Anno XVIII N. 1 • Gennaio Febbraio 2015

Bollettino della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche



S O M M A R I C

LETTERA DEL PRESIDE

Carissimi,

apro il primo numero del nuovo anno augurando a tutti i nostri studenti un "in bocca al lupo" per il superamento degli esami di profitto previsti per la sessione di febbraio appena iniziata.

Avendo a breve inizio l'attività didattica programmata per il II semestre mi sembra utile ricordare anche che la Facoltà, per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, ha confermato le due sedute straordinarie di esami di profitto destinate al recupero di esami relativi agli anni precedenti a quelli di iscrizione. Alla seduta prevista per il mese di maggio saranno ammessi anche gli studenti immatricolati dopo il 13 dicembre 2014. Sempre nel mese di Marzo è previsto l'inizio delle Attività Didattiche Elettive (Forum, Corsi Monografici ed Internato).

Nel corso degli incontri tenuti di recente tra la Facoltà e la Regione Marche è stato inoltre discusso il fabbisogno delle varie professioni sanitarie che, alla luce delle esigenze didattico/scientifiche della Facoltà, di quelle assistenziali e, non per ultimi, degli sbocchi occupazionali degli studenti laureati ai vari Corsi di studio, prevede una riduzione unicamente per il Corso di Laurea in Infermieristica.

Passando ora alle informazioni relative alla nuova normativa sulle Scuole di Specializzazione ricordo a voi tutti che con l'anno 2013 è terminato il primo ciclo quinquennale sperimentale delle Scuole di Specializzazione a normativa europea attivate nell'a.a. 2008/2009.

continua a pagina 2

Lettera del Preside	1
LETTURA	3
La Fisica e le Scienze Biomediche	
di Fabrizio Fiori	
SANITÀ CHE CAMBIA	10
Evoluzione della professione infermieristica	
Nuovi ruoli professionali	
di Adoriano Santarelli, Monica Iustini, Francesca (Mirco Gregorini, Enrico Cerioni, Stefano Marcell	
MEDICINA CLINICA	14
La Sindrome di Sjögren (14)	
di Maria Giovanna Danieli, Scilla Sparabombe	
Sindrome delle apnee ostruttive e demenza:	
esiste un collegamento? (21)	
di Laura Buratti, Mauro Silvestrini	
DALLE PROFESSIONI SANITARIE	23
Il Laboratorio professionale - Parte 1ª - Introdu	
normativa, riferimenti regolamentari e possib	ili
integrazioni programmatorie (23)	wa wa indi
di Giovanni Mazzoni, Luigi La Rocca, Daniele A Barbara Damen, Andrea Giovagnoni	ramını,
L'apprendimento delle competenze teorico-pre	atiche,
nel modello di assistenza infermieristica	
personalizzata (28)	
di Silvano Troiani, Tiziana Traini	
STORIA DELLA MEDICINA	34
La Grande Guerra. 3° Paura e diserzione, viole	ıza e
follia	
di Alberto Pellegrino	
ATTIVITÀ DIDATTICHE ELETTIVE	43



continua da pagina 1

Al fine di adeguare i nostri percorsi formativi alla evoluzione che in questi anni si è avuta in ambito assistenziale, organizzativo e tecnologico e di rispondere alle richieste pervenute da più ambiti è stato approvato il riassetto delle nostre Scuole da parte del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Stefania Giannini che il 27 gennaio u.s. ha firmato il decreto di riordino delle stesse di specializzazione di Medicina.

Questo rinnovamento culturale finalizzato anche ad un potenziamento della politica di internazionalizzazione sempre più richiesta dai nostri studenti è stato progettato in modo da mantenere l'alto livello della formazione specialistica fornita dalle nostre Università seppur abbreviando la durata del percorso formativo per oltre trenta Scuole su cinquantacinque.

E' stata inoltre prevista la soppressione di 5 Scuole precedentemente esistenti ed un accorpamento di due discipline specialistiche ((Medicina aeronautica e spaziale e Odontoiatria clinica generale); le Scuole di specializzazione sulla base del recente Decreto Ministeriale passano dalle attuali cinquantasette a cinquanta. Tutto questo porterà ad un risparmio previsto di circa 3.000 annualità per potenziali 7-800 contratti in più.

Il decreto, inoltre, mette mano agli ordinamenti didattici delle Scuole rivedendo anche gli obiettivi formativi, incrementa il peso in ore del CFU e rimodula la distribuzione dei crediti fra le attività teoriche e quelle professionalizzanti. A tal fine viene previsto che almeno il 70% della formazione dovrà essere dedicato allo svolgimento di attività pratiche e di tirocinio e che al termine degli studi vi sarà un esame nazionale per tipologia medica, una sorta di

«certificazione nazionale di qualità».

Per quanto riguarda la rete formativa la nuova disciplina garantisce agli specializzandi di svolgere il loro percorso all'interno di una organizzazione strutturale più ampia che potrà includere, oltre alle strutture universitarie, i presidi ospedalieri e le strutture territoriali del Servizio sanitario selezionate ed incluse dal Consiglio della Scuola attraverso un meccanismo rigoroso di accreditamento secondo specifici parametri valutativi.

La nuova disciplina consentirà ai nostri giovani medici di specializzarsi in anticipo e di entrare prima nella professione, darà modo agli specializzandi di assumere una progressiva responsabilità durante il periodo di formazione (soprattutto nell'ultimo anno di corso) e garantirà al sistema un virtuoso rapporto di collaborazione integrata fra università, ospedale e territorio.

Passando ora alla questione relativa agli accessi ai Corsi di Laurea a Ciclo Unico sembra ormai certo che i test di ammissione saranno svolti nella prima decade del mese di settembre 2015. Le principali novità preannunciate dal Ministro Giannini, per le quali a tutt'oggi non si conoscono i reali contenuti, riguardano in particolare: a) le prove di orientamento svolte dagli studenti delle Scuole superiori che, anche attraverso la somministrazione di test di autovalutazione, permettano agli stessi di misurare la propria attitudine al corso di studi di interesse; b) la rivisitazione dei test di ammissione; c) la frequenza ai corsi di preparazione all'interno dei singoli atenei gestiti liberamente da ogni singola Università.

Un abbraccio

Prof. Antonio Benedetti

Preside della Facoltà





FABRIZIO FIORI Dipartimento di Scienze Cliniche Specialistiche e Odontostomatologiche Università Politecnica delle Marche

La Fisica e le Scienze **Biomediche**

Come è noto il Premio Nobel per la Fisica 2013 è stato assegnato a Peter Higgs, per aver predetto l'esistenza della cosiddetta "particella di Dio", cioè appunto il "bosone di Higgs", che può essere considerato come il cardine su cui si basa tutta la teoria che spiega come funziona la natura intima della materia, inclusa quella vivente, di cui l'Universo intero è costituito, e come questa fu prodotta negli istanti immediatamente successivi al Big Bang. La conferma sperimentale dell'esistenza di questa particella fondamentale era venuta pochi mesi prima, grazie al più grande acceleratore di particelle del mondo, il Large Hadron Collider (LHC) al CERN di Ginevra. Questa grande scoperta scientifica, pur essendo chiaramente di enorme importanza dal punto di vista della pura conoscenza della Natura e dei fenomeni che ne sono alla base, sembrerebbe a prima vista non avere alcuna ricaduta pratica.

Ma, per contro, non si può disconoscere che molte tecniche e metodiche fisiche, come anche gli stessi acceleratori di particelle (ciclotroni, sincrotroni e acceleratori lineari - certo di dimensioni più ridotte di LHC, ma che sfruttano lo stesso identico principio), pur essendo spesso nate originariamente per la sola ricerca di base in Fisica, hanno poi trovato ampio utilizzo in Medicina, sia

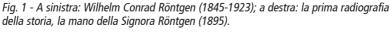
in diagnostica che in

terapia.

Più in generale, il passato più o meno recente della Fisica è costellato di scoperte fondamentali dal punto di vista della ricerca di base, spesso inizialmente di nessuna applicazione pratica evidente, ma le quali hanno poi avuto importantissime ricadute nei campi più svariati

Lettura tenuta il 30 settembre 2014 nell'Aula Magna di Ateneo per l'apertura della Settimana introduttiva alla Facoltà.





della tecnologia (basti pensare che il Premio Nobel per la Fisica 2014 è stato assegnato agli inventori del LED) e anche, in moltissimi casi, della Medicina.

Il contributo della Fisica e dei fisici alla Medicina è oggi evidente e irrinunciabile. Tanto per fare un esempio quasi ovvio, chi di noi non ha mai avuto bisogna di una radiografia? Wilhelm Conrad Röntgen (fig.1), quando alla fine dell'800 eseguiva i suoi esperimenti sui raggi X, fino ad essere insignito del Premio Nobel nel 1901, aveva probabilmente subito intuito come la sua scoperta avrebbe rivoluzionato il mondo della diagnostica medica, già dal giorno in cui eseguì guella che è nota come la prima radiografia della storia, sulla mano di sua moglie (fig.1).

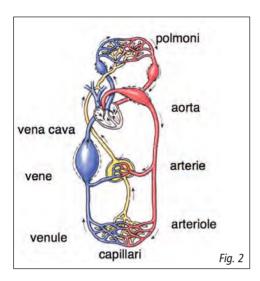
Ma il caso della scoperta dei raggi X e delle consequenti applicazioni mediche non rimase certo isolato. Oggi sappiamo bene come la Fisica giochi un ruolo fondamentale come supporto decisivo non solo alla diagnostica e alla terapia, ma anche alla comprensione dei fenomeni basilari che regolano il funzionamento degli organi viventi, e del corpo umano in particolare, e alla ricerca biomedica.

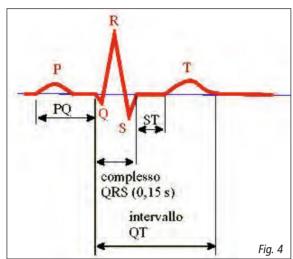
Ouesto è testimoniato anche dal fatto che le ricerche portate avanti dai fisici hanno fruttato loro in diverse occasioni il Premio Nobel per la Medicina. Com'è il caso ad esempio di Francis Crick e Maurice Wilkins, Premi Nobel per la Medicina nel 1962 insieme al biologo James Watson, per aver determinato la famosa struttura

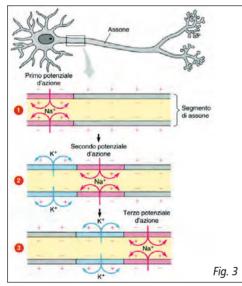
> a elica della molecola che è considerata il fondamento di tutti gli organismi viventi, il DNA, grazie all'utilizzo di una tecnica fisica come la diffrazione dei raggi X. Qualche anno più tardi, nel 1979, il premio venne assegnato al fisico Allan Cormack, inventore insieme all'ingegnere Godfrey Hounsfield della Tomografia Assiale Computerizzata (TAC). Più recentemente ancora, nel











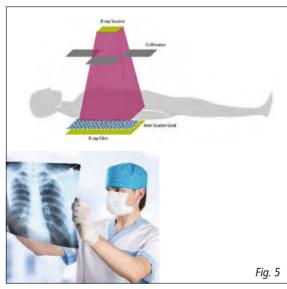


Fig. 2 - La circolazione del sangue è regolata dalle leggi fondamentali della fluidodinamica.

Fig. 3 - Propagazione del potenziale d'azione attraverso una cellula nervosa.

Fig. 4 - Tracciato ECG con le sue componenti fondamentali (onda P, complesso QRS, onda T).

Fig. 5 - Principio della radiografia e un esempio di lastra radiografica.

2003, il Nobel per la Medicina vide come vincitore il fisico Peter Mansfield, insieme al chimico Paul Lauterbur, per le ricerche che consentirono l'applicazione alla diagnostica medica del fenomeno della Risonanza Magnetica Nucleare (per la scoperta della quale Felix Boch ed Edward Purcell avevano già vinto il Nobel per la Fisica nel 1952).

Oggi le applicazioni della Fisica ai vari campi delle Scienze Biomediche sono talmente numerose che è quasi impossibile nominarle tutte. Ci limiteremo quindi ad indicarne solo alcune, a titolo di esempio.

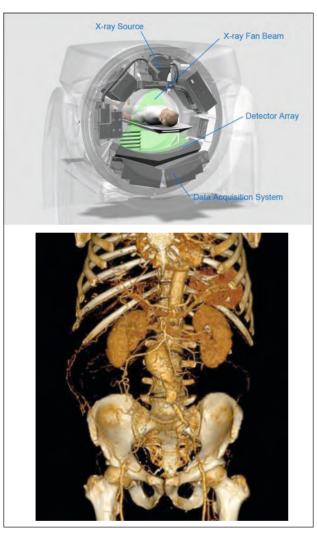
Per quanto riguarda i fenomeni fisici fondamentali su cui si basa il funzionamento del corpo umano, possiamo citare la circolazione del sangue (fig.2) e il lavoro del cuore, che possono essere studiate tramite le leggi fondamentali della fluidodinamica (legge di Bernoulli e legge di Poiseuille) e della termodinamica.

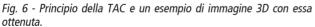
Oppure il comportamento elettrico della membrana cellulare, legato agli scambi di ioni attraverso di essa, e la propagazione del segnale elettrico così generato (potenziale d'azione) che trasporta le informazioni lungo i neuroni (fig.3). Fra l'altro la possibilità di misurare in punti "lontani" dalla cellula, tramite degli elettrodi opportunamente posizionati, l'evoluzione temporale del potenziale elettrico generato dalla propagazione del potenziale d'azione è alla base di tecniche diagnostiche



FISICA E SCIENZE BIOMEDICHE







fondamentali come l'elettrocardiogramma (ECG - fig.4) e l'elettroncefalogramma.

Rimanendo nel campo della diagnostica, abbiamo già citato la fondamentale scoperta dei raggi X e la sua influenza sulle applicazioni mediche, grazie al fatto che i diversi tipi di tessuto presentano un diverso grado di opacità (assorbimento) ai raggi X.

Oggi, oltre alla ormai comune radiografia che tutti conoscono (fig. 5), i raggi X vengono utilizzati in tecniche sofisticatissime come la TAC (fig.6), che consiste in realtà in una serie di radiografie prese a diverse ango-



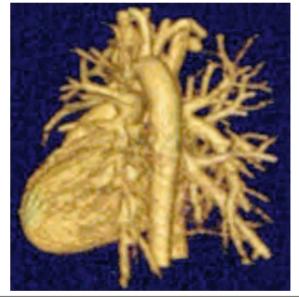


Fig. 7 - Macchina per NMR e esempio di immagine 3D del cuore ottenuta con NMR.

lazioni, ottenute facendo ruotare il sistema sorgente dei raggi X – rivelatori intorno al paziente. Da queste, grazie all'utilizzo di algoritmi matematici appositamente sviluppati, è possibile ricostruire un'immagine tridimensionale della zona del corpo in esame.

La diagnostica per immagini ha poi ricevuto, come accennato sopra, un forte impulso anche dall'applicazione del fenomeno della Risonanza Magnetica Nucleare (NMR) e dallo sviluppo delle tecniche ad essa associate (fig.7). Sulla base del fatto che i protoni, possedendo un momento angolare di spin, possiedono anche un momento magnetico, è possibile ottenere una





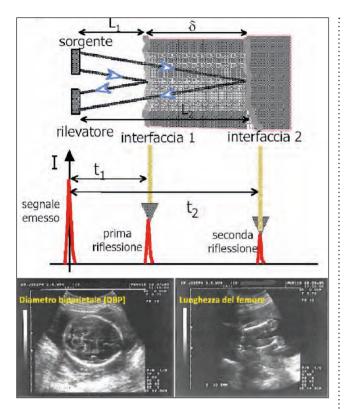


Fig. 8 - Principio dell'ecografia e applicazione in ostetricia: misura del diametro biparetiale e della lunghezza del femore del feto durante la gestazione.

mappatura della densità di nuclei di idrogeno in una zona del corpo immersa in un intenso campo magnetico. Mediante l'utilizzo di gradienti di campo magnetico nelle tre direzioni spaziali si può infatti misurare la densità protonica in piccoli "cubetti", di dimensioni sub-millimetriche, e realizzare così un'immagine tridimensionale (fig. 7), tramite algoritmi matematici del tutto simili a quelli utilizzati per la TAC.

Una tecnica fisica altrettanto fondamentale in diagnostica medica è poi l'ecografia (fig.8), che sfrutta le proprietà di propagazione nei tessuti delle onde sonore, a frequenze superiori a quelle percepibili dall'orecchio umano (ultrasuoni). Gli ultrasuoni vengono prodotti in un apposito dispositivo (trasduttore), il quale funziona anche da rivelatore di quella parte di ultrasuoni (echi) che vengono riflessi dalle interfacce fra i diversi tipi di tessuto. I tempi di ricezione degli echi, rispetto all'istante in cui gli ultrasuoni sono stati emessi, sono proporzionali alla profondità da cui provengono, per cui, in tal modo, è possibile misurare le distanze fra le

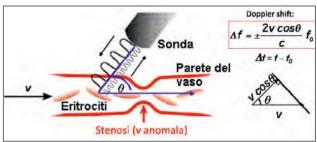


Fig. 9 - Principio della flussimetria Doppler (c = velocità del suono nei tessuti, f0 = frequenza degli ultrasuoni emessi dal trasduttore, <math>f = frequenza degli echi riflessi dagli eritrociti).

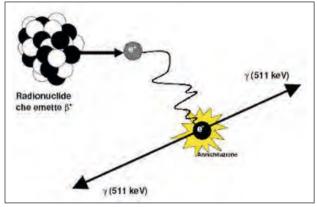


Fig. 10 - Principio della PET.

diverse interfacce e ottenere così un tomogramma bidimensionale. Le applicazioni di questa tecnica sono nei campi più svariati della medicina. In fig.8 è mostrato un esempio di applicazione in ostetricia: il feto può essere visualizzato nell'utero materno durante la gestazione, ed alcune misure significative per lo sviluppo, come ad esempio il diametro biparietale e la lunghezza del femore, possono essere valutate e confrontate con l'intervallo di valori statisticamente nella norma.

Gli ultrasuoni possono inoltre essere utilizzati per valutare i flussi sanguigni, mediante una tecnica nota come flussimetria Doppler. Gli ultrasuoni inviati dal trasduttore su un vaso vengono riflessi dai corpuscoli solidi presenti nel sangue, principalmente gli eritrociti, i quali, trovandosi in moto con la stessa velocità del flusso sanguigno, si comportano come una sorgente in moto rispetto all'osservatore (cioè il trasduttore). La velocità degli eritrociti, e quindi del flusso sanguigno, può essere valutata sfruttando un effetto ben noto in fisica, l'effetto Doppler, secondo il quale le onde sonore emesse da





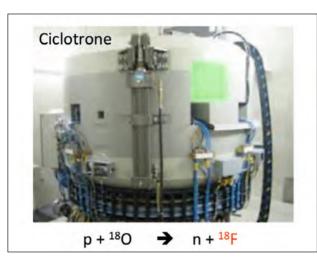


Fig. 11 - Ciclotrone.

