi di sviluppo cognitivo/psicomotorio superiori rispetto ai coetanei allattati artificialmente (Boersma ER, Lanting CI 2004; Darvill T et al. 2000). In particolare modo, i test sullo sviluppo cognitivo, danno risultati migliori man mano che aumenta la durata dell'allattamento al seno (Ribas-Fito N et al. 2003; Schantz SL, Widholm JJ, Rice DC, 2003).

CONCLUSIONI

Grazie alla Convenzione di Stoccolma si può osservare che i livelli dei POPs e di molte altre sostanze inquinanti stanno avendo un trend decrescente negli anni e si ipotizza un loro decremento nell'ambiente nei decenni a venire. Purtroppo, vista l'affinità degli agenti xenobiotici ad accumularsi verso i lipidi degli organismi viventi in genere, la catena alimentare risulta già compromessa da tempo e lo sarà anche in futuro. Ne consegue che, nonostante politiche ambientali sempre più sostenibili, la contaminazione dell'uomo e del latte materno nello specifico, sarà oggetto di discussione e di studio. Grazie alla semplicità e alla non invasività di raccolta, il latte materno deve considerarsi il campione di studio per eccellenza in questo ambito. Gli studi analizzati concordano nel ritenere più lesiva l'esposizione intrauterina agli agenti inquinanti rispetto a quella post-natale, con possibili danni all'organogenesi. L'allattamento con formula non esclude il problema di contaminazione poiché è esso stesso contaminato dalle stesse sostanze presenti nel latte umano. Inoltre, gli ausili per la somministrazione del latte in formula apportano ulteriori contaminazioni come l'esposizione alla melamina, alle plastiche e ai coloranti di cui sono composti tettarelle e biberon. Tutti gli studi dimostrano che allattare è sempre preferibile rispetto all'alimentazione con formula anche in presenza di latte contaminato, poiché i benefici del latte materno superano di gran lunga gli effetti potenzialmente lesivi della contaminazione da parte di sostanze nocive,

anzi possono mitigarne gli effetti migliorando gli outcomes a medio/lungo termine. L'attuale situazione in Italia, in mancanza di studi validi e randomizzati, non permette una definizione dei valori di soglia/sicurezza e i pochi dati disponibili non possono essere oggetto di

studio. Sarebbe necessario e auspicabile nel prossimo futuro adottare sistemi di monitoraggio dei campioni di latte materno nelle aree geografiche italiane a maggior interessamento di inquinanti in modo da poterli confrontare con i dati internazionali disponibili ad oggi.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Aliyu MH, Alio AO, Saliu HM (2010) To breastfeed or not to breastfeed: a review of the impact of lactational exposure to polychlorinated biphenyls (PCBs) on infants. *Environ Health* 73(3):8-14.
- 2 Arendt M. Communicating human biomonitoring results to ensure policy coherence with public health recommendations: analyzing breastmilk whilst protecting, promoting and supporting breastfeeding. *Environ Health*. 2008.
- 3 ATSDR (2004) Toxicological profile for PCBs.
- 4 Boersma ER, Lanting CI. Environmental exposure to polychlorinated biphenyls (PCBs) and dioxins. Consequences for longterm neurological and cognitive development of the child lactation. *Adv Exp Med Biol* 2000; 478:217-87.
- 5 Cattaneo A. Alimentazione dei bambini e residui chimici. *Breastfeeding Briefs* 55/2013; pag 1:16.
- 6 Darvill T, Lonky E, Reihman J, Stewart P, Pagano J. Prenatal exposure to PCBs and infant performance on the Fagan test of infant intelligence. *Neurotoxicology*. 2000; 21:1029-1038.
- 7 Gentilini P, Moschetti A, Burgio E, Bolognini M, Raccanelli S, Cattaneo A. Latte materno, diossine e PCB. *Medico e Bambino* 8/2011; pag 513.
- 8 Geraghty SR, Khoury JC, Morrow AL et al. Reporting individual test results of environmental chemicals in breastmilk: potential for premature weaning. *Breastfeeding Med* 2008; 3:207-13.
- 9 Hedley AJ, Hui LL, Kypke K, et al. Residues of persistent organic pollutants (Pops) in human milk in Hong Kong. *Chemosphere*. 2010.
- 10 Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding- systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organisation. 2007.
- 11 Ip S, Chung M, Raman G et al. 2007. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Environ Health Perspect* 115:1-186.
- 12 James DC, Lessen R, American Dietetic A. Position of the American Dietetic Association: promoting and supporting breastfeeding. 2009.
- 13 Lachenmeier DW, Maser E, Kuballa T et al. Detailed exposure assessment of dietary furan for infants consuming commercially jarred complementary food based on data 14 from the DONALD study. *Maternal and Child Nutrition* 2012; 8:390-403
- 14 LaKind SJ, Berlin CM et al. Do human milk concentrations of persistent organic chemicals really decline during lactation? *Environ Health Perspect* 2009; 117:1625-31.
- 15 Landrigan PJ, Sonawane B, Mattison D, McCally M, Garg A. Chemical contaminants in breast milk and their impacts on children's health: an overview. *Environ Health Perspect*. 200; 110(6):313-315.
- 16 Li J, Zhang L, Wu Y, et al. A National survey of polychlorinated dioxins, furans and dieldrin-like polychlorinated biphenyls in human milk in China. *Chemosphere*. 2009; 75(9):1236-1242.