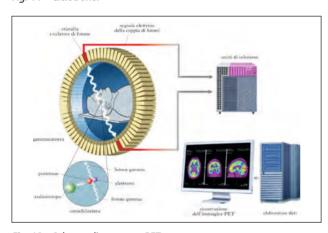


Fig. 12 - Schema di apparato PET.

una sorgente in moto rispetto all'osservatore vengono percepite da quest'ultimo con una frequenza diversa da quella con cui sono state emesse, e la differenza in frequenza (Doppler shift) è proporzionale alla velocità della sorgente stessa (fig. 9).

La Fisica delle particelle elementari e degli acceleratori di particelle trova un esempio di applicazione in Medicina con la tecnica della Tomografia a Emissione di Positroni (PET). Il positrone è una particella del tutto simile all'elettrone, ma con carica elettrica di segno opposto (positiva invece che negativa); in altri termini, è l'antiparticella dell'elettrone. Quando una particella e la sua antiparticella si trovano in uno stesso punto, vanno incontro al processo di annichilazione, in cui le due particelle scompaiono e al loro posto compare della radiazione elettromagnetica avente un'energia E legata alla

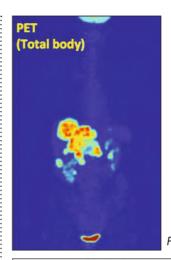


Fig. 13 - Esempio di immagine PET.

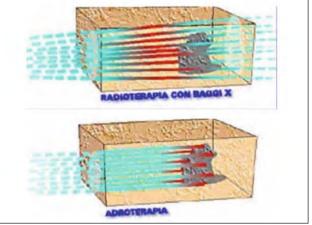


Fig. 14 - Nella terapia adronica, la gran parte dell'energia rilasciata dalla radiazione è concentrata nel tessuto bersaglio.

massa totale m delle particelle annichilate, secondo la ben nota equazione della relatività ristretta di Einstein E=mc² (fig.10). Nel caso dell'annichilazione elettronepositrone, la radiazione elettromagnetica è costituita da due raggi gamma (γ) emessi in direzioni diametralmente opposte. Nella PET, viene iniettata al paziente una sostanza radioattiva con vita media di circa 2 ore (ad esempio 18F), prodotta in un ciclotrone (fig. 11), solitamente adiacente alla PET. Questa sostanza, entrando in circolo, raggiunge i vari organi. Il ¹⁸F decade secondo un processo chiamato decadimento β , in cui viene emesso un positrone. Quest'ultimo, trovandosi circondato dai tantissimi elettroni degli atomi dell'organo, finisce quasi istantaneamente per annichilarsi con uno di essi. Rivelando i due γ in un opportuno apparato (corona circolare di rivelatori – fig.12) è possibile ricostruire da







Fig.15 - Il sincrotrone ELETTRA a Trieste.

dove provengono e quindi, in questo modo, ottenere un'immagine tridimensionale dell'organo in esame (fig. 13), permettendo inoltre la determinazione dell'attività o dell'utilizzo chimico all'interno delle parti del corpo investigate.

La fisica delle particelle elementari trova anche applicazioni avanzatissime in terapia, ed in particolare nella terapia adronica. Nel termine adroni sono comprese tutte le particelle nucleari "pesanti" (le particelle dotate di carica elettrica come protoni e ioni pesanti, e i neutroni). Gli adroni elettricamente carichi, portati ad alta energia tramite un acceleratore di particelle (ciclotrone o sincrotrone), e inviati sul paziente, rilasciano la maggior parte della loro energia solo al termine del cammino all'interno del tessuto (picco di Bragg). E' possibile quindi far sì che l'energia degli adroni venga rilasciata in gran parte solo nei tessuti tumorali, in tal modo distruggendoli, e al contempo risparmiando quelli sani circostanti, al contrario di quello che avviene con

la "comune" radioterapia a raggi X (fig. 14). La tecnica è stata inizialmente messa a punto principalmente per i tumori dell'occhio, ma più recentemente è stata adoperata con successo anche per altri tipi di neoplasie, come quelle della prostata, del fegato e alcuni tipi di melanoma.

Non si può tacere poi il grande contributo che un'altra tecnica della Fisica quale il laser fornisce tutti i giorni alla terapia medica, specie in oftalmologia, dove viene estensivamente adoperato ad esempio in chirurgia rifrattiva (modellazione della geometria della cornea per correggere difetti come la miopia grave) e nella laserterapia retinica (prevenzione o riparazione del distacco di retina).

Per quanto riguarda infine il contributo della Fisica alla ricerca biomedica, è evidente a tutti l'importanza di tecniche quali la microscopia ottica e la microscopia elettronica (sia a scansione – SEM che in trasmissione – TEM), e le tecniche da esse derivate. Anche l'uso dei raggi X anche in quest'ambito, oltre che in diagnostica e terapia, è da tempo largamente diffuso. Questi posso-

FISICA E SCIENZE BIOMEDICHE



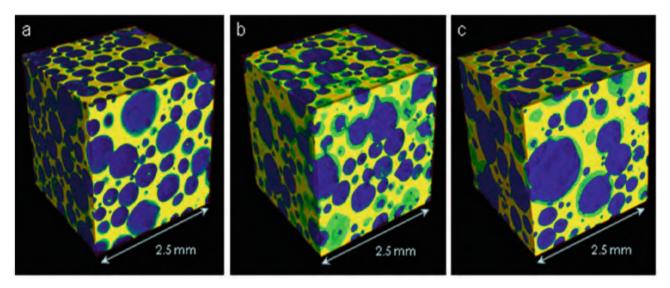


Fig.16 - Microtomografia di "scaffold" di idrossiapatite sintetica, caricate con cellule staminali e poi impiantate nel modello animale. L'osso ricresciuto, a diversi tempi dopo l'impiantazione, è indicato con il colore verde.

no essere prodotti sia in "comuni" apparecchiature da laboratorio, sia in grandi acceleratori come i sincrotroni, presenti in diversi laboratori sparsi nel mondo, il più grande dei quali è la European Synchrotron Radiation Facility (ESRF) di Grenoble, mentre in Italia è presente il sincrotrone ELETTRA a Trieste (fig.15). Si è già detto di come la determinazione della struttura ad elica del DNA sia stata possibile grazie alla diffrazione dei raggi X, e tuttora una gran parte degli studi riguardanti le molecole biologiche viene svolta con l'ausilio di questa tecnica e di altre come la diffusione a piccoli angoli dei raggi X (SAXS). Studi analoghi sono anche portati avanti tramite fasci di neutroni, prodotti in reattori nucleari dedicati alla ricerca. Metodi come la diffrazione dei neutroni e la diffusione a piccolo angolo dei neutroni (SANS) consentono oggi studi sofisticati su un gran numero di molecole biologiche, con ricadute importantissime sia sulla comprensione dei meccanismi mediante i quali certe malattie funzionano, sia per mettere a punto nuovi farmaci.

Negli anni più recenti tecniche di imaging analoghe alla TAC (microtomografia) sono state messe a punto, principalmente presso i sincrotroni ma anche su macchine a raggi X da laboratorio, per lo studio di materiali biologici e biomateriali dal punto di vista meccanico e, soprattutto, nelle applicazioni all'ingegneria dei tessuti, anche mediante l'utilizzo di cellule staminali, contribuendo al progresso della ricerca nei campi più svariati della Medicina, quali l'ortopedia (materiali per protesi

– fig.16), l'odontoiatria, la cardiologia, e lo studio di malattie rare e le possibile cure di queste con cellule staminali (ad esempio, la distrofia muscolare).

In ultimo, pur senza entrare nel dettaglio, dobbiamo anche nominare il contributo della Fisica alla protezione dalle radiazioni e alla dosimetria, importantissima non solo negli ospedali, ma anche negli ambulatori e negli studi medici e odontoiatrici in cui si utilizzino tecniche di radiologia e di medicina nucleare. A tali scopi, un servizio di Fisica Sanitaria è sempre presente nei maggiori ospedali.

Concludendo, si è cercato di dare una panoramica la più ampia possibile per quanto, giocoforza, non completamente esaustiva, del grande contributo che una scienza fondamentale come la Fisica fornisce alla Medicina moderna. Al giorno d'oggi non è possibile pensare alla Medicina senza l'ausilio di queste tecniche e metodologie senza dubbio fondamentali sia in diagnostica, che in terapia, che nella ricerca.

Tutto ciò si spera contribuisca, se mai ce ne fosse bisogno, a far comprendere ai ragazzi che si apprestano ad intraprendere la difficile ma certamente entusiasmante carriera di studente di Medicina che la loro preparazione professionale di medico moderno non può prescindere da un'ottima conoscenza di quella che è da molti ritenuta, probabilmente a ragione, la "madre di tutte le scienze": la Fisica.





ADORIANO SANTARELLI, MONICA IUSTINI, FRANCESCA CIARPELLA, MIRCO GREGORINI, ENRICO CERONI, STEFANO MARCELLI* Corso di Laurea in Infermieristica

Corso di Laurea in Infermieristica Poli Didattici di Fermo e di *Macerata Università Politecnica delle Marche

Evoluzione della professione infermieristica Nuovi ruoli professionali

In un momento storico, caratterizzato da mutamenti economici, sociali ed epidemiologici, è nata la necessità di pensare a cambiamenti organizzativi (Cavicchi 2013) dei Servizi Sanitari. Questi cambiamenti hanno determinato un trasferimento sempre maggiore di risorse dall'ospedale al territorio, hanno incrementato l'assistenza domiciliare, fatto nascere le strutture residenziali e la Casa della Salute. La riduzione dei posti letto per acuti ha determinato un reengineering ospedaliero, con nuove modalità organizzative e nuovi modelli di assistenza. Da un assistenza per specialità si sta passando a quella per intensità di cura e da un'assistenza per compiti alla presa in carico globale del paziente.

Questi cambiamenti organizzativi che nascono dall'esigenza di servizi appropriati hanno portato alla nascita di nuovi ruoli professionali, quali l'infermiere Case Manager, l'infermiere di comunità, l'infermiere dei processi, l'infermiere di cellula, l'infermiere Bed Manager.

L'Infermiere Case Manager (ICM)

- Il *Case management* è una risposta al problema dell'appropriatezza in quanto si fonda su:
- un processo collaborativo di accertamento, pianificazione facilitazione e coordinamento delle cure;
- una valutazione ed *advocacy* delle scelte e dei servizi che agevolino i bisogni sanitari generali dell'individuo e della sua famiglia;
- una promozione di *outcomes* di *qualità* con un buon rapporto costo-efficacia;
- un *approccio diffuso* di presa in carico durante l'intero percorso assistenziale del paziente, evitando ridondanze;
- una *metodologia* che richiama l'appropriatezza degli interventi multidisciplinari e multiprofessionali;
- un *coordinamento* ed utilizzo delle risorse messe in campo;
- *continuità assistenziale* e monitoraggio sistematico dei risultati raggiunti.¹

L'ICM garantisce la continuità assistenziale perché è da sempre vicino al paziente dall'assess (accertamento), al plan (pianificazione), in cui diventa promotore e facilitatore delle cure; al collaborate (collabora) con gli altri professionisti sanitari coinvolti nel caso; implement (attua) ciò che ha pianificato in precedenza; monitor (monitorizza) tutte le fasi, fino all'evaluate (valutazione) in cui l'ICM

rileva *feedback* positivi o negativi degli interventi.

Ha un ruolo *financial* (economico) in quanto concorre ad evitare gli sprechi; è di supporto ai providers, ovvero agli enti che elargiscono i servizi ed è di supporto sociale al paziente ed alla sua famiglia, in quanto implementa la compliance; è funzione ethics e legal ed advocacy, ovvero protezione e promozione dei diritti e della dignità dell'assistito² (Fig. 1).

Caratteristiche dell'ICM: Competenza clinica, pensiero critico, capacità organizzativa, abilità di negoziazione, saper gestire conflitti, capacità comunicativa, rispetto e fiducia da parte dei colleghi.³ In un'indagine effettuata presso l'AUSL di Piacenza, nel 2011, si è chiesto agli Infermieri CM quali siano le competenze che risultano importanti per lo svolgimento del loro lavoro. Il 69.% risponde che è importante informare ed educare il paziente, il 65% che è importante pianificare in modo corretto le attività ed ancora il 61% che è importante valutare i risultati dei pazienti.

ICM nei Piani Diagnostico - Terapeutici Assistenziali (PDTA)

Un ambito in cui l'ICM ricopre un ruolo importante è quello del PDTA, definito come: piano multidisciplinare e



Fig. 1 - Il Continuum of health care - CMSA (Case Management Society of America).

EVOLUZIONE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA



multiprofessionale, utilizzato per gestire pazienti con una specifica e rilevante condizione patologia, per definire la migliore seguenza temporale e spaziale delle attività diagnostiche terapeutiche ed assistenziali, per raggiungere obiettivi di salute ottimali, definiti a priori, con efficacia ed efficienza.4 L'ICM, all'interno del PDTA, collabora con il team interdisciplinare e facilita la realizzazione del piano di cura, la programmazione e lo svolgimento degli esami di prericovero o organizzazione del follow-up. In un setting di trapianto renale ha il compito di sensibilizzare, addestrare, informare e lavorare sull'accettazione della malattia da parte del paziente, di educatore, consulente e mediatore tra paziente, famiglia e team clinico; coordina tra le diverse strutture gli appuntamenti delle visite e degli esami diagnostico-strumentali garantendo, in collaborazione con l'infermiere del pre-trapianto, che il paziente ed il suo donatore compiano tutti gli accertamenti diagnostici necessari alla valutazione di idoneità al trapianto.⁵ Così pure in un setting come quello degli Istituti Europei di Oncologia (IEO), si occuperà della gestione del prericovero con la compilazione dell'assessement infermieristico, della compilazione della cartella infermieristica, della compilazioni dei consensi, quiderà il paziente nel percorso di visite chirurgiche ed anestesiologiche fino alla comunicazione del ricovero.6

ICM ed Assistenza domiciliare

Un ambito extra-ospedaliero in cui l'ICM svolge la sua attività è quello dell'assistenza domiciliare.

L'infermiere case manager è stato definito un professional che, richiamandosi al valore della centralità della persona e mantenendo elevate competenze professionali, lavora concretamente su una progettazione multidisciplinare e trasversale, garantisce continuità attraverso il lavoro in team e la costruzione di una rete assistenziale costituita da professionisti, strutture e paziente/famiglia che si mettono in una condizione di efficace interazione a cominciare da una imprescindibile valutazione congiunta e multiprofessionale. L'infermiere case manager: partecipa all'analisi ed alla decodifica dei bisogni attivando coerenti percorsi assistenziali; partecipa alla definizione del piano di assistenza e verifica l'attuazione dello stesso in collaborazione con il Medico di Medicina Generale, geriatra ed altri specialisti, fisioterapista, infermiere, assistente sociale, all'interno dell'Unità Valutativa Distrettuale. E' punto di riferimento per il paziente e/o per tutti i professionisti coinvolti nel caso; promuove la presa in carico e la continuità assistenziale; è integrazione professionale ed organizzativa; responsabilizza ed educa il paziente verso l'ottenimento della compliance alle terapie prescritte e verso l'aderenza ad uno stile di vita adeguato; effettua, anche se non sistematicamente, assistenza diretta; opera con i pazienti in prima persona o per telefono, onde monitorarne le condizioni e fornire tutti i consigli necessari a favorire una migliore auto-gestione; si assicura della corretta erogazione dei servizi previsti dal piano di assistenza sia sul versante sanitario che sociale.

In sintesi, le competenze e le attitudini richiesta all'ICM sono molteplici e si esplicano su più dimensioni. Competenze cliniche, ma anche competenze più trasversali di natura relazionale e di gestione delle risorse a disposizione della rete assistenziale in un ottica di sistema.⁸

ICM nel Dipartimento Salute Mentale (DSM)

La riforma Basaglia, ha portato ad uno sviluppo dei servizi territoriali con impostazioni delle strutture a rete, all'implementazione di una *psichiatria di comunità* e la presa in carico dell'ICM che ricopre ruoli fondamentali con competenze ed abilità che si articolano su due diversi livelli: il primo, clinico-assistenziale, orientato verso il paziente e la sua famiglia; il secondo, organizzativo, rivolto all'équipe multidisciplinare e multiprofessionale. Nello specifico, le *abilità interpersonali* si esplicano nel saper comunicare in modo efficace e terapeutico, aver diplomazia, rapidità d'azione, autorevolezza, saper porre ordine di priorità. Le *abilità professionali* comprendono, invece, aver responsabilità etico-professionale, buon pensiero critico, conoscere l'evidente based practice, saper trasmettere conoscenze ed informazioni.

Nel DSM è stato scelto proprio l'infermiere per ricoprire il ruolo di Case Manager perchè, per sua impostazione, è già preparato ad avere una visione olistica del paziente nel suo contesto bio-psico-sociale; grazie alla sua formazione generalista, ha la capacità di soddisfare, nel loro complesso, i bisogni assistenziali del paziente; è il professionista preparato a comprendere ed organizzare il suo percorso globale di cura.⁹

L'infermiere di comunità

I cambiamenti organizzativi e culturali dell'assistenza infermieristica svolta a livello territoriale, implicano la nascita della community care; forme di assistenza e di supporto erogato tanto "nella" comunità, quanto "dalla" comunità, attivate in vario modo da operatori pubblici, da privati a pagamento, da volontari o dai cosid-

Adoriano Santarelli et Al.



detti informal carer (ovvero i parenti, gli amici, i vicini di casa, etc.).¹⁰ L'infermieristica di comunità richiede interventi professionali caratterizzati da

- spiccata autonomia professionale;
- capacità di lettura/individuazione delle priorità/soluzione dei problemi;
- capacità di valutare/decidere se agire direttamente o demandare
- capacità di interazione/integrazione con tutti i professionisti presenti sul territorio;
 - capacità relazionali;
- capacità di educare la persona all'autocura ed all'autoassistenza.

In particolare, la sua attività viene svolta in sede:

- ambulatoriale, per le persone che possono accedere al servizio. Le attività saranno: punto di ascolto, educazione ed informazione sanitaria, terapia iniettiva, medicazioni, indirizzo sui percorsi assistenziali, interventi e prestazioni su progetti di salute concordati con l'equipe territoriali di assistenza;
- domiciliare, per le persone che non sono in grado di recarsi presso le strutture sanitarie, in quanto non autosufficienti in modo temporaneo o permanente. Le prestazioni erogate saranno: prelievi ematici, medicazioni, terapie iniettive, gestione stomie e catetere vescicale, assistenza per la nutrizione artificiale, attività di consulenza e di addestramento della persona, dei familiari o altri operatori coinvolti nell'assistenza, prevenzione delle complicanze da allettamento;
- sociale, con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali ed informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti i bisogni di salute.¹¹

L'infermieristica di comunità è il motivo di crescita di una cultura della salute che vede la persona disabile e chi le sta vicino, come protagonista di una vicenda qualificante della propria vita, piuttosto che di un'esperienza di isolamento e di perdita.

L'infermiere di cellula e di processo

Gli ospedali moderni stanno vivendo un momento di profondo cambiamento, con spinte endogene ed esogene che producono nuovi fabbisogni organizzativi rispetto al passato. In questo contesto, diverse esperienze nazionali e internazionali stanno orientando la riorganizzazione delle attività sanitarie ospedaliere in base al livello di complessità clinica e assistenziale dei pazienti.

Tale modalità organizzativa prevede che nell'ospedale le attività non siano suddivise più in base al reparto o specialità di appartenenza, ma in base al bisogno di cura e di assistenza del paziente. 12-13-14 Il passaggio da una assistenza per specialità ad una per intensità di cura, richiede una modifica radicale del modo di fare assistenza con il passaggio da un'assistenza per compiti, alla presa in carico globale del paziente. Al fine di creare valore per l'utente¹⁵, utilizziamo come punto di forza il primary nursing (presa in carico globale) ed il patient focus care (piano di assistenza personalizzato). Si lavora in modo standardizzato (evidenze scientifiche) per ogni specifico paziente. Il modular nursing è il modello secondo il quale un infermiere lavora all'interno di una "cellula", vista come l'insieme di un numero definito di stanze di degenza e, quindi, un numero definito di pazienti. E' l'unità produttiva di base, l'insieme riconoscibile e dinamico di elementi e funzioni che realizza risposte adequate e specifiche per il paziente. Ad un infermiere viene affidata la gestione di una cellula e, come tale, viene chiamato "infermiere di cellula". Lavora fisicamente proprio all'interno della cellula in collaborazione con l'Operatore Socio Sanitario (OSS). E' colui che personalizza il piano standard. E' punto di riferimento per quella cellula, per tutti i clinici.

L'infermiere di processo, lavorando nelle ore diurne, è colui che prende in carico il paziente all'ingresso, redigendo il piano standard secondo la diagnosi. Ha la responsabilità sullo scorrimento del flusso e si occupa in maniera proattiva del paziente, fino alla dimissione dello stesso.

L'infermiere bed manager

Un problema rilevante nel nostro Sistema sanitario è quello della governance dei posti letto: non sempre è vero che ce n'è una carenza, bensì è presente un uso inappropriato degli stessi. Il *Bed Management* è uno strumento in grado di ottimizzare i percorsi di cura e la corretta logistica dei pazienti, garantendo un utilizzo appropriato della risorsa "posto letto". Il *Bed Management* è definibile come il processo che regola l'allocazione, la permanenza ed il trasferimento interno del paziente. ¹⁶ Tale processo è regolato da un insieme di politiche, procedure e standard coerenti con l'allocazione delle dotazioni tra unità organizzative ed attività cliniche, ma è anche condizionato dalle decisioni quotidiane di medici e professionisti sanitari, almeno in parte prese con logica incrementale

EVOLUZIONE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA



(ovvero della disponibilità immediata).

La figura del Bed Manager (BM) nasce proprio con l'ottica di un'ottimizzazione della produttività delle risorse a disposizione e di recupero della centralità dei pazienti nei processi assistenziali. Il BM è in grado di unire competenze cliniche e logistiche nella supervisione dei posti letto. Tra i suoi compiti c'è la gestione del percorso del paziente (patient flow) in ospedale con l'ausilio del personale medico ed infermieristico al fine di raggiungere il setting assistenziale adatto.¹⁷

I flussi (patient flow) di pazienti attraversano una serie di aree "produttive" tra cui le aree di degenza, le sale operatorie, gli ambulatori e le terapie intensive, che è importante saper programmare e gestire nel modo più efficace possibile al fine di ottimizzare i flussi fisici dei pazienti. Il patient flow è inteso come la movimentazione del paziente all'interno della struttura sanitaria dall'ammissione alla dimissione e molti dei problemi tipici delle moderne realtà ospedaliere sono proprio legati ad una cattiva gestione di guesti flussi tra le varie aree dell'ospedale. L'obiettivo del management in sanità è assicurare il coordinamento e l'integrazione tra logistica, aree produttive ospedaliere e percorsi diagnostico-terapeutici, garantendo efficaci processi clinico-assistenziali senza spreco di risorse. Poter disporre di quanto serve ai processi clinici al momento opportuno e nel posto giusto è imprescindibile da livelli adequati di sicurezza e qualità assistenziale ed è fondamentale per ottimizzare i tempi, ridurre i costi e migliorare l'efficienza aziendale. Governare e programmare la gestione di queste aree risulta sempre più rilevante al fine di poter evitare potenziali impatti negativi sulla sicurezza, sull'efficacia e sull'efficienza dei processi di cura, quali: ritardi nell'erogazione delle prestazioni; lunghi tempi di attesa; inappropriatezza del setting assistenziale; prolungate degenze ospedaliere; sprechi di risorse; sovraccarico di attività con consequente aumento dello stress nel personale; incremento della probabilità di errore. L'obiettivo generale del BM è quello di trasformare un sistema sanitario "push", in cui il paziente viene spinto, in un'ottica "pull" in cui il paziente viene tirato al fine di risparmiare tempo e costi.¹⁸

Conclusione

Se ricordiamo l'approccio del naturalista inglese C. Darwin (1809-1882), che dopo lunghi anni di osservazione sul campo, raggiunse la mera convinzione che «non è la specie più forte che sopravvive né la più intelligente,

ma quella più ricettiva al cambiamento», così pure una professione infermieristica per essere appropriata al momento storico ha bisogno di adattarsi ai cambiamenti organizzativi ed alle nuove esigenze assistenziali della popolazione.

Bibliografia

- 1) Chiari P., Santullo A. (2010), *L'infermiere case manager. Dalla teoria alla prassi* (2° ed.), Milano, McGraw-Hill.
- 2) Biavatti C. (2012), *Standars per la pratica del Case Management*. AICM Journal, 1: p.5
- 3) Yamamoto L., Lucey C. (2005), Case Management: "Within the walls" a glimpse into the future, in Crit care Nurse Q. (Vol. 58): n.2, 162-178.
- 4) Bascelli E. (Settembre 2013), *Lavorare insieme per il bene comune: il senso di appartenenza collettiva*, Giornale italiano di Case Management Edizione Italiana. A cura dell'Associazione Italiana Case Manager Sede Nazionale Bologna (volume 2 numero 2).
- 5) Schena A., Maiorano AM., Zaza GL., *Selezione e follow-up del ricevente di trapianto di rene da donatore vivente*, Giornale italiano di nefrologia, 2009:26(4);468-472.
- 6) Magon G., Suardi T. (2013), *Primary nursing: conoscere ed utilizzare il modello*, RN, Maggioli Editore.
- 7) Costantino C, Artioli G (a cura di). *La professionalità della care infermieristico. Risultati della prima indagine nazionale.* Franco Angeli, Milano, 2003.
- 8) Chiari P., Santullo A. (2010), *L'infermiere case manager. Dalla teoria alla prassi (2° ed.)*, Milano, McGraw-Hill.
- 9) Leone M. V., *Il case management e l'infermiere case manager in salute mentale. Una revisione della letteratura,* A.A.: 2011/2012, Università degli studi di Brescia.
- 10) Pellizzari M. (2008), L'infermiere di comunità: dalla teoria alla prassi, McGraw-Hill, Milano.
- 11) Pellizzari M. (aprile, 2010), La valutazione dell'impatto del modello dell' infermiere di comunità sugli esiti di salute della popolazione: proposta di un set di indicatori Collegio IPASVI provinciale di Oristano.
- 12) Fagerström L. et Al. The Rafaela system: a workforce planning tool for nurse staffing and human resource management. Nurs Manag (Harrow), 21(2):30-6, 2014.
- 13) Carmona-Monge FJ. et Al. Evaluation of the nursing workload through the Nine Equivalents for Nursing Manpower Use Scale and the Nursing Activities Score: a prospective correlation study. Intensive Crit Care Nurs, 29(4):228-33, 2013.
- 14) Karanikolos M. et Al. *Financial crisis, austerity, and health in Europe*. Lancet, 381: 1323–31, 2013.
- 15) Nicosia P.G., Nicosia F. (2008), Tecniche Lean in sanità. Più valore, meno spreco, meno errori col sistema Toyota, Ed. Franco Angeli, Milano
- 16) Sensoli E. (Giugno 2010), *Posti letto, management in sanità*. Riv. Tecnica Ospedaliera, Pag. 44-50.
- 17) Alesani D., Barbieri M., Lega F., Villa S (2006), Gli impatti delle innovazioni dei modelli logistico-organizzativi in ospedale: Spunti da tre esperienze aziendali pilota. Rapporto Oasi, Cap 13, pag. 457-94.
- 18) Harden C., Resar R. (summer 2004), Patient flow in hospitals: understanding and controlling it better. Frontiers of Helth Service Management; 20:4, pg. 1-9.



La Sindrome di Sjögren

Premessa

La sindrome di Sjögren è una malattia flogistica cronica su base immunitaria, caratterizzata da un'infiltrazione linfocitaria e plasmacellulare prevalentemente delle ghiandole a secrezione esocrina, con il frequente coinvolgimento degli organi interni e dei vasi (Rev. in 1-4).

L'infiltrazione comporta distruzione dei parenchimi, perdita della funzione e quindi comparsa clinica di una sindrome sicca che è il carattere distintivo della malattia. La sindrome deve essere considerata come una immunopatia sistemica perché frequenti sono le localizzazione extra-ghiandolari che possono precedere le manifestazioni caratteristiche, facendo sì che la malattia possa venir riconosciuta anche a distanza di molti anni dal suo esordio oppure mai diagnosticata. La sindrome è caratterizzata da una grande varietà di quadri clinici che vanno dalle forme localizzate, paucisintomatiche, lentamente progressive, a forme evolutive sistemiche con interessamento di organi maggiori come il polmone e il rene.

Dal punto di vista clinico si distinguono la sindrome di Sjögren primitiva quando l'affezione insorge in un soggetto sano e la sindrome di Sjögren associata quando compare nel decorso di altre immunopatie sistemiche, LES, Sclerosi sistemica ed Artrite reumatoide soprattutto, ma anche di altre malattie autoimmuni, quali tiroidite, cirrosi biliare primitiva, epatiti croniche attive, vascoliti, fibrosi polmonare, citopenie immuni.

Colpisce con netta prevalenza, venti casi ad uno, il sesso femminile, la quarta, quinta e sesta decade di vita ed è, dopo l'artrite reumatoide, l'immunopatia più frequente; la sua prevalenza è da 1 a 9 casi per 100.000 persone, negli USA, con una incidenza di 4,2 casi ogni 100.000 abitanti nella metà dei quali la sindrome non è stata riconosciuta. L' intervallo tra la comparsa dei sintomi e la diagnosi di malattia può essere anche di dieci anni.

L'infiltrazione linfocitaria e plasmacellulare, come s'è detto, interessa prevalentemente le ghiandole a secrezione esocrina, le salivari maggiori, parotide e sottomandibolari, e quelle minori, gengivali e palatine, le ghiandole lacrimali e quelle presenti nelle vie respi-

MARIA GIOVANNA DANIELI, SCILLA SPARABOMBE

Clinica Medica, Clinica Odontostomatologica Università Politecnica delle Marche

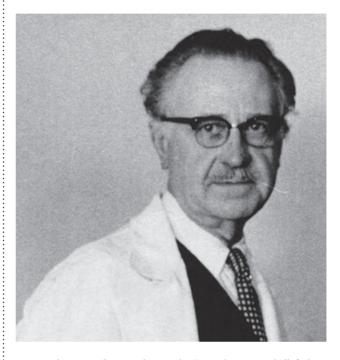


Fig. 1 - II Dr. Henrik Samuel Conrad Sjögren (1899-1986), l'oftalmologo svedese che per primo nel 1933 identificò l'associazione tra sindrome sicca e poliartrite.

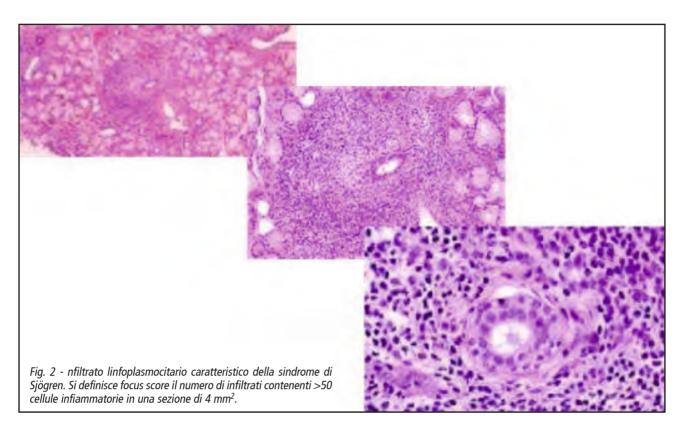
ratorie, digestive e nella vagina; tra gli organi rene, polmone e fegato. In alcuni pazienti l'infiltrato linfocitario assume aspetti di malignità, configurando, nel 4% dei pazienti, quadri conclamati di linfoma maligno. Questi pazienti inoltre presentano un rischio 33.3 volte maggiore, rispetto alla popolazione, di sviluppare un linfoma delle ghiandole salivari o extra-salivare, che nell'80% dei casi è di tipo MALT della zona marginale.

Come per tutte le malattie a genesi immunologica, i fattori patogenetici/eziologici sono rappresentati dall'assetto genetico, da fattori ambientali sia endogeni, ormoni e vitamina D, sia esogeni, soprattutto infezioni, e da una dis-regolazione immunitaria⁵⁻⁶.

Sono stati descritti casi familiari di Sjögren e non è raro il riscontro di anticorpi organo e non- organospecifici nei familiari. E' frequente nelle forme primitive l'associazione con HLA B8 ed HLA DR3, e nelle secondarie quella con HLA DR4.

Tra gli agenti infettivi, la massima attenzione è stata rivolta al virus di Epstein-Barr, al Citomegalovirus, al Virus erpetico umano HHV 6 e all'agente responsabile dell'epatite C, ma i quadri clinici che conseguono a





queste infezioni non si accompagnano alla presenza di autoanticorpi né a quella della caratteristica infiltrazione CD4.

La dis-regolazione immunitaria è caratterizzata dall'attivazione policionale di linfociti B e dal deficit dei linfociti T che regolano le risposte immunitarie, ma si è dimostrata anche una iperattività delle cellule NK, delle cellule dendritiche e dei macrofagi. L'iperattività B è testimoniata da una vistosa iper-gammaglobulinemia e dalla presenza di autoanticorpi non-organospecifici (fattori reumatoidi, anticorpi diretti verso antigeni nucleari, presenti sino al 100% dei casi) e di autoanticorpi organo-specifici diretti contro l'epitelio dei dotti delle ghiandole salivari, le cellule parietali gastriche, la tiroide. Anticorpi anti-ENA, Ro/SSA e La/SSB si ritrovano rispettivamente nel 60 e nel 40% dei pazienti. Tra gli anti-ENA, gli anti-Ro/SSA sembrano caratterizzare forme a decorso clinico più severo, presenza di manifestazione extra-ghiandolari e comparsa di linfomi. Il rilievo contemporaneo di anticorpi anti-nucleo e di fattori reumatoidi è suggestivo della sindrome.

Manifestazioni cliniche

Le principali manifestazioni cliniche della sindrome di Sjögren (Tabb.1-2) possono essere distinte in ghiandolari ed extra-ghiandolari.

I sintomi d'esordio possono essere aspecifici (astenia presente in circa l'80% dei casi, artralgie, perdita di peso, facile stancabilità) anche se non è eccezionale (13% dei casi) un inizio acuto con tumefazione parotidea dolente associata a febbre. Il fenomeno di Raynaud è modesto e non implica sequele vascolari.

Manifestazioni legate al coinvolgimento delle ghiandole a Secrezione esocrina

La xeroftalmia si manifesta come una fastidiosa sensazione di corpo estraneo associata a secchezza, fotofobia, arrossamento degli occhi e cheratocongiuntivite ricorrente. Sarà trattata nel numero successivo ad opera del Prof. Pier Giorgio Neri.





La xerostomia si manifesta con secchezza orale persistente secondaria alla riduzione del flusso salivare. La ridotta secrezione può essere di entità tale da causare difficoltà alla fonazione ed alla deglutizione, specialmente dei cibi solidi. Nei casi più evoluti il paziente è costretto a bere assai spesso, in particolare svegliandosi durante la notte e al risveglio e può riferire, oltre alla sensazione di "bruciore" e dolore alla bocca e difficoltà a muovere la lingua, anche difficoltà fonatorie, difficile formazione del bolo alimentare, masticazione imperfetta, digestione difficoltosa, stipsi; disfagia, disgeusia.

La xerostomia viene valutata con la misurazione del flusso salivare e con indagini strumentali che esplorano la funzionalità salivare.

L'ampio spettro di valori normali di saliva prodotta rende difficile stabilire il limite certo inferiormente al quale si realizza una disfunzione ghiandolare⁷⁻⁸. Nell'ambito delle ipofunzioni ghiandolari
salivari viene oggi attribuito al termine xerostomia il significato di
sensazione soggettiva di bocca asciutta (sintomo) e a iposcialia o
iposalivazione il significato di deficit oggettivo della funzione salivare (segno). Esiste una notevole variabilità dei dati epidemiologici
relativi alle disfunzioni salivari; la prevalenza della xerostomia è stimata al 10% nella popolazione giovane non sottoposta a terapia
farmacologica e al 44% circa in anziani sotto regime farmaco terapeutico. Ad oggi, la prevalenza della iposcialia è difficile da stimare
a causa della confusione perpetuata sui termini, della mancanza di
standardizzazione nei metodi di raccolta della saliva e nella misurazione dei flussi e dell'assenza di un cut-off disfunzionale certo per la
variabilità dei dati fisiologici.

Secondo un criterio obiettivo (scialometria) la maggior parte degli Autori anglosassoni concorda nel definire la xerostomia una secrezione salivare a riposo inferiore a 0,1 ml/min. Questa condizione clinica è influenzata dalla soggettività di chi ne soffre; infatti non è detto che a valori similari di scarso flusso salivare corrispondano identiche reazioni di sofferenza, in quanto tendono a introdursi componenti legate alla personalità, al livello culturale e al vissuto del soggetto stesso. E' però assodato il fatto che, proporzionalmente alla progressiva riduzione del flusso salivare fino alla totale cessazione dell'attività secretiva, si riduce il potenziale di difesa del cavo orale perché vengono a mancare tutti quei fattori di protezione fisico-chimici, enzimatici e immunitari preposti al controllo dell'equilibrio dell'ecosistema orale.

L'esame obiettivo del paziente con xerostomia può rilevare una vasta gamma di segni di differente gravità. Le mucose appaiono pallide, lisce, secche, pergame-

Sindrome sicca	xerostomia, xeroftalmia
Cute	xerodermia, prurito, aumentato rischio di abrasioni e infezioni cu- tanee
Altre mucose	secchezza vaginale (dispareunia), xerorinia, irritazione faringea

Tab. 1 - Manifestazioni ghiandolari della Sindrome di Sjogren.

nacee, per l'atrofia epiteliale e la mancanza del film salivare emolliente con mancanza dell'abituale raccolta di saliva ai lati del frenulo linguale. È necessario chiedere al paziente di aprire la bocca e sollevare la lingua per ispezionare il vestibolo sublinguale che invece di essere umido e brillante con una piccola quota di saliva, si presenta secco e privo di saliva. Sono inoltre presenti afte, cheilite angolare, chiazze eritematose e segni dei traumi abrasivi delle cuspidi e dei margini dentali. La lingua mostra una superficie liscia, disepitelizzata, fessurata ai margini e sul dorso con atrofia delle papille filiformi.