CONFRONTO

PROFESSIONALE



REQUISITI DI PUBBLICAZIONE

CONFRONTO PROFESSIONALE
È UNA RIVISTA DEDICATA
AGLI INFERMIERI
ISCRITTI ALL'ORDINE
DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE DI ANCONA
E A TUTTI I PROFESSIONISTI
DELLA SALUTE.
PER GLI AUTORI CHE
INTENDONO PUBBLICARE
ARTICOLI, SI INDICANO
LE SEGUENTI NORME
REDAZIONALI:

Per gli Autori:

Ogni Autore deve indicare il proprio nome, cognome, qualifica, azienda ed unità operativa dove esercita attività lavorativa.

È necessario inoltre fornire:

- La dichiarazione dell'autore all'uso dei dati in base alle disposizioni vigenti in tema di riservatezza dei dati personali. Lgs 196/03;
- Un indirizzo e-mail;
- Un recapito telefonico;
- Una dichiarazione scritta attestante che il lavoro presentato è originale, inedito, oppure che è già stato sottoposto all'attenzione di altre riviste.

La responsabilità dei contenuti è esclusivamente degli Autori.

Struttura dell'Articoli

Gli articoli presentati devono essere strutturati come segue:

Formato: word, arial 10, interlinea 1.5, titolo paragrafi in grassetto

Titolo: essenziale ed il più breve possibile, evitando i titoli secondari

Autori: cognome, nome, specificando la sede lavorativa

Abstract: breve riassunto di massimo 300 parole suddiviso per:

- Introduzione;
- Materiali e metodi;
- Risultati e Discussione;
- Conclusioni;
- Parole chiave

(massimo 3 parole).

Il testo dell'articolo deve contenere: introduzione, materiale e metodi, risultati e discussione, conclusioni.

Tabelle, grafici e figure

Tabelle, grafici e fotografie devono essere richiamate nel testo, numerate progressivamente ed accompagnate da breve didascalia.

Referenze bibliografiche

Harvard Style o Vancouver-Style.

Invio degli articoli

I contributi proposti devono essere presentati all'attenzione del Comitato di Redazione dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ancona. L'invio deve essere effettuato esclusivamente in formato digitale all'indirizzo e-mail: rivista@ipasviancona.it

Accettazione e pubblicazione

Gli Autori sono responsabili del contenuto del contributo. Il Comitato di redazione si riserva di valutare e/o far valutare gli articoli ricevuti ed eventualmente di richiedere modifiche agli Autori. Il Comitato di redazione non è responsabile dell'utilizzo improprio delle informazioni contenute, nonchè delle opinioni e giudizi espressi dagli Autori.

CONFRONTO

PROFESSIONALE



OPI

ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE
DI ANCONA

O.P.O.



Ordine della Professione Ostetrica
Ancona

OPI ANCONA

INDIRIZZO:

Via Ruggeri 3/N - 60131 AN

Tel: +39 071 205516

Fax: +39 071 2077491

info@ipasviancona.it

ORARIO DI APERTURA:

Lun: ore 10,30 - 13,00

Mar: ore 17,00 - 18,00

Mer: ore 10,30 - 11,30

Gio: ore 15,00 - 18,00

GLI ORARI POTRANNO SUBIRE MODIFICHE