Un importante significato clinico assumono le complicanze dentarie e orali della xerostomia.

Carie. L'incidenza è nettamente maggiore nei pazienti con xerostomia, per la diminuita capacità tampone della saliva con tendenza alla demineralizzazione dei denti, per il ridursi dei fattori antimicrobici salivari, per le modificazioni della microflora orale con aumentata colonizzazione batterica delle superfici dentarie e sviluppo di una placca batterica particolarmente tenace⁹.

Parodontopatie. L'accumulo della placca gengivale nella secchezza orale si traduce in un insulto cronico a carico delle gengive che può esitare nella retrazione alveolare e nell'espulsione dentaria.

Candidosi. Può insorgere per la riduzione delle componenti antimicrobiche salivari e per le conseguenti modificazioni nella microflora orale¹⁰.

Problemi protesici. Dolore, decubiti, infezioni, connessi alla riduzione dell'azione lubrificante e adesiva garantita dalla normale pellicola salivare.

La riduzione della secrezione può interessare le ghiandole esocrine delle prime vie respiratorie, con conseguente secchezza della mucosa nasale sino all'atrofia mucosa e alla perforazione del setto, anomalie dell'olfatto, epistassi, raucedine; quello delle ghiandole mucose tracheali, xerotrachea, è responsabile di tosse secca e stizzosa e di frequenti tracheo-bronchiti. La ridotta secrezione ghiandolare a livello delle prime vie

SINDROME DI SJÖGREN



Sintomi costituzionali	astenia, febbre/febbricola, calo ponderale
Sistema muscolo-scheletrico	artralgie, artrite non erosiva, mialgie, miosite, fibromialgia
Cute	vascolite, fenomeno di Raynaud, orticaria
Sistema emopoietico	linfadenopatia, leucopenia, linfopenia, linfoma
Apparato gastrointestinale	dismotilità esofagea, atrofia gastrica, epatite autoimmune,
	cirrosi biliare primitiva
Sistema endocrino	diabete mellito tipo I, tiroidite
Apparato respiratorio	interstiziopatia polmonare
Rene	acidosi tubolare, nefrite interstiziale, nefrocalcinosi, glomerulonefrite (rara)
Sistema nervoso periferico	neuropatia sensitivo-motoria, mononeurite multipla, neuropatia del trigemino,
Sistema nervoso centrale	deficit cognitivi, deficit focali

Tab. 2 - Manifestazioni extra-ghiandolari della Sindrome di Sjogren.

aeree costituisce un fattore di rischio per l'insorgenza di bronchiti croniche, bronchiectasie, atelettasie; a carico del tratto gastrointestinale si osservano atrofia della mucosa dell'esofago e dello stomaco, ipo- ed acloridria gastrica cui corrispondono disfagia, anoressia, dimagramento. Ipergastrinemia, ipovitaminosi B12 ed anemia macrocitica sono più rare complicanze. Sono stati descritti casi di pancreatite subclinica. Possono essere presenti proctalgia e, nella donna, dispareunia, secondaria alla secchezza della mucosa vaginale, specialmente nel periodo post-menopausale. Le manifestazioni cutanee sono frequenti nella sindrome di Sjögren. La diminuita produzione sudoripara e sebacea provoca xerosi e prurito cutanei.

Manifestazioni extra-ghiandolari

Le manifestazioni extraghiandolari (sintomi sistemici e coinvolgimento degli organi interni) si riscontrano nel 60% dei pazienti affetti dalla forma primaria della sindrome di Sjögren, mentre sono più rare nelle forme secondarie¹¹.

Sintomi aspecifici sono rappresentati, come prima si è ricordato, da astenia presente in circa l'80% dei casi, febbre, perdita di peso, artromialgie diffuse, in alcuni casi correlate a, poliartrite non erosiva ricorrente. Particolare attenzione va posta quindi a una paziente che presenta un esordio, spesso improvviso, di sintomi quali astenia cronica o dolore generalizzato con scadimento della qualità di vita. In questi casi la diagnosi di Sjögren va sempre sospettata accanto a quelle di ipotiroidismo,

neoplasia occulta, depressione e, soprattutto, fibromialgia. Generalmente, quanto più accentuati sono i sintomi sistemici, tanto meno rilevanti sono le manifestazioni viscerali.

Gli organi più spesso colpiti sono il polmone e il rene, che sono quelli che maggiormente incidono sull'aspettativa di vita, oltre al tratto gastrointestinale e al fegato.

L'interessamento polmonare è frequente, anche se solo nel 10% dei casi assume rilevanza clinica. La manifestazione caratteristica è una polmonite interstiziale fibrosante, che conduce a quadri di insufficienza ventilatoria di tipo restrittivo; si presenta con le varietà istologiche NSIP (Non specific interstitial pneumonia), LIP (Lymphoid interstitial pneumonia) oppure come esiti di pleurite fibrinosa. L'insufficienza ventilatoria ostruttiva sembra invece dipendente dalla iposecrezione ghiandolare che favorisce l'insorgenza di infezioni ricorrenti e progressivamente la formazione di atelettasie focali, bronchiectasie ed enfisema.

Il coinvolgimento renale è caratterizzato da nefrite interstiziale cui possono conseguire atrofia tubulare e fibrosi interstiziale responsabili dell'insorgenza di diabete insipido, acidosi tubulare, nefrocalcinosi.

L'interessamento gastro-intestinale comprende disfagia che deriva dalla secchezza del tratto orofaringeo con ostacolo alla deglutizione ed alla progressione del bolo alimentare, e dispepsia correlata all'atrofia gastrica.

Il coinvolgimento epatico del Sjögren è suggerito dalla presenza di epatomegalia (10% dei casi) e dal





riscontro di autoanticorpi anti-fegato, anti-membrana epatocitaria (LKM, 20%), anti-mitocondri (AMA, 13%), anti-muscolo liscio (SMA, 33%). Spesso l'interessamento epatico si manifesta con il quadro conclamato della colangite immunitaria o più semplicemente della colestasi anitterica, meno frequentemente dell'epatite cronica attiva, della epatite/pancreatite e, più raramente, della insufficienza pancreatica esocrina.

La presenza di autoanticorpi specifici porta alla comparsa di citopenie autoimmuni, come anemia emolitica e piastrinopenia, quest'ultima anche particolarmente severa.

Altre manifestazioni di rilevanza clinica sono l'artrite non erosiva, la miosite, la vascolite e l'interessamento del sistema nervoso, che varia dal 2 al 60% secondo diverse casistiche; sono presenti polineuropatie sensitive isolate o prevalentemente sensitive, mononeurite multipla, neuropatia autonomica, polineuropatia sensitivomotoria, neuropatia trigeminale ed altre. Più raro, ma estremamente grave, il coinvolgimento del sistema nervoso centrale.

Circa il 10% dei pazienti sviluppa una vascolite, responsabile di fenomeno di Raynaud (40% dei casi), porpora e glomerulonefrite, che possono essere correlate alla presenza di complessi immuni o ad una concomitante crioglobulinemia. La vascolite interessa generalmente i vasi di piccolo o medio calibro e si manifesta clinicamente con porpora palpabile e non palpabile a carico delle estremità inferiori, lesioni orticarioidi, livedo reticularis e ulcerazioni cutanee. La vascolite crioglobulinemica è una condizone severa, responsabile del 10% delle mortalità in corso di SS e può coinvolgere rene, polmone, ma anche il sistema nervoso periferico (atassia neuronopatica).

Legato alla presenza di anticorpi anti-Ro/SSA è il blocco cardiaco congenito, che può manifestarsi alla nascita di un neonato in donne più spesso asintomatiche che potranno, in una significativa percentuale di casi, sviluppare nel tempo una franca SS.

Una complicanza a lungo termine della SS è l'aumentato rischio di linfoma.

Il linfoma e la macroglobulinemia di Waldenström sono manifestazioni per le quali è stata stabilita con certezza un'associazione con la sindrome di Sjögren e possono insorgere anche a distanza di parecchi anni dall'esordio di una forma apparentemente benigna.

La classificazione di sindrome di Sjögren, in soggetti con segni e/o sintomi suggestivi di SS, è confermata in presenza di almeno due dei seguenti tre criteri:

- 1) Autoanticorpi: presenza di almeno una delle seguenti specificità: anticorpi anti-Ro/SSA e/o anti-La/SSB o positività per il fattore reumatoide e ANA, con titolo ≥1:320;
- 2) Biopsia di una ghiandola salivare minore con scialoadenite focale linfocitaria con un focus score ≥ 1 focus / 4 mm²
- 3) Cheratocongiuntivite sicca (KCS)

Criteri di esclusione: Precedenti trattamenti radianti della testa o del collo, infezione da HCV, AIDS, sarcoidosi, amiloidosi, graft versus-host disease, malattia IgG4-correlata.

Tab. 3 - Criteri diagnostici, a cura della Sjögren's International Collaborative Clinical Alliance (SICCA) (Shiboski et al., 2012 12).

Fattori che possono ulteriormente identificare i soggetti ad aumentato rischio di linfoma sono la febbre, la linfadenopatia, la splenomegalia, la tumefazione persistente delle ghiandole parotidi e la crioglobulinemia mista. I linfomi sono più spesso di tipo B a basso grado o non Hodgkin.

La prognosi nei casi con maggiore impegno sistemico può essere particolarmente severa: il coinvolgimento polmonare comporta un aumento di 2-4 volte del rischio di mortalità, rispetto ai pazienti senza questo tipo di coinvolgimento, mentre l'interessamento renale aumenta il rischio di insufficienza renale cronica (30%), linfoma (25%) e mortalità (25%).

Diagnosi

La diagnosi si basa sui criteri congiunti dell'American-European Consensus Group del 2002, rivisti nel 2012 e riportati nella tabella 3.

La sindrome di Sjögren può essere una malattia difficile da sospettare. L'esordio può essere insidioso con sintomi vaghi che rendono la storia di questa patolo-



SINDROME DI SJÖGREN



gia poco conosciuta. Nell'anamnesi saranno richiesti i dati su una eventuale malattia reumatoide o tireopatia presenti non solo nel soggetto ma anche nei consanguinei, neoplasie, affezioni del tratto gastro-enterico o ORL. Nell'approccio al paziente andranno indagati, oltre alle notizie relative ai farmaci assunti, anche quei segni e sintomi di una eventuale immunopatia sistemica. Sintomi che possono mettere in guardia il medico comprendono xerostomia, fotosensibilità, comparsa di manifestazioni cutanee, artralgie, mialgie, segni di ipoo iperfunzione della tiroide.

Nell'attento esame obiettivo (oltre all'esame oculare), sono da considerare il volume delle ghiandole salivari maggiori e da ricercare i segni conseguenti alla xerostomia (atrofia della mucosa del cavo orale, carie dentali, candida), le manifestazioni cutanee (xerosi, dermografismo, eritema malare, sclerodattilia), la presenza di tumefazioni articolari, di modificazioni del volume della tiroide, di linfoadenomegalie o di splenomegalia.

Alcuni accertamenti sono utili per verificare la presenza o meno di una immunopatia, in particolare, gli anticorpi anti-nucleo (ANA), gli anticorpi anti-ENA (antigeni nucleari estraibili) con i diversi pattern di specificità (anti-Ro/SSA, anti-La/SSB, anti-RNP, ecc.) e il fattore reumatoide; si possono riscontrare dissociazione VES-PCR con incremento della prima e normalità della seconda, ipergammaglobulinemia (anche a valori elevati), consumo complementare, anemia normocitica e sfumata leucopenia.

La biopsia di una ghiandola salivare minore rappresenta il gold standard per la diagnosi. L'eco-color doppler delle ghiandole parotidi è un accertamento estremamente utile anche per l'attività di malattia¹³.

Tra gli esami strumentali, la capillaroscopia permette di verificare la presenza o meno di fenomeno di Raynaud e di analizzare la specificità delle eventuali alterazioni del microcircolo presenti. Infine saranno programmati tutti quegli esami utili a confermare o meno l'estensione e l'attività della immunopatia, come prove di funzionalità polmonare e test di diffusione del monossido di carbonio, per una eventuale interstiziopatia polmonare, lo studio morfo-funzionale dell'esofago, la ricerca di segni di colestasi anitterica.

Recentemente l'EULAR ha codificato due set di criteri per la valutazione più obiettiva di queste pazienti: ESSPRI, per la valutazione da parte del paziente dei sintomi soggettivi e ESSDAI per l'analisi e la quantificazione delle complicanze sistemiche legate alla malattia. Quest'ultimo indice correla in maniera significativa con la mortalità.

Nella diagnosi differenziale un cenno particolare merita un disordine recentemente descritto: la malattia IgG4-correlata, malattia sistemica immunomediata caratterizzata dall'infiltrazione tessutale da parte di plasmacellule IgG4 positive non solo delle ghiandole salivari ma anche di pancreas, fegato e vie biliari, rene, tiroide, polmone e aorta. Caratteristica è la triade legata al coinvolgimento di rene, polmone (interstiziopatia) e pancreas.

Trattamento

Primo approccio al trattamento è comprendere il senso di frustrazione del soggetto con sindrome sicca. Apparentemente il disturbo è "banale", in realtà può influire negativamente sulla qualità di vita. Non vi sono cure radicali per la sindrome sicca. Utile quindi ascoltare il paziente, spiegargli che il disturbo di cui soffre sarà cronico e potrà essere alleviato da una serie di accorgimenti nella vita quotidiana (come lenti protettive, umidificatori ambientali e l'abolizione del fumo) e presentargli le reali aspettative terapeutiche di cui potrà giovarsi. L'educazione del paziente è un aspetto importante per il successo del trattamento di questa condizione.

Il trattamento medico, graduato sulla severità della sindrome sicca, comprende, per quel che concerne la xeroftalmia il ricorso alle lacrime artificiali, spiegando che un beneficio può venire da un uso regolare e costante; segretagoghi come la pilocarpina; corticosteroidi e farmaci immunosoppressori (ciclosporina) per via topica, come verrà descritto nel testo successivo.

Principale sequela della xerostomia è la carie. E' opportuno quindi un suo trattamento preventivo basato su somministrazioni di fluoro a livello topico, con l'uso quotidiano di dentifrici e colluttori, applicazioni di gel e vernici fluorate attraverso sedute professionali dal dentista. Si consigliano sciacqui con la clorexidina allo 0,12% per un buon controllo della flora batterica e una corretta igiene orale quotidiana con l'uso regolare di





spazzolino e filo interdentale. E' raccomandata anche una dieta non cariogena, l'igiene professionale almeno due volte l'anno e regolari visite odontostomatologiche. Il controllo delle afte, della candidosi e della cheilite angolare, che possono insorgere a causa della xerostomia, si basa sulla prescrizione di Nistatina in compresse o in soluzione (100.000 UI 4-6 volte al giorno) o miconazolo gel, 4 volte al giorno.

Attualmente molti passi in avanti sono stati effettuati nel campo della fisioterapia, con tecniche di drenaggio e stimolazione, da effettuare anche in modo autonomo dopo adeguata istruzione, che tendono ad aumentare la secrezione ed il flusso ematico e linfatico a livello facciale, contribuendo al controllo della xeroftalmia e xerostomia, o riducendo la necessità o il dosaggio dei precedenti farmaci ad effetto sintomatico.

Il trattamento delle manifestazioni extra-ghiandolari ricalca quello di altre malattie autoimmuni.

I casi più lievi richiedono solo una terapia sintomatica.

L'idrossiclorochina migliora i sintomi sistemici e le artromialgie, in alcuni pazienti aumenta il flusso salivare e riduce gli indici di flogosi.

Nei casi di iniziale interessamento sistemico (articolazioni, cute, sistema nervoso periferico) vi è indicazione all'impiego di glucocorticoidi (prednisone 5-15 mg/die o dosi più elevate), ricorrendo agli immunosoppressori (azatioprina, ciclosporina A, micofenolato mofetile) in caso di impegno più severo (alveolite, glomerulonefrite, polineuropatia assonale, neuronopatia).

Il Rituximab, che ha come bersaglio d'azione i linfociti B essendo un anti-CD20, è indicato nei casi di severo coinvolgimento sistemico, in quelli con parziale risposta alla terapia con glucocorticoidi e immunosoppressori e nei casi con evoluzione linfomatosa.

Altri anticorpi monoclonali utilizzati sono l'Epratuzumab, diretto contro i linfociti B positivi CD22 e l'Abatacept di cui è stata provata l'efficacia per l'artrite reumatoide. Il trattamento della sindrome di Sjögren, per il coinvolgimento di più sistemi, per il rischio di evoluzione linfomatosa e per il probabile ricorso ad agenti immunosoppressori sistemici, richiede l'approccio multidisciplinare e multiprofessionale, in modo da coordinare gli interventi preventivi e terapeutici utili nei soggetti con sindrome sicca.

Bibliografia essenziale

- 1) Cornec D, Jamin C, Pers JO. Sjögren's syndrome: Where do we stand, and where shall we go? J Autoimmun. 2014;51:109-14.
- 2) Moutsopoulos HM. Sjögren's syndrome: A forty-year scientific journey. J Autoimmun. 2014;51:1-9.

Peri Y, Agmon-Levin N, Theodor E, Shoenfeld Y. Sjögren's syndrome, the old and the new. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2012;26:105-17.
3) Tincani A, Andreoli L, Cavazzana I, Doria A, Favero M, Fenini MG, Franceschini F, Lojacono A, Nascimbeni G, Santoro A, Semeraro F, Toniati P, Shoenfeld Y. Novel aspects of Sjögren's syndrome in 2012. BMC Med. 2013;11:93-106.

Altorok N, Coit P, Hughes T, Koelsch KA, Stone DU, Rasmussen A, Radfar L, Scofield RH, Sivils KL, Farris AD, Sawalha AH. Genomewide DNA methylation patterns in naive CD4+ T cells from patients with primary Sjögren's syndrome. Arthritis Rheum. 2014;66:731-9.

- 4) Thabet Y, Le Dantec C, Ghedira I, et al. Epigenetic dysregulation in salivary glands from patients with primary Sjögren's syndrome may be ascribed to infiltrating B cells. J Autoimmun. 2013;41:175-81.
- 5) Nederfors T. Xerostomia and hyposalivation. Adv Dent Res 2000;14: 48-56.
- 6) Spadari F. La salivazione. Riflessioni funzionali e salute del cavo orale. Monografia. Ed Spec. Bio Pharm 2003.
- 7) Selwitz RH, Ismail AI. Pitts NB. Dental caries. Lancet 2007;369:51-9. 8) Gallud D, Delgado W. Mycosis. In: JV Bagan-Sebastiàn & C Scully. Medicina y Patología oral. Valencia.
- 9) Ramos-Casals M, Brito-Zerón P, Solans R, et al. Systemic involvement in primary Sjogren's syndrome evaluated by the EULAR-SS disease activity index: analysis of 921 Spanish patients (GEAS-SS Registry). Rheumatology (Oxford). 2014;53:321-31.
- 10) Shiboski SC, Shiboski CH, Criswell L, et al. Sjögren's International Collaborative Clinical Alliance (SICCA) Research Groups. American College of Rheumatology classification criteria for Sjögren's syndrome: a data-driven, expert consensus approach in the Sjögren's International Collaborative Clinical Alliance cohort. Arthritis Care Res (Hoboken). 2012 Apr;64(4):475-87.
- 11) Giuseppetti GM, Argalia G, Salera D, Ranaldi R, Danieli G, Cappelli M. Ultrasonographic contrast-enhanced study of sicca syndrome. Eur J Radiol. 2005; 54:225-32.



MEDICINA CLINICA



LAURA BURATTI, MAURO SILVESTRINI Clinica Neurologica Università Politecnica delle Marche

Sindrome delle apnee ostruttive e demenza: esiste un collegamento?

La malattia di Alzheimer colpisce milioni di persone in tutto il mondo e, in relazione all'aumento dell'aspettativa di vita, si prevede che il numero di pazienti con demenza sia destinato ad aumentare drammaticamente con una stima prevista di 50 milioni di pazienti per l'anno 2050. Purtroppo, mancano al momento attuale trattamenti efficaci in grado di rallentare e/o contrastare la progressione della malattia. Per tale motivo, l'utilizzo di misure preventive per ridurre la sua prevalenza, mediante la gestione dei fattori di rischio, sembra una strategia clinica ragionevole. L'identificazione di fattori trattabili in grado di promuovere un deterioramento cognitivo, ha quindi importanti implicazioni pratiche.

La prevalenza dei disturbi respiratori nel sonno e, in particolare, della sindrome delle apnee ostruttive (OSAS) è estremamente elevata tra i pazienti con demenza. Uno studio longitudinale recente ha dimostrato che le donne anziane con OSAS lieve-moderata hanno una maggiore probabilità di sviluppare un decadimento cognitivo lieve rispetto alle donne senza OSAS.¹ Diversi studi hanno inoltre evidenziato che la gravità della demenza tende a essere correlata positivamente con il grado di OSAS.² Questi risultati suggeriscono che l'OSAS spesso precede la demenza potendo quindi contribuire alla sua patogenesi. Il meccanismo con cui l'OSAS può influenzare le funzioni cognitive non è ancora definito. Una migliore conoscenza del legame fisiopatologico tra OSAS e demenza sarebbe fondamentale per l'impostazione di interventi terapeutici razionali e promettenti rivolti a ritardare l'insorgenza dei fenomeni neurodegenerativi tipici della malattia di Alzheimer.

Basi dell'associazione tra OSAS e Malattia di Alzheimer: aspetti anatomo-patologici e possibili meccanismi di danno cerebrale

Il sonno, in particolare quello ad onde lente, svolge un ruolo fondamentale nel consolidamento della memoria a lungo termine. Nell'OSAS si assiste ad una frammentazione del sonno e ad una riduzione della componente ad onde lente. Sia l'alterazione dell'architettura del sonno, sia gli episodi di ipossia intermittente hanno effetti negativi sulla funzione cognitiva. In modelli animali, è stato dimostrato che l'ipossia intermittente promuove la perdita neuronale, la generazione di β -amiloide ($\Delta\beta$) e lo stress ossidativo. La

concentrazione di Aß solubile cerebrale, uno dei tratti distintivi della malattia di Alzheimer, segue un ciclo sonno-veglia. Nell'uomo, i livelli di Aß nel liquido cerebrospinale variano a seconda del ritmo circadiano e la scarsa qualità del sonno nei soggetti anziani si associa ad aumento dei livelli di Aß cerebrale misurati con metodiche scintigrafiche. 3

Un numero crescente di evidenze suggerisce che l'O-SAS influenza le funzioni cognitive attraverso una serie di alterazioni che, in ultima analisi, porterebbero ad una ipoperfusione cerebrale. Studi di neuroradiologia funzionale in pazienti con OSAS hanno dimostrato la presenza di zone di sofferenza ipossica cerebrale. Tali alterazioni anatomo-funzionali hanno una caratteristica localizzazione che vede coinvolte le regioni situate nella corteccia rostromediale prefrontale e in quella cingolata anteriore, regioni di pertinenza delle arterie cerebrali anteriori e posteriori.⁴ Si ipotizza che, in relazione alla sproporzione tra portata ematica ed estensione dei territori corticali riforniti da tali arterie, si verifichi una condizione di più fragile equilibrio metabolico-vascolare e di maggiore suscettibilità al danno a seguito dell'ipossia indotta dagli episodi di interruzione respiratoria che caratterizzano l'OSAS. Inoltre queste due arterie sono particolarmente interessate dalla disfunzione colinergica che si realizza nell'OSAS. Tale condizione porta ad una ridotta capacità di vasodilatazione durante gli episodi ipo/apnoici con consequente maggiore suscettibilità allo sviluppo di danni anatomici. I diversi meccanismi coinvolti nella patogenesi del danno cerebrale nell'OSAS, tra cui lo stress ossidativo, l'infiammazione, l'aumento della viscosità del sangue possono essere stimolati ed amplificati in condizioni di flusso critico.

Gli eventi respiratori che si ripetono durante il sonno possono influenzare il meccanismo colinergico con una riduzione cronica della reattività vasomotoria cerebrale che porta ad una ipo-ossigenazione. Il fatto che le strutture cerebrali coinvolte nella sofferenza da ipoafflusso nei pazienti con OSAS siano le stesse che presentano un danno anatomico nella fase iniziale della malattia di Alzheimer, supporta (Fig. 1) il ruolo dei meccanismi vascolari quali mediatori della relazione tra OSAS e demenza.⁵

Implicazioni terapeutiche

Oltre agli interventi su fattori come l'obesità, il consumo di alcol e tabacco, la scarsa igiene del sonno e la scorretta posizione del corpo a letto che possono essere alla base o aggravare la sindrome, l'intervento specifico sui pazienti



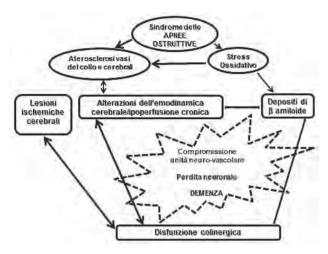


Fig. 1 - Le possibili interazioni tra fattori vascolari e processi neurodegenerativi nel determinare un quadro di demenza associata a Sindrome delle Apnee Ostruttive

con OSAS si basa sull'uso della ventilo-terapia a pressione positiva continua (CPAP). Ulteriori opzioni terapeutiche riguardano la correzione chirurgica o l'uso di dispositivi meccanici in grado di correggere almeno parzialmente l'ostruzione meccanica delle prime vie aeree. Nei pazienti con OSAS, sono stati frequentemente osservati problemi di attenzione o di concentrazione, di vigilanza, di memoria a breve termine, di percezione, di capacità di apprendimento, di capacità costruttive e di funzioni esecutive. E 'interessante il fatto che la disfunzione cognitiva può essere parzialmente o totalmente corretta in seguito all'instaurazione di un trattamento efficace del disturbo respiratorio. La possibilità di influenzare positivamente il quadro cognitivo è assolutamente influenzato dalla tempestività e la precocità della diagnosi e del trattamento. Questo concetto sembra applicarsi a tutti i pazienti con OSAS a prescindere dalla gravità del deficit coanitivo.6

Oltre alle osservazioni cliniche, il supporto per stimolare un trattamento precoce dell'OSAS si basa sulla dimostrazione della possibilità di influenzare favorevolmente alcune disfunzioni fisiopatologiche e anatomiche coinvolte nello sviluppo di demenza. Diversi studi hanno suggerito che l'uso della CPAP può ridurre lo stress ossidativo e influenzare positivamente i livelli dei marcatori infiammatori con conseguente miglioramento di parametri anatomici e funzionali del circolo cerebrale. Tali effetti, spiegherebbero l'aumento del volume della materia grigia nelle regioni ippocampali e frontali riscontrati nei pazienti sottoposti a trattamento ventilatorio.

Conclusioni

L'esistenza di una relazione tra OSAS e malattia di Alzheimer sembra ormai supportata da dati epidemiologici e clinici. Le osservazioni anatomiche e fisiopatologiche sopra riportate suggeriscono che alcune delle conseguenze prodotte a livello cerebrale dall'OSAS possano creare condizioni in grado di favorire l'insorgenza o di slatentizzare un quadro clinico di demenza. A tale riguardo, è importante sottolineare che diversi studi hanno dimostrato che solo intervenendo molto precocemente sui pazienti con OSAS con le appropriate misure terapeutiche è possibile prevenire lo sviluppo di danni cerebrali irreversibili.

Attualmente, la valutazione dei disturbi respiratori del sonno non fa parte dell'iter diagnostico raccomandato nei pazienti con deterioramento cognitivo. In base alle evidenze attuali, questo approccio deve essere attentamente riconsiderato al fine di ampliare le opzioni terapeutiche volte a rallentare l'evoluzione del declino cognitivo. I risultati preliminari ottenuti trattando con la CPAP i soggetti affetti da Malattia di Alzheimer e OSAS sono infatti molto promettenti e suggeriscono che la diagnosi precoce e il trattamento dell'OSAS potrebbero contribuire a ritardare la comparsa o almeno l'evoluzione sfavorevole dei deficit cognitivi.⁷

Bibliografia

1.Yaffe K, Laffan AM, Harrison SL, Redline S, Spira AP, Ensrud KE, Ancoli-Israel S, Stone KL. Sleep-disordered breathing, hypoxia, and risk of mild cognitive impairment and dementia in older women. JAMA 2011;306: 613-9.

2.Rose KM, Beck C, Tsai PF, Liem PH, Davila DG, Kleban M, Gooneratne NS, Kalra G, Richards KC. Sleep disturbances and nocturnal agitation behaviors in older adults with dementia. Sleep 2011;34:779-86.

3.Spira AP, Gamaldo AA, An Y, Wu MN, Simonsick EM, Bilgel M, Zhou Y, Wong DF, Ferrucci L, Resnick SM. Self-reported sleep and beta-amyloid deposition in community-dwelling older adults. JAMA Neurology 2013; 70: 1537-43.

4.Joo EY, Tae WS, Lee MJ, Kang JW, Park HS, Lee JY, Suh M, Hong SB. Reduced brain gray matter concentration in patients with obstructive sleep apnea syndrome. Sleep 2010;33:235-41.

5.Buratti L, Viticchi G, Falsetti L, Cagnetti C, Luzzi S, Bartolini M, Provinciali L, Silvestrini M. Vascular impairment in Alzheimer's disease: the role of obstructive sleep apnea. J Alzheimers Dis 2014; 38: 445-53.

6.Cooke JR, Ayalon L, Palmer BW, Loredo JS, Corey-Bloom J, Natarajan L, Liu L, Ancoli-Israel S. Sustained use of CPAP slows deterioration of cognition, sleep, and mood in patients with Alzheimer's disease and obstructive sleep apnea: A preliminary study. J Clin Sleep Med 2009; 5: 305-9.

7.Troussière AC, Monaca Charley C, Salleron J, Richard F, Delbeuck X, Derambure P, Pasquier F, Bombois S. Treatment of sleep apnoea syndrome decreases cognitive decline in patients with Alzheimer's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2014 May 14. pii: jnnp-2013-307544. doi: 10.1136/jnnp-2013-307544. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 24828897.

DALLE PROFESSIONI SANITARIE



GIOVANNI MAZZONI, LUIGI LA RICCIA, DANIELE ARAMINI, BARBARA DAMEN, ANDREA GIOVAGNONI

Corso di Laurea in TRMIR Università Politecnica delle Marche

Il Laboratorio professionale

Parte 1^a - Introduzione normativa, riferimenti regolamentari e possibili integrazioni programmatorie

Premessa

L'attività formativa professionalizzante rappresenta quell'attività didattica che nel sistema universitario italiano caratterizza i Corsi di Laurea Triennali dell'area sanitaria, cui ogni studente è tenuto a partecipare per conseguire gli obiettivi professionali propri del suo Corso di studio.

Quest'attività è espressamente prevista e regolamentata dal Decreto Interministeriale MIUR-Sanità 2 aprile 2001 e per lungo tempo la stessa si è identificata con la più nota dizione di Tirocinio Pratico.

Infatti, nel citato Decreto si afferma che "... Il raggiungimento delle competenze professionali si attua attraverso una formazione teorica e pratica che includa anche l'acquisizione di competenze comportamentali e che venga conseguita nel contesto lavorativo specifico di ogni profilo, così da garantire, al termine del percorso formativo, la piena padronanza di tutte le necessarie competenze e la loro immediata spendibilità nell'ambiente di lavoro. Particolare rilievo, come parte integrante e qualificante della formazione professionale, riveste l'attività formativa pratica e di tirocinio clinico, svolta con la supervisione e la guida di tutori professionali appositamente assegnati, coordinata da un docente appartenente al più elevato livello formativo previsto per ciascun profilo professionale e corrispondente alle norme definite a livello europeo ove esistenti ...".

L'evoluzione della normativa universitaria relativa ai Corsi di Laurea delle professioni sanitarie, resa possibile dall'emanazione del Decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca 22 ottobre 2004, n.270 (noto come Riforma Moratti) ed al successivo Decreto Interministeriale del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca di concerto con Il Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali del 19 febbraio 2009 ha reso più completa ed organica la definizione della suddetta attività formativa professionalizzante.

In particolare, nel D.I. 19 febbraio 2009 si ribadisce

che: "... particolare rilievo, come parte integrante e qualificante della formazione professionale, riveste l'attività formativa pratica e di tirocinio clinico, svolta con almeno 60 CFU con la supervisione e la guida di tutori professionali appositamente assegnati, coordinata da un docente appartenente al più elevato livello formativo previsto per ciascun specifico profilo professionale e corrispondente alle norme definite a livello europeo ove esistenti" e nel contempo sancisce che "... negli ordinamenti didattici devono essere previste le attività formativi di cui all'art.10, comma 5, lettere a,c,d,e del D.M. 22 ottobre 2004, n.270, con un numero di CFU rispettivamente di: 6 a scelta dello studente; 9 per la prova finale e per la lingua inglese; 6 per le altre attività quali l'informativa, attività seminariali, ecc. e 3 per i laboratori professionali dello specifico SSD del profilo".

L'ordinamento didattico del Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia (TRMIR)

Sulla base della normativa sopra richiamata, e secondo le indicazioni espresse dal Consiglio di Facoltà di Medicina e Chirurgia nelle sedute del 29 settembre 2011 e del 24 marzo, 28 giugno e 25 luglio 2012, il Comitato Didattico del Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia (TRMIR), nella seduta del 23 ottobre 2012 ha approvato il proprio "Regolamento Attività Formativa Professionalizzante (Tirocinio Pratico e Laboratorio Professionale" (in forma coerente con quanto previsto dal nuovo Ordinamento Didattico), recentemente aggiornato ed integrato (nella seduta del 14 aprile 2014 e sottoposto all'approvazione del Consiglio di Facoltà di Medicina e Chirurgia nella seduta del 07 maggio 2014).

In tale documento, oltre a descrivere e dettagliare le modalità di svolgimento del Tirocinio Pratico, secondo quanto previsto nel "Protocollo d'Intesa per l'attivazione ed il funzionamento dei corsi di studio professionalizzanti dell'area sanitaria", sottoscritto dal Magnifico Rettore e dal Presidente della Giunta Regione Marche in data 22 maggio 2007, viene definito e pianificato anche lo svolgimento dell'attività di Laboratorio Professionale.



Il Laboratorio professionale nel Corso di Laurea in TRMIR

INTRODUZIONE

Il Laboratorio Professionale si configura come un'attività didattica professionalizzante svolta in ambiente simulato e del tutto analoga per obiettivi e contenuti al Tirocinio Pratico, rispetto al quale può essere anticipatoria o di approfondimento tecnico-metodologico.

Crediti Formativi Universitari ed ambiti formativi

Nell'ordinamento didattico del Corso di Laurea, così come deliberato dal Consiglio di Facoltà nelle sedute sopra richiamate, il Laboratorio Professionale è inquadrato nell'ambito del SSD MED/50 ed è quindi assegnato al personale specifico della professione di Tecnico Sanitario di Radiologia Medica.

Esso risulta strutturato nel seguente modo:

- 1° anno 2° sem. (1 CFU = 25 ore): diagnostica per immagini tradizionale e contrastografica
- 2° anno 2° sem. (1 CFU = 25 ore): tomografia computerizzata
- 3° anno 1° sem. (1 CFU = 25 ore): risonanza magnetica

FIGURE COINVOLTE NELLA REALIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA

Il Laboratorio Professionale rientra sotto la responsabilità e titolarità del Direttore delle Attività Didattiche Professionalizzanti il quale di norma si avvale, per il suo svolgimento, della collaborazione dei Tutor Professionali e/o delle Guide di Laboratorio con compiti, attribuzioni e quindi modalità di reclutamento derivati, per questi ultimi, da quelli previsti per il reclutamento delle Guide di Tirocinio nelle strutture sanitarie accreditate.

Più specificatamente, il Laboratorio Professionale viene svolto dalle Guide di Laboratorio a seguito di una loro individuazione da parte del Referente Aziendale per la Formazione dell'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona (struttura di riferimento del Corso di Laurea), di concerto con il Direttore delle Attività Didattiche Professionalizzanti, presa d'atto del Comitato Didattico del Corso di Laurea e successivo formale incarico da parte del Consiglio di Facoltà.

L'incarico di Guida di Laboratorio non è incompatibile con l'eventuale funzione di Guida di Tirocinio anche in considerazione del fatto che alcune attività oggetto di laboratorio professionale possono essere svolte, anche se in maniera simulata, solo in ambiente ospedaliero, utilizzando la strumentazione impiegata per la pratica clinica e con la supervisione e guida di personale altamente specializzato, in grado di fornire agli studenti conoscenze e abilità pratiche specifiche.

Il Laboratorio Professionale, nelle sue articolazioni annuali, si caratterizza per i seguenti contenuti ed è svolto dalle figure professionali come di seguito indicato:

- 1° anno di corso (2° semestre): Radiologia Convenzionale (scheletrica e contrastografica) – L'attività viene svolta da Tutor professionali (personale già assegnato al Corso di Laurea), utilizzando il manichino in dotazione all'interno di laboratori universitari già allestiti
- 2° anno di corso (2° semestre): Post-processing in Tomografia Computerizzata L'attività viene svolta da una Guida di Laboratorio, da individuare con la procedura sopra descritta, utilizzando la strumentazione impiegata per la pratica clinica nell'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona e la dotazione informatica del corso di laurea per la simulazione di elaborazioni post-processing
- 3° anno di corso (1° semestre): Valutazione degli Esami di Risonanza Magnetica sulla Base dei Parametri Tecnici, Tecnologici e Metodologici L'attività viene svolta da una Guida di Laboratorio, da individuare con la procedura sopra descritta, utilizzando la strumentazione impiegata per la pratica clinica nell'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona e la dotazione informatica del corso di laurea per la presentazione ed elaborazione di elaborazioni di immagini

Gli studenti dei vari anni di corso vengono suddivisi in gruppi in modo tale da poter agevolmente effettuare un'attività di laboratorio così programmata:

- inquadramento metodologico della specifica attività di laboratorio da parte del Direttore delle Attività Didattiche Professionalizzanti, in forma collegiale
- dimostrazione svolta dal personale incaricato, in forma collegiale
- esercitazione guidata ad ognuno dei gruppi individuati da parte del personale addetto
- studio individuale, autoapprendimento e simulazione



LABORATORIO PROFESSIONALE



svolto da ogni singolo studente

Al termine dell'attività di laboratorio professionale e prima dello svolgimento della prova valutativa, ogni anno gli studenti sono invitati a formulare un giudizio di gradimento sulla specifica attività svolta.

LA VALUTAZIONE CERTIFICATIVA

La valutazione dell'attività di Laboratorio Professionale si svolge prima dell'esame finale di tirocinio di ogni anno di corso.

La stessa viene registrata, oltre che su verbale specifico, anche su un'apposita sezione predisposta nel libretto di tirocinio attualmente in dotazione, debitamente sottoscritta dal Direttore delle Attività Didattiche Professionalizzanti e dal Tutor/Guida di Laboratorio, con l'assegnazione di un punteggio espresso in trentesimi.

Discussione

La regolamentazione del Laboratorio Professionale sopra richiamata si è resa necessaria in quanto l'individuazione di tale attività didattica, derivante dal D.I. 19 febbraio 2009, risulta essere successiva al "Protocollo d'Intesa per l'attivazione ed il funzionamento dei corsi di studio professionalizzanti dell'area sanitaria" (sottoscritto dal Magnifico Rettore e dal Presidente della Giunta Regione Marche in data 22 maggio 2007) il quale, anche se non ancora allineato alla normativa prima richiamata, rappresenta attualmente lo strumento programmatorio ed applicativo di riferimento previsto dal D.M. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni (che ha sancito il trasferimento delle attività formative in ambito sanitario dalle regioni all'università).

L'assenza di un riferimento normativo/regolamentare regionale rende, pertanto, necessaria la definizione di un specifico "profilo di posizione" della *Guida di Laboratorio Professionale* che consenta alla struttura formativa di individuare professionisti in grado di garantire un ottimale svolgimento delle attività didattiche.

Più in particolare, tale figura deve soddisfare e garantire i seguenti requisiti e peculiarità:

- Classificazione: Operatore Professionale Sanitario della specifica professione (per il Corso di Laurea in

TRMIR: Tecnico Sanitario di Radiologia Medica) - categoria D.

- Requisiti: assicurazione di conoscenze, competenze tecnico-professionali e relazionali, osservanza del codice deontologico e assunzione di responsabilità dirette in ambito assistenziale, relazionale ed educativo.
- Conoscenze: acquisizione/miglioramento delle conoscenze relative all'apprendimento in ambito clinico e sviluppo, in modo particolare, delle capacità di tutoraggio, supervisione e relazione, proprie dei percorsi educativi professionalizzanti.
- Atteggiamenti: condivisione degli obiettivi assistenziali della struttura operativa di appartenenza; interesse per l'aggiornamento delle conoscenze professionali; partecipazione alle iniziative di miglioramento della qualità delle attività svolte; impegno per la traduzione dei principi etici e deontologici in ambito formativo; condivisione degli obiettivi didattici previsti dal piano di studi del Corso di Laurea.

Inoltre, al fine di assicurare il pieno conseguimento degli obiettivi formativi identificati per le attività di laboratorio professionale, il professionista individuato deve essere in possesso delle seguenti competenze specifiche:

- analizzare il piano di laboratorio professionale ed i suoi obiettivi, sulla base delle indicazioni fornite dal Direttore delle Attività Didattiche Professionalizzanti (ADP);
- accogliere lo studente nella struttura di laboratorio;
- illustrare l'organizzazione del percorso formativo e gli strumenti operativi attraverso i quali poter raggiungere gli obiettivi formativi predefiniti;
- pianificare lo svolgimento delle attività concordate ed guidare lo studente nell'apprendimento;
- assumere le funzioni di "modello di ruolo" nel guidare lo studente;
- favorire l'apprendimento "non contestuale" delle competenze professionali e la capacità di agire in un contesto organizzativo semplice (laboratorio);
- trasmettere la "conoscenza diretta e specifica";
- creare e favorire le condizioni di "far provare lo studente nella situazione "protetta e/o simulata";
- stimolare l'anticipazione della situazione complessa propria della pratica lavorativa (se il laboratorio è propedeutico al tirocinio pratico);





- aiutare a collegare ciò che lo studente sperimenta con ciò che ha conosciuto, provato ed effettuato nelle esperienze di tirocinio pratico (se successivo e quindi di approfondimento alla pratica lavorativa);
- stimolare la riflessione immediatamente;
- presidiare alla frequenza e definire modalità di comportamento in laboratorio;
- assumere la responsabilità delle apparecchiature e delle strumentazioni didattiche utilizzate nello svolgimento delle attività:
- rilevare il gradimento e l'efficacia dell'esperienza, anche al fine di risolvere eventuali criticità;
- partecipare ad attività di aggiornamento promosse dal Corso di Laurea;
- partecipare ad incontri con gli altri soggetti impegnati nella formazione al fine di rendere coerenti i contenuti dell'attività di laboratorio con quelli pianificati per il tirocinio pratico;
- partecipare, in collaborazione con il Direttore ADP e con i Tutor professionali, alle verifiche valutative e certificative previste nel piano annuale dell'attività formativa professionalizzante del Corso di Laurea.

Sulla base delle specificità dei vari Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, attivati presso la nostra Facoltà di Medicina e Chirurgia, l'auspicato aggiornamento del citato Protocollo d'Intesa dovrebbe regolamentare il profilo e le attività proprie della Guida di Laboratorio Professionale. A tale proposito si ritiene opportuno esprimere alcune indicazioni (peraltro condivise tra i Direttori ADP).

INDIVIDUAZIONE E NOMINA

La Guida di laboratorio è individuata nell'ambito del personale ospedaliero e universitario afferente alla professione propria del corso di studi, in possesso di una esperienza professionale specifica almeno triennale al fine di garantire coerenza di contenuti tra la professionalità espressa e gli obiettivi formativi di laboratorio prefissati dal Direttore ADP. L'incarico non è incompatibile con l'eventuale funzione di Guida di tirocinio anche in considerazione del fatto che alcune attività oggetto di laboratorio professionale possono essere svolte, anche se in maniera simulata, solo in ambiente ospedaliero, utilizzando la strumentazione impiegata per la pratica clinica. La funzione può essere

svolta anche dai Tutori professionali assegnati al Corso di Laurea.

Le guide di laboratorio sono nominate dal Comitato Didattico su proposta del Direttore ADP e designazione delle strutture sanitarie (pubbliche regionali, INRCA ed Istituzioni private accreditate presso cui viene svolta l'attività di tirocinio del Corso di Laurea), tenuto conto delle esigenze formative.

FUNZIONI

- Le Guide di laboratorio svolgono le seguenti funzioni:
- Favoriscono l'apprendimento non contestuale delle competenze professionali in un contesto organizzativo semplice (laboratorio)
- Creano e favoriscono le condizioni di "far provare" lo studente nella situazione protetta o simulata
- Partecipano alle sessioni di esame di laboratorio

Tali funzioni vengono svolte all'interno dell'orario di servizio e per le stesse viene corrisposta un'indennità prevista da apposito fondo regionale pari a tre volte quella fissata per le guide di tirocinio e l'assegnazione dei crediti ECM sulla base di quanto previsto dal Regolamento Regionale (DGM 520/2013).

Si ritiene, infine, che la funzione di Guida di laboratorio rappresenti un titolo valutabile ai fini del raggiungimento degli obiettivi contenuti nella scheda individuale di valutazione di cui al D.Lgs 150/2009.

Conclusioni

Risulta evidente come l'adeguamento del citato strumento programmatorio regionale (Protocollo d'Intesa Università – Regione Marche), non altrimenti derogabile, è indispensabile per dare piena attuazione a quanto previsto dalla normativa in tema di attività formativa professionalizzante dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie ed in particolare per il pieno riconoscimento del ruolo educativo del Laboratorio Professionale.

Tale attività professionalizzante rappresenta, infatti, strumento formativo indispensabile, in quanto consente di assicurare una puntuale e precisa coincidenza tra le funzioni che caratterizzano il profilo professionale dei professionisti sanitari di riferimento e gli obiettivi educativi del programma formativo dei vari Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie.

LABORATORIO PROFESSIONALE

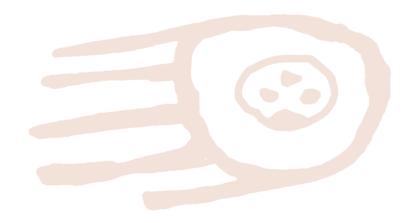


Tale attività professionalizzante, infine, essendo assegnata al personale specifico della professione, costituisce un'occasione indispensabile per trasferire in un ambito formativo i saperi derivati e consolidati dall'esperienza quotidiana dei professionisti di ogni specifico profilo professionale, consentendo, nel contempo, un importante arricchimento culturale degli studenti ed una sicura crescita di tutte le professioni sanitarie.

Riferimenti normativi

- 1) Decreto Interministeriale 2 aprile 2001 emanato dal Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, di concerto con il Ministro della Sanità, e relativo alla "Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie" (Pubblicato nel S.O. n. 136 alla Gazzetta Ufficiale n. 128 del 5 giugno 2001)
- 2) Decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca 22 ottobre 2004, n.270: "Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509" (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 266 del 12 novembre 2004)
- 3) Decreto Interministeriale del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca di concerto con Il Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali del 19 febbraio 2009: "Determinazione delle classi delle lauree delle professioni sanitarie" (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 119del 25 maggio 2009)

- 4) Nota MIUR del 4 settembre 2009, protocollo n.160: Ulteriori interventi per la razionalizzazione e qualificazione dell'offerta formativa nella prospettiva dell'accreditamento dei corsi di studio. 5) Regolamento di Facoltà approvato dal Consiglio di Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche nella seduta del 23 settembre 2003
- 6) Deliberazione della Giunta Regionale Marche n.211 del 20 marzo 2007 nel "Protocollo d'Intesa per la attivazione ed il funzionamento dei corsi di studio professionalizzanti dell'area sanitaria", sottoscritto dal Magnifico Rettore dell'Università Politecnica delle Marche e dal Presidente della Giunta Regionale delle Marche in data 22 maggio 2007
- 7) Regolamento di Facoltà approvato dal Consiglio di Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche nella seduta del 4 giugno 2009
- 8) Deliberazione del Comitato Didattico del Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia, in data 23 ottobre 2012: Adeguamento del Regolamento dell'Attività Formativa Professionalizzante (Tirocinio Pratico e Laboratorio Professionale) del Corso di Laurea (Delibera del Consiglio di Facoltà del 25 luglio 2012) (sottoposto all'approvazione del Consiglio di Facoltà di Medicina e Chirurgia nella seduta del 25 ottobre 2012)
- 9) Deliberazione del Comitato Didattico del Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia, in data 14 aprile 2014: Variazione del Regolamento dell'Attività Formativa Professionalizzante (Tirocinio Pratico e Laboratorio Professionale) del Corso di Laurea approvato nella seduta del 8 gennaio 2014 (sottoposto all'approvazione del Consiglio di Facoltà di Medicina e Chirurgia nella seduta del 07 maggio 2014).









SILVANO TROIANI, TIZIANA TRAINI

Corso di Laurea in Infermieristica Polo Didattico di Ascoli Piceno Università Politecnica delle Marche

L'apprendimento delle competenze teorico-pratiche, nel modello di assistenza infermieristica personalizzata

Introduzione

L'evoluzione della professione infermieristica e il conseguente riordinamento del percorso di studi, impongono di stimolare la revisione dei metodi didattici per adeguarli alle nuove esigenze formative. Pertanto, lo sviluppo degli ambiti di ricerca dedicati alla sperimentazione di nuovi metodi o strumenti teorico-pratici, non possono che rappresentare un'evoluzione di chiara efficacia pedagogica (Alvaro et al., 2009). Questo potrà consentire confronti trasversali e verifiche continue delle diverse esperienze didattiche e di tirocinio, valide per l'apprendimento delle competenze teorico-pratiche, finalizzate alla continua crescita professionale ed alla produzione di dati validi, pertinenti e misurabili, utili a tutti i laureati in infermieristica, anche in un percorso postlaurea.

Il Tirocinio Clinico degli Studenti Infermieri è, e deve continuare a rappresentare un momento di integrazione e di sinergia tra la parte teorica e quella esperienziale della formazione infermieristica. Lo Studente deve pertanto imparare non solo ad applicare le nozioni teoriche alla pratica clinica, ma anche a formulare ipotesi interpretando la realtà, in modo da dare senso all'intero processo assistenziale. L'esperienza deve perciò essere intesa come un'occasione unica ed irripetibile, nella quale lo Studente applica le conoscenze apprese (abilità cognitive), sviluppa e sperimenta le competenze relazionali e tecnico-professionali (abilità gestuali/relazionali) e le applica in un contesto clinico (abilità assistenziali)

Spesso, purtroppo, per una serie di fattori come la scarsità di risorse nelle UU.OO, la poca sensibilità nei confronti della formazione, dei modelli assistenziali non rispondenti alle reali esigenze, e non solo, vi sono delle difformità tra ciò che viene insegnato in teoria (momento d'aula) e quello che viene poi svolto nella realtà clinica. La stessa letteratura, a tale proposito, ci testimonia quanto possa essere ampio il "gap" rilevabile tra la formazione conseguita nelle aule universitarie e nei laboratori clinici e le performances acquisite dai professionisti Infermieri in ambito clinico. Molte volte non sono chiari gli standard ed i livelli di competenza che lo Studente deve raggiungere (Rossel e Kakta, 1990). E purtroppo, anche molto

raramente si è affrontata la problematica della misurazione della competenza in clinica infermieristica, data la reale difficoltà di validare degli strumenti di misurazione (Norman et al., 2000).

Uno dei cambiamenti che denotano concretamente una crescita professionale dell'Infermiere, è il passaggio, da un'organizzazione dell'assistenza infermieristica per compiti, ad una forma più personalizzata, come ad esempio, quella per settori. Questa permette all'Infermiere di ciascun settore, una presa in carico delle persone assistite e l'erogazione di prestazioni, volte a soddisfare non solo i loro bisogni fisici ma anche quelli psicosociali.

Descrizione del Progetto

Allo scopo di ridurre il "gap" rilevabile tra teoria e pratica, il C.d.L in Infermieristica del Polo Didattico di Ascoli Piceno dell'UNIVPM, con il coinvolgimento di alcuni Professionisti dell'Area Vasta n° 5, hanno pensato di sperimentare il modello assistenziale "Modular Nursing", tramite il quale, da una parte si privilegia l'intero percorso formativo teorico-pratico dello Studente, dall'altra si offre al personale di assistenza della struttura, un'occasione trasversale di confronto e quindi di crescita professionale.

Il Modular Nursing, di fatto è un'organizzazione dell'assistenza infermieristica per piccola equipe. Nello specifico, questo tipo di organizzazione è finalizzata a favorire una reale presa in carico dell'assistito, tramite l'erogazione dell'assistenza infermieristica, non basata esclusivamente sulle attività, nella quale uno Studente Infermiere, col supporto di altri studenti, assume la responsabilità dell'erogazione di tutte le cure infermieristiche (esclusa la somministrazione in autonomia della terapia), ad un gruppo di pazienti.

La revisione del modello organizzativo attuato nel settore della sperimentazione, prevedeva il raggiungimento dei seguenti risultati attesi:

- Coesione e condivisione del nuovo modello organizzativo proposto
- Corretta applicazione delle Diagnosi Infermieristiche e Gestione dei Problemi Collaborativi
- Pianificazione Assistenziale in base ai problemi e/o bisogni dei pazienti secondo specifiche priorità
- Garanzia di un outcome assistenziale di migliore efficacia, legata agli studi EBN
- Aumento della qualità percepita da parte dell'utente e dei professionisti sanitari (custmer satisfaction)
- Miglioramento del grado di soddisfazione degli studenti



ASSISTENZA INFERMIERISTICA PERSONALIZZATA



e degli altri operatori coinvolti (Valutazione della Qualità del Tirocinio Clinico-Metodo CLES)

Questa organizzazione si prefiggeva di assicurare interventi clinico-assistenziali di maggiore efficacia ed appropriatezza, prevedendo:

Miglioramento dell'organizzazione e della qualità dell'assistenza

- Responsabilità nella qualità delle cure, rispetto ai risultati ottenuti
- Partecipazione a sessioni di breafing/debriefing e/o eventuali programmi di audit clinici
- Ricorso alla pratica basata su prove di efficacia
- Produzione di report

Gestione della sicurezza del paziente

- Promozione dell'autovalutazione nell'individuazione precoce di aree con scarsa performance assistenziale
- Identificazione e gestione potenziali eventi avversi

Keywards: Formazione Infermiere, Assistenza per Obiettivi, Processo di Nursing

Razionale

Il progetto, consistente nell'applicazione del modello assistenziale del Modular Nursing in un settore dell' Unità Operativa Medicina del P.O. "Madonna del Soccorso" dell'Asur Area Vasta 5, è stato ideato allo scopo di superare il modello di assistenza funzionale per compiti, al fine di consentire allo Studente Infermiere di sviluppare oltre le abilità tecniche, la capacità di elaborare obiettivi assistenziali e di rendersi realmente decisore e protagonista nel Processo di Nursing.

Il Modular Nursing è stato proposto e sperimentato in vari contesti assistenziali, sia nazionali che internazionali, allo scopo di superare il modello di assistenza funzionale per compiti, poiché ritenuto non in grado di valorizzare la professionalità degli operatori, riducendoli a meri esecutori di azioni e quindi all'impossibilità di prendere in carico totalmente la persona assistita (Neisner & Brian, 2002). Inoltre, sembra essere un modello che favorisce gli errori e le omissioni (Thomas, 1992).

Nel Modular Nursing invece, i pazienti vengono assegnati ad aree distinte all'interno di un reparto o per moduli clinici. Questo tipo di assistenza è finalizzata a favorire una reale presa in carico dell'assistito, tramite l'erogazione dell'assistenza infermieristica, nella quale

anche uno Studente Infermiere, supervisionato da un Infermiere professionista, può assumere la responsabilità dell'erogazione di tutte le cure infermieristiche, esclusa la terapia farmacologica, ad un gruppo di pazienti, durante uno specifico turno. Inoltre, il Modular Nursing sembra migliorare la qualità assistenziale e la soddisfazione degli Infermieri (O'Connor, 1992; O'Connor; 1994; Bennett & Hilton, 1990; Di Giacomo et al. 2006; Pagiusco et al. 2004), se confrontato al modello funzionale per compiti.

Obiettivi

Dimostrare l'efficacia del Modular Nursing in termini di:

- 1. Corretta formulazione/applicazione delle Diagnosi Infermieristiche/Problemi Collaborativi;
- 2. Maggior grado di soddisfazione degli Studenti Infermieri;
- 3. Aumento del grado di soddisfazione lavorativa del personale coinvolto, pre-post sperimentazione;
 - 4. Qualità percepita da parte dell'utente.

Lo Studente di Infermieristica, al termine del percorso di inserimento, dovrà mostrarsi perfettamente integrato all'interno dell'équipe assistenziale e del contesto clinico e sarà in grado di:

Eseguire l'accertamento infermieristico secondo i modelli funzionali della salute di Marjory Gordon

Pianificare l'assistenza secondo i problemi/bisogni della persona assistita, in base a specifiche priorità; gestire i Problemi Collaborativi in aderenza al Modello Bifocale di Linda J. Carpenito;

Applicare le fasi del Problem Solving, formulare correttamente le Diagnosi Infermieristiche, identificare gli obiettivi (NOC) e gli interventi (NIC) secondo la tassonomia NANDA (2009-2011);

Conoscere ed utilizzare correttamente gli strumenti operativi (protocolli-procedure-linee guida) ed informativi (Cartella Infermieristica Didattica) in uso all'interno dell'U.O.

Costruire un modello personalizzato di assistenza

Materiali e metodi

Dal Gennaio 2012 al Luglio 2013, la sperimentazione è stata realizzata presso l'U.O. di Medicina dell'Ospedale Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto, dell'Asur Marche Area Vasta 5. Il progetto approvato dalla Direzione dell'Area Vasta, è stato condotto in stretta collaborazione con i Dirigenti Medici dell'U.O. e con il Dipartimento della Professioni

Il progetto prevedeva l'organizzazione dell'assistenza infermieristica in "moduli" nell'Unità Operativa di Medicina. Sono stati





individuati 6 Infermieri, i quali, su base volontaria, pur occupandosi dell'assistenza dei 24 pazienti non afferenti al Modular Nursing, facevano da supervisori alle attività degli studenti. Questi ultimi venivano comunque supportati, per l'intero turno del mattino (escluso i giorni festivi), dalla presenza di una Tutor del CdL. Venivano altresì garantite la presenza dell'Infermiera Coordinatrice dell'U.O. di Medicina e l'assistenza medica, organizzata a totale carico di un Dirigente Medico, il quale, casualmente, era anche docente nel II anno di corso del CdL.

A cadenza settimanale (solitamente il giovedi) veniva svolto un incontro-debriefing della durata di circa di 1 ora, tra gli studenti, il Tutor del CdL presente ed il Coordinatore AFPTC, per discutere dei pazienti presi in carico e dei relativi piani individualizzati di assistenza. Oltre alla cartella infermieristica ufficiale, in dotazione nell'U.O., gestita sia dagli Infermieri Referenti che dagli Studenti, questi ultimi compilavano anche la cartella infermieristica didattica. Nel Laboratorio Infermieristico situato in prossimità delle aree di degenza dedicate al Modular Nursing, sono stati messi a disposizione materiali di studio riguardanti Piani Assistenziali, Linee Guida, Protocolli e Procedure Aziendali e Raccomandazioni Evidence Based per le tecniche più frequenti

L'Unità Operativa sede di tirocinio del CdL Infermieristica, composta da 32 posti letto è stata divisa in due moduli, un modulo costituito da 8 posti letto (prevalentemente occupati da pazienti del genere femminile, solo in casi di maggior flusso di pazienti di sesso maschile, uno o due posti letti venivano appositamente riservati), è stato assegnato alla gestione degli Studenti.

Prima dell'avvio della sperimentazione, sono stati effettuati costanti e ripetuti incontri info-formativi con tutta l'equipe coinvolta nel progetto, sulla revisione di alcuni strumenti operativi ed informativi, sul modello organizzativo che si andava ad implementare, nonché sulle responsabilità riguardanti i vari protagonisti coinvolti.

L'altro modulo, costituito da 24 posti letto, veniva gestito tradizionalmente, tramite l'assistenza funzionale "per compiti". Il tasso di utilizzo del posto letto è stato del 100% ed anche oltre il 100% nei periodi di overflow.

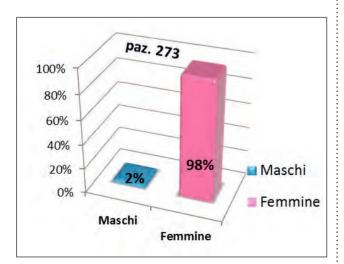


Fig. 1 - Paz. assistiti settore Modular Nursing.

Gli Studenti dovevano accogliere e prendere in carico la persona al momento del ricovero, applicando il processo di nursing (accertamento iniziale, identificazione dei bisogni e degli obiettivi assistenziali, individuazione delle diagnosi infermieristiche, pianificazione degli interventi e successiva valutazione dei risultati conseguiti in seguito all'erogazione delle prestazioni infermieristiche), garantendo la continuità assistenziale nell'arco delle 24 ore, compresi i giorni festivi e contribuendo a realizzare dei percorsi educativi, utili per la continuità assistenziale post-ricovero.

Risultati

I pazienti assistiti nell'ambito del Modular Nursing sono stati 273, per il 98% femmine ed il 2% maschi, con un'età media pari a 72,62 anni e. Nell' 88% dei casi si trattava di pazienti con pluripatologia, il 2% dei pazienti erano tracheotomizzati e l'8% portatori di Peg, la degenza media ammontava a 13 giorni.

Le diagnosi mediche primarie riguardavano prevalentemente patologie respiratorie ed oncologiche, mentre le diagnosi secondarie erano conseguenti a patologie cardiovascolari e diabetiche.

In seguito alla valutazione dei bisogni dell'assistito emersi durante la fase dell'accertamento iniziale, le principali diagnosi infermieristiche reali sono state: deficit della cura di se, inefficace modello di respirazione, compromissione della mobilità, dolore acuto, ansia, compromissione dell'integrità cutanea, dolore cronico e confusione mentale, invece le principali diagnosi infermieristiche potenziali sono state: rischio di cadute, rischio di coping inefficace e rischio di stipsi.

Il 70% delle diagnosi infermieristiche in seguito agli

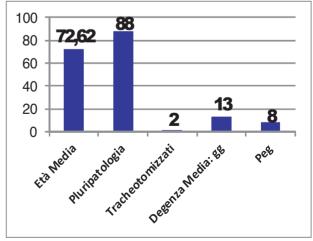


Fig. 2 - Distribuzione Paz. settore Modular Nursing.



ASSISTENZA INFERMIERISTICA PERSONALIZZATA



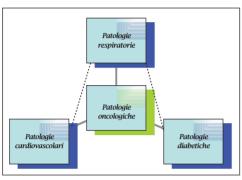


Fig. 3

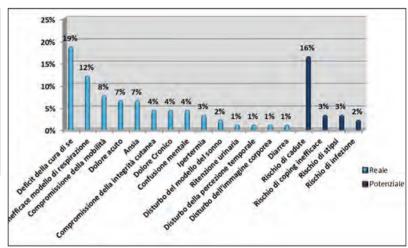


Fig. 4

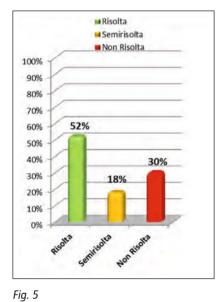


Fig. 6

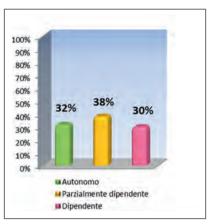


Fig. 7

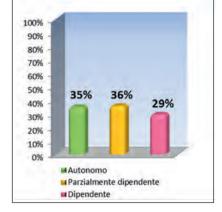


Fig. 3 - Diagnosi Mediche Prevalenti e Secondarie.

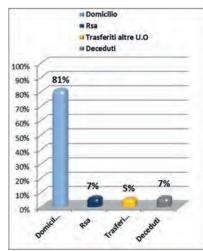


Fig. 8

Fig. 4 - Principali diagnosi infermieristiche.

Fig. 5 - Esito Diagnosi Infermieristiche.

Fig. 6 - Grado dipendenza pazienti ricoverati.

Fig. 7 - Grado dipendenza pazienti dimessi.

Fig. 8 - Tipologia di dimissione.

SILVANO TROIANI, TIZIANA TRAINI



interventi pianificati, al momento della valutazione sono risultate risolte o semirisolte, mentre il 30% non risolte.

Nell 1,5% dei casi si sono presentati degli eventi avversi come: cadute accidentali, ipertermia da trasfusione e diarrea da eccessiva somministrazione di farmaci (le ultime due non imputabili a malpractice degli studenti nella gestione dell'assistenza).

Al momento del ricovero il 32% dei pazienti era autonomo, il 38% parzialmente dipendente ed il 30% dipendente, invece al momento della dimissione 35% autonomo, 36% parzialmente dipendente ed il 29% dipendente. Si rileva pertanto, un leggero miglioramento del grado di dipendenza al momento della dimissione.

Al momento della dimissione l'81% dei pazienti sono stati dimessi a domicilio, il 7% invece è stato trasferito in RSA, il 5% in altre U.O e il 7% è deceduto.

Discussione

L'obiettivo previsto dalla sperimentazione è stato pienamente raggiunto, sia per quanto riguarda il miglioramento dell'assistenza, che per la validità del contesto offerto agli Studenti per l'apprendimento teorico-pratico. Gli Studenti, infatti, si sono sentiti reali protagonisti del proprio percorso formativo, nel quale, tramite l'applicazione del ragionamento diagnostico, hanno potuto sviluppare le conoscenze performanti le loro competenze assistenziali. Le azioni derivanti dall'esecuzione e ripetizione delle attività infermieristiche, hanno offerto il supporto di applicazione del sapere tecnico (abilità manuali), mentre le emozioni e l'empatia impiegate, hanno rappresentato una componente fondamentale per l'erogazione di un' assistenza di qualità.

Questa condizione organizzativa ha consentito una buona conoscenza degli utenti presi in carico, ed ha permesso di instaurare un rapporto di fiducia con i famigliari ed i caregivers.

I pazienti ricoverati hanno riferito piena soddisfazione per l'assistenza infermieristica ricevuta, perché si sono sentiti "compresi come persone" dagli Studenti Infermieri, i quali hanno saputo instaurare una relazione terapeutica, ascoltando le loro difficoltà e necessità, con un'attenzione particolare al loro benessere ed alla loro autonomia.

Il rapporto di empatia e di fiducia che si veniva ad instaurare in questo modo tra Paziente e Studente Infermiere, permetteva anche di ottenere una migliore adesione della persona al programma assistenziale-

terapeutico ed una riduzione dei disagi legati all'ospedalizzazione.

I problemi collaborativi non sono stati di eccessiva rilevanza, pur mostrandosi con particolare intensità nella gestione delle complicanze cardiovascolari e respiratorie.

Limiti

Un limite era rappresentato dal fatto che gli Studenti, poiché inseriti in un settore di addestramento formativo, non potevano essere autonomi in tutte le procedure infermieristiche tecniche, le quali richiedevano abilità esperte, ritenendo di fondamentale importanza il supporto e la guida dei tutor didattici e di tutto il personale infermieristico dell' Unità Operativa.

La verifica della corretta formulazione/applicazione delle Diagnosi Infermieristiche/Problemi Collaborativi, è stata effettata seguendo esclusivamente una logica didattica e facendo riferimento a procedure, protocolli, linee guida aziendali e materiale didattico vario, facilitanti l'applicazione del processo di nursing. La realizzazione prima o durante la sperimentazione, di un panel di diagnosi infermieristiche riferibili all'ambito clinico di riferimento, avrebbe consentito maggiore omogeneità nel metodo di applicazione del processo di nursing.

La valutazione degli esiti assistenziali ed il grado di soddisfazione lavorativa del personale coinvolto, non sono stata effettuate con strumenti validati.

Conclusioni

Questo progetto ha rappresentato per gli Studenti Infermieri un percorso di formazione sul campo, ed ha consentito di utilizzare effettivamente il Processo di Nursing come guida nell'assistenza alla persona, permettendo loro di lavorare per obiettivi e non per compiti. Ha inoltre consentito di imparare a lavorare per piccole equipe e di sviluppare il senso della responsabilità professionale.

Tale modello aveva lo scopo di sviluppare performances assistenziali utilizzando strumenti idonei alla valutazione e alla misurazione delle competenze clinico/pratiche degli Studenti di infermieristica. L'esperienza ha potuto offrire la possibilità di imparare dall'esperienza e di poter essere proattivi nell'organizzare modalità efficienti ed efficaci di nursing

Gli Studenti hanno mostrato una percentuale altissima (98%) di soddisfazione dell'esperienza di tirocinio vissuta, rilevata con lo strumento del CLES.



ASSISTENZA INFERMIERISTICA PERSONALIZZATA



Dai questionari distribuiti ai degenti sulla custmer satisfaction, è emersa una rilevante soddisfazione sulla qualità percepita.

Nonostante le iniziali diffidenze e timori legati alla responsabilità ed all'incertezza di cosa avrebbe comportato per la Dirigenza Medica e per l'Equipe Infermieristica, la realizzazione di questo progetto, tutti i Professionisti interessati, si sono dichiarati più che soddisfatti, in modo particolare, gli Infermieri coinvolti hanno percepito un maggior impegno di tipo intellettuale.

L'aspetto più critico è stato quello della formulazione del piano assistenziale, compilato in modo che si facesse attenzione alla cura di un linguaggio standard ed alla definizione degli obiettivi assistenziali comprendenti indicatori misurabili.

In conclusione, nonostante i limiti rilevati, questa esperienza può senz'altro fungere da aiuto e riferimento per l'elaborazione di riflessioni, riguardanti l'importanza e la necessità di implementare modelli efficaci di assistenza, atti a valorizzare la responsabilità professionale e l'impatto fondamentale della funzione assistenziale nei moderni contesti di cura.

Bibliografia

- 1) Alvaro R., Vellone E., Fierro A., Faia A., Petrone F., Miliani R. & Venturini G. (2009) Strumenti e metodi per migliorare il tirocinio clinico degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica: Esperienza dell'Università di Roma Tor Vergata, Professioni Infermieristiche, Vol.62, n.1, pag. 32-40
- 2) Benneth M. & Hylton J. (1990) Modular nursing: Partners in professional practice. Nursing Management., 21 (3), 20-25.
- 3) Bulfone, G., Galletti, C., Vellone, E., Zanini A. & Quattrin R. (2008) L'abilità di problem solving dello studente infermiere: l'esperienza del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Udine. Professioni Infermieristiche, 61, 139-148.
- 4) Campagna S., Lanteri D., Zanini L., Fraternali A., Sampietro P., Gonella G., Berchialla P., Gregori D., Menarello G., Maniero M. & Sasso L. (2011) Efficacia dell'applicazione del modular nursing in una degenza di area medica: uno studio sperimentale, Assistenza Infermieristica e Ricerca vol. 2
- 5) Centomini V., Di Carlo S. & Spinelli E. (2010) Il Tirocinio clinico e il tutoring: indagine descrittivo-osservazionale comparativa sulla qualità percepita, Infermiere Oggi, Anno XX vol. 4.
- 6) Cucchi A., Fiorentini R, Mercuri M. & Stefani S. (2005) "Il Processo

- di inserimento dello Studente Infermiere nell'ambito di una Unità Operativa" – Università Politecnica delle Marche
- 7) De Marinis M. G., Tartaglini D., Matarese M., Piredda M. & Binetti P. (1999) Modelli per la Formazione clinica nel diploma universitario per Infermiere, Nursing Oggi vol. 2
- 8) Di Giacomo P., Santullo A. & Bianchi S. (2006) Riorganizzazione di un'unità operativa di chirurgia generale e toracica: risultati di un'esperienza. Management Infermieristico, 3, 6-14.
- 9) Helmich E, Bolhuis S, Laan R, Koopmans R. (2011) Early clinical experience: do students learn what we expect? Med Educ. 45(7):731-40
- 10) Jokelainen M, Jamookeeah D, Tossavainen K & Turunen H. (2011) Building organizational capacity for effective mentorship of preregistration nursing students during placement learning: Finnish and British mentors' conceptions. Int J Nurs Pract.17(5):509-17.
- 11) Jokelainen M. Turunen H., Tossavainen K., Jamookeeah D. & Coco K. (2011) A systematic review of mentoring nursing students in clinical placements. J Clin Nurs. 20(19-20):2854-67.
- 12) Lynn, M. R., McMillen, B. J., & Sidani, S. (2007) Understanding and measuring patients' perceptions of quality nursing care. Nursing Research, 56(3), 159 166
- 13) Neisner J. & Brian R. (2002) Nurse staffing and care delivery models: a Review of the evidence. Kaiser Permanente Institute for Health Policy,
- 14) Nielsen AE, Noone J., Voss H. & Mathews LR. (2013) Preparing nursing students for the future: an innovative approach to clinical education, Nurse Educ Pract. 13(4):301-9
- 15) O'Connor SE. (1993) Evaluating the implementation of team nursing in a clinical setting. Br Nurs; 2, 542-7.
- 16) O'Connor SE. (1994) A reorganization that improves patient care. An evaluation of team nursing in acute clinical setting. Prof Nurse; 9, 808-11.
- 17) Pagiusco G. Cariolato E. Iselle F. & Tonini R. (2004) Organizzazione dell'assistenza infermieristica per settori in alcune unità operative dell'ospedale di Vicenza. Management Infermieristico, 4: 6-13.
- 18) Podavini E. (2008) Progetto Tutor/Assistente Tirocinio AOD Desenzano del Garda
- 19) Santullo A. (2004) "L'Infermiere e le Innovazioni in Sanità" Milano Edizioni Mc Graw-Hill
- 20) Tomietto, M., Saiani, L., Palese, A., Cunico, L., Cicolini, G., Watson, P. & Saarikoski, M. (2012). Clinical learning environment and supervision plus nurse teacher (CLES+T) scale: testing the psychometric characteristics of the Italian version. Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia Supplemento B, Psicologia, 34, B72-B80.
- 21) Thomas LH. (1992) Qualified nurse and nursing auwiliary perceptions of their work environment in primary, team and functional nursing wards. J Adv Nurs; 17, 373-82.
- 22) Williams B. (2004) Creating cohesion between the discipline and practice of nursing using Problem Based Learning. Int J Nurs Educ Scholarsh.; 1:Article 19.

STORIA DELLA MEDICINA



ALBERTO PELLEGRINO Sociologo

La Grande Guerra 3°. Paura e diserzione, violenza e follia

Carlo Delcroix (1896-1977), grande invalido della prima guerra mondiale avendo perso le mani e gli occhi per l'esplosione di una bomba durante un'esercitazione, così scriveva a proposito della guerra secondo lo stile aulico del tempo: "La guerra è sempre una calamità ma talvolta può essere una necessità ineluttabile, un preciso dovere, un sacro diritto; un popolo che si difende, un popolo che rivendica la sua libertà, un popolo che si schiera per una causa di giustizia e si batte per un ideale umano, deve considerare nella guerra un nobile sacrificio, un atto di suprema grandezza...Un popolo deve essere sempre pronto al sacrificio" (Guerra di popolo, Vallecchi, Firenze, 1921, p. 15). Questa era la visione dell'interventismo nazionalista e dell'interventismo "rivoluzionario", ma tale concezione della guerra non era condivisa né dai pacifisti, né da intellettuali come il poeta Pietro Jahier, valoroso ufficiale degli alpini, il quale nel 1915 scriveva: "Altri morirà per la Storia d'Italia volentieri...Ma io per far compagnia a questo popolo digiuno/che non sa perché va a morire...Altri morirà per le medaglie e per le ovazioni/ma io per questo popolo illetterato/che non prepara querra perché di miseria ha campato/la miseria non fa guerra, ma semmai rivoluzioni" (Dichiarazione, Poesie in versi e in prosa, Einaudi, Torino, 1981, p. 155).

Bisogna, infatti, considerare che l'esercito impegnato nella prima guerra mondiale era in gran parte formato da contadini, i quali costituivano il 58% della popolazione italiana che era allora di 34 milioni, contro il 23% di operai e artigiani e il 18% degli addetti ai servizi. A differenza della popolazione urbana, i contadini erano quasi tutti analfabeti, tenendo conto che nel 1911 il tasso di analfabetismo era del 40% con una punta massima del 70% in Calabria. Essi, inoltre, non avevano un'idea di che cosa fossero la Patria e lo Stato, anche perché nel mondo agricolo "le classi dirigenti e i governi, ancorati a una visione fondamentalmente autoritaria che riteneva di poter fare a meno del consenso attivo delle masse, avevano fatto ben poco per promuovere... forme di partecipazione collettiva al culto della nazione" (A, Gibelli, La Grande Guerra degli Italiani, Sansoni, Firenze, 1998, pp. 93-94). Il mondo contadino, oltre

a essere diffidente nei confronti dello Stato che aveva introdotto il fisco e il servizio militare obbligatorio, considerava la guerra un flagello da subire e non da desiderare, un fenomeno di cui non si comprendevano le finalità. Questo atteggiamento di rifiuto si consolidò quando si capì che la guerra avrebbe avuto una lunga durata e che questo avrebbe comportato il dover sopportare una disciplina durissima, sacrifici spaventosi e un'altissima probabilità di morte. Nonostante queste resistenze, l'esercito italiano era formato da 5.900.000 unità che comprendevano 166.000 assegnati agli stabilimenti militari, 600 mila inquadrati nella milizia territoriale, 150 mila arruolati in marina, per cui l'esercito impegnato nelle operazioni di guerra era costituito da 4 milioni e 250 mila uomini, dei quali 2 milioni e 600 mila erano contadini (45% del totale). Diversa era la situazione della filiera di comando formata da 15 mila ufficiali di carriera (22 mila nel 1918), ai quali si aggiungevano 20 mila ufficiali di complemento (156 mila nel 1918) appartenenti alla classe media che costituirono l'ossatura dell'esercito e lo strumento di raccordo tra gli alti comandi e la massa dei combattenti, uniti da uno spirito di fratellanza che purtroppo, a causa della durezza della disciplina e delle terribili condizioni di vita nelle trincee, finì per trasformarsi in reciproca ostilità.

Diserzioni e autolesionismo

La guerra nei primi anni fu condotta sotto il segno dell'imperizia dei comandanti che ordinarono attacchi scriteriati, come del resto avverrà anche su altri fronti per colpa dei comandi francesi e inglesi, tedeschi e austroungarici, basti pensare che sul fronte italiano nel primo mese di guerra ci furono 20 mila morti e che alcuni comandanti di reggimento o di battaglione, per non eseguire gli ordini insensati, preferirono esporsi al fuoco nemico o addirittura suicidarsi. Riferisce il tenente Carlo Salsa nel suo diario di guerra: "Passato l'Isonzo...quasi tutti i reggimenti vennero annientati: non si poteva andare più oltre...Ma i comandi sembravano impazziti. 'Avanti? Non si può. Che importa? Avanti lo stesso? Ma ci sono i reticolati intatti!? Che ragione! I reticolati si sfondano coi petti o coi denti o con le vanghette. Avanti!' Era un'ubriacatura. Coloro che confezionavano gli ordini li spedivano da lontano; e lo spettacolo della fanteria che avanzava, visto col binocolo, doveva essere esaltante...l nostri soldati si fecero ammazzare così a



migliaia, eroicamente, in questi attacchi assurdi che si ripetevano ogni giorno, ogni ora, contro le stesse posizioni". Quando i soldati non erano mandati all'attacco, erano condannati a una disumana vita di trincea come ricorda il tenente Paolo Caccia Dominioni: "Trincea! Abominevole carnaio di putredine e di feci, che la terra si rifiuta di assorbire, che l'aria infuocata non riesce a dissolvere...Il tanfo di cadavere lo ingoiamo col caffè, col pane, col brodo".

In queste condizioni la tenuta psicologica dei soldati divenne disperata e fu sempre più frequente il rifiuto di andare a morte certa negli assalti allo scoperto; per



Fig. 1 - La strage continua. I Sergenti Giuseppe Pellegrino e Vincenzo Angeloni, unici superstiti della 5^ compagnia del 245^ Reggimento Fanteria dopo la battaglia del 4 giugno 1917.

questo nelle trincee i carabinieri si mettevano dietro ai soldati pronti a sparare contro chi si attardava ad andare all'attacco, per cui alcuni militari venivano fucilati sul posto. I casi di diserzione furono più di 15 mila e il modo più frequente era il "passaggio al nemico", secondo la logica che era meglio essere un disertore prigioniero piuttosto che un morto, anche se era difficile sfuggire alla sorveglianza dei superiori, non farsi prendere a fucilate dagli austriaci e cercare di sopravvivere nei campi di prigionia, dove si pativano il freddo e la fame.

Fra i militari di leva era molto diffuso l'autolesionismo, che consisteva nella pratica di infliggersi ferite e mutilazioni, oppure di procurarsi gravi malattie in modo da essere ricoverati in ospedale, avere una licenza di convalescenza o addirittura essere congedati. Il mezzo più comune era l'auto-ferimento alla mano o a un piede con il proprio fucile. In un primo tempo i soldati preferivano colpire la mano sinistra, perché era considerata meno invalidante; in seguito, per evitare i sospetti, cominciarono ferirsi alla mano destra e, per evitare l'alone attorno alla ferita dovuta alla vicinanza dell'arma, molti fecero ricorso a una pagnotta messa sopra la mano o il piede. Si adottarono anche pratiche di procurarsi una malattia con causticazioni, auto-contusioni, gonfiori provocati da iniezioni sottocutanee di sostanze particolari, infezioni di vario tipo, autolesioni agli occhi e agli orecchi che a volte provocarono la perdita della vista o dell'udito. Il diffondersi di queste pratiche diede luogo a una specie di gara tra i soldati da una parte, gli ufficiali e i medici dall'altra per smascherare ferite e malattie auto-inflesse con il progressivo inasprimento delle punizioni.

Fucilazioni e sadismo degli alti comandi

Dopo mesi e mesi di assalti sconsiderati sul fronte italiano (com'era accaduto nell'esercito inglese e francese, austroungarico e tedesco), progettati e condotti secondo una vecchia logica militare, si era conseguito soltanto il risultato di avere un numero spaventoso di perdite umane, senza fare nulla per salvaguardare le vite dei soldati, perché quel massacro era considerato "un olocausto necessario" nel corso di una guerra "voluta con unanime consenso da tutta la nazione". Nello stesso periodo cominciarono a verificarsi dei casi di vero e proprio sadismo da parte degli alti gradi nei



confronti della truppa. Molti generali si dimostrarono spietati, tanto che le fucilazioni cominciarono a essere praticate prima in modo sommario nelle stesse trincee o nelle immediate retrovie, poi a seguito di sentenza, guando furono istituiti i tribunali speciali di guerra per punire disertori, ammutinati e codardi. Ouando non furono condannati direttamente i colpevoli, per non punire interi reparti accusati di codardia di fronte al nemico, si fece ricorso alle decimazioni (estrazione a sorte un soldato ogni dieci), che non erano previste nel codice penale militare e che finivano spesso per punire persone del tutto innocenti.

Il comandante supremo Cadorna ordinò l'immediata esecuzione di qualsiasi soldato indegno "di un esercito che abbia il culto dell'onore militare", con il tempo però ai casi isolati si aggiunsero gli ammutinamenti di massa come nel caso delle Brigate Ravenna e Catanzaro,

che si ribellarono agli ufficiali per non essere rispedite immediatamente in prima linea, ma la repressione fu dura e ci furono diverse condanne a morte per fucilazione e per decimazione. Nell'opera di repressione si distinse per ferocia il generale Andrea Graziani, il cui disprezzo per i soldati confinava con il sadismo, perché fu visto diverse volte picchiare i soldati e andare a caccia armato di fucile dei soldati che si erano allontanati dalla prima linea. Dopo Caporetto, Cadorna affidò a Graziani il compito di ristabilire l'ordine nel corso della ritirata, che si svolgeva in un clima di tragedia, drammaticamente decritto da Ernest Hemingway (tenente della sanità dell'esercito italiano) nel romanzo Addio alle armi; anche lo scrittore John Dos Passos (volontario nella Croce Rossa), a proposito di alcuni ufficiali italiani, ha scritto che "la loro sprezzante cattiveria nei confronti di tutti quelli a cui non leccano gli stivali è rivoltante". Graziani, nominato "Ispettore Generale del Movimento di Sgombero", si mosse alla testa di un reparto di carabinieri, procedendo a numerose e sommarie fucilazioni alla schiena, tanto che Curzio Malaparte a questo proposito ha scritto: "Dietro le spalle del popolo di fanti fu drizzata una barriera feroce. L'ombra del Generale



Fig. 2 - Fucilazione di due Militari italiani.

Graziani, vestito da Carabiniere, si allungò sulle rive del Piave". Il culmine della sua follia il generale lo raggiunse nell'episodio riquardante l'artigliere Alessandro Ruffini, nato a Castelfidardo nelle Marche. Sulla piazza di Noventana Padovana il soldato si rese "colpevole" di aver salutato Graziani senza togliersi la pipa dalla bocca e il generale ordinò la sua immediata fucilazione senza ascoltare quanti cercarono di dissuaderlo, rispondendo: "Dei soldati io faccio quello che mi piace". Una lapide sulla piazza del paese ricorda ancora oggi l'assassinio di quel giovane soldato. Posto a riposo dall'esercito, Graziani fu nominato luogotenente generale della Milizia volontaria per la sicurezza nazionale, ma all'alba del 27 febbraio 1931 il suo cadavere fu trovato lungo il tratto ferroviario Prato-Firenze. Il fatto fu liquidato come incidente, perché un generale fascista non si uccide, ma il cadavere fu scoperto sulla scarpata sinistra della massicciata, dalla parte opposta al binario su cui viaggiava il suo treno e solo una forte spinta poteva scaraventare così lontano il corpo di Graziani.

Nel 1915 i tribunali militari emisero 23 mila condanne, nel 1916 48 mila, nel 1917, soprattutto dopo la disfatta



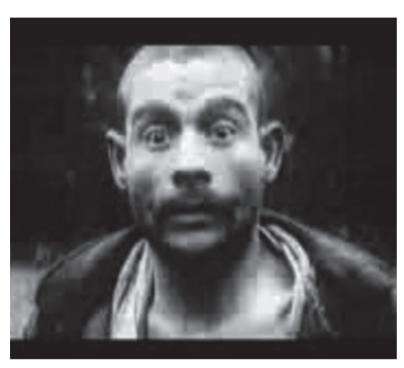


Fig. 3 - Militare italiano ricoverato in un Ospedale psichiatrico.

di Caporetto, le condanne furono 82 mila. Nel complesso si arriverà a 350 mila processi con 210 mila condanne per renitenza, diserzione, indisciplina autolesionismo. Le condanne a morte furono 4028 (729 furono eseguite per fucilazione); il numero delle esecuzioni sommarie, che fu molto elevato, rimane praticamente incalcolabile.

Com'è avvenuto in altri Paesi, anche in Italia si avanza la richiesta di riabilitare la memoria dei fucilati, che dovrebbero essere considerati a tutti gli effetti dei caduti in guerra, tenendo conto che molti erano innocenti o condannati per estrazione a sorte. Da tempo l'opinione pubblica è stata sollecitata dai mass media su questo problema; basti pensare che il primo ad affrontare l'argomento dei tribunali militari e delle condanne per fucilazione è stato l'americano Stanley Kubrik con il film *Orizzonti di gloria* (1957), seguito dall'inglese Joseph Losey con *Per il re e per la patria* (1964); in Italia il tema è stato trattato per la prima volta da Francesco Rosi con il film *Uomini contro* (1970).

Gli storici hanno riconosciuto che gli italiani hanno combattuto con lo stesso coraggio e decisione dei francesi e degli inglesi e in condizioni ambientali peggiori, mentre "su una sola macchia nera — di Palo Rumiz - il

mio paese era rimasto elusivo: i fucilati, e in particolare quelli uccisi per decimazione — dunque senza colpa -, pratica in cui Cadorna si distinse tra i generali di tutti gli eserciti. La loro riabilitazione era un atto dovuto ancora spietatamente negato dagli alti comandi e dai soliti custodi di sacelli. I nomi di quegli infelici non comparivano ancora nei monumenti ai Caduti, mentre in Inghilterra, in Francia e altrove erano stati reinseriti da tempo nella memoria nazionale" (Come cavalli che dormono in piedi, Feltrinelli, Milano, 2014, p.259).

Matti di guerra. Le malattie mentali nella Grande Guerra

Durante il primo conflitto mondiale la medicina fu costretta a occuparsi di altro rispetto alla medicina "tradizionale", perché la violenza che ha caratterizzato la Grande Guerra ha provocato danni al corpo e alla mente fino ad allora mai visti e curati, per cui si rese necessario introdurre nella pratica medica non solo nuove specializzazioni

di tipo medico-chirurgico, ma soprattutto in psichiatria nuove analisi di tipo psicologico, antropologico e sociologico, finora trascurate o considerate del tutto marginali. Per procedere all'esame della condizione psichiatrica del soldato, si cominciarono a prendere in considerazione i sequenti elementi: lo sradicamento del soldato dal suo contesto ambientale; la distanza e le lunghe assenze dalla famiglia e dalla sua abituale residenza; l'immissione forzata in un meccanismo caratterizzato dall'automatismo dei mezzi tecnici e dalle incontrollabili forme di comando; la costrizione fisica in spazi ristretti e spesso disumani come le trincee: l'opportunità per medici, psichiatri e antropologi di tenere conto delle esperienze, cui sono sottoposti milioni di uomini sotto il profilo sanitario, psicologico e sociale; la necessità di usare il termine trauma in modo continuato e diffuso per spiegare lo scossone profondo determinato dall'evento "guerra" su ogni aspetto della vita sociale e sulla personalità di quanti vi presero parte in modo diretto.

In questo senso, oltre alle ricerche fondamentali di George Mosse, è stato importante il contributo fornito da Paul Fussell (*La Grande Guerra e la memoria moder-*



na, Il Mulino, Bologna, 1984) e soprattutto da Eric J. Leed, il quale è stato il primo a parlare di nevrosi di guerra, mettendo insieme fonti letterarie e psichiatriche per spiegare come il terribile evento della Grande Guerra avesse lasciato un marchio indelebile in coloro che vi presero parte (No' Mans Land. Combat and Identity in World War, 1979, trad, it. Terra di nessuno, Il Mulino, Bologna, 1985).

Altrettanto importanti sono stati gli studi di Agostino Gemelli sulla psicologia di guerra, che hanno favorito il passaggio nella psichiatria militare dal determinismo biologico a una visione psico-dinamica, superando le vecchie categorie psichiatriche che riflettevano le preoccupazioni di salvaguardare il controllo esercitato dallo Stato e legate all'opportunità di connettere i processi psicologici con i riflessi politici relativi alla tenuta degli eserciti in guerra. Grazie anche a questa nuova visione psichiatrica è stata restituita alla Grande Guerra la dimensione autentica di un evento mentale, antropologico e culturale che, con i suoi miti, le sue immaginazioni e le esperienze di vita ha trasformato il modo di pensare e di comunicare di milioni di uomini.

La guerra moderna, caratterizzata da forme di organizzazione e dall'impiego di tecnologie proprie della rivoluzione industriale, comportò una razionalizzazione dei servizi (viabilità, trasporti, industria bellica, ecc.) tra cui il servizio di sanità che prevedeva non solo la cura ma anche lo smaltimento e l'allontanamento dal teatro di guerra dei primari "prodotti bellici", cioè i morti e i feriti. Questo richiese la creazione del servizio ambulanze, di treni-ospedale e navi-ospedale, nonché l'allestimento di ospedali, manicomi e cimiteri di guerra. Con l'affermarsi della guerra di massa aumentò in parallelo il numero e il ruolo dei medici di tutte le specializzazioni per il ricambio e il recupero delle risorse umane disponibili, per applicare delle strategie di controllo sui corpi e sulle menti. La guerra comporta un mostruoso annullamento del confine tra la vita e la morte, tra ciò che umano e ciò che è disumano; provoca presso i comandi militari la standardizzazione degli uomini, la loro riduzione a materiali di consumo sintetizzata dall'espressione carne da cannone usata per indicare le truppe combattenti.

Va attribuito ai medici il merito di avere messo la

società di fronte alla terribile condizione dei combattenti, descrivendo i corpi contorti, i volti deformati, le piaghe e le cancrene, le mutilazioni e le asfissie, il tanfo dei cadaveri in putrefazione, le mutilazioni dei corpi ancora viventi, il dolore e l'angoscia, i deliri, i sogni, le allucinazioni delle menti sconvolte dalla guerra. Sono stati, in particolare, gli psichiatri a ricordare che la guerra è anche paura e disperazione, superando i confini della storiografia liberale impegnata a esaltare solo gli aspetti epici del conflitto. Le testimonianze psichiatriche, psicologiche e antropologiche raccolte dagli analisti militari sono servite a documentare l'esperienza percettiva, visiva e sonora vissuta e subita a contatto con la guerra, cogliendo le trasformazioni della personalità e dei meccanismi della memoria che si sono verificati in un costante alternarsi tra vita e morte come indica in modo paradossale lo psichiatra Bestombes, un personaggio del Viaggio al termine della notte di Céline, quando dice "la guerra...con i mezzi incompatibili che ci dà per provare i sistemi nervosi, agisce come un formidabile rivelatore dello spirito umano! Saremo occupati per secoli nel chinarci pensosi su queste recenti rivelazioni patologiche".

Gli psichiatri militari sono stati costretti a fronteggiare e curare casi di mutismo, sbigottimento, incapacità di esprimersi e di comunicare, impedimento a trasmettere le proprie esperienze e a rispondere alle domande sul proprio stato presente. I terapeuti hanno dovuto affrontare la condizione d'irriconoscibilità del soldato, fare i conti con la sua estraniazione dal mondo circostante, con la sua perdita d'identità. Per la prima volta la follia è stata collegata direttamente alla guerra, ai condizionamenti di una macchina bellica che con la sua perversa razionalità sospingeva l'individuo a trovare rifugio nella fuga interiore costituita dalla malattia mentale.

Si è potuto scoprire che "la più significativa variabile nell'incidenza delle nevrosi di guerra non riguarda il carattere del soldato ma il carattere della guerra" (E. J. Leed), per cui la figura del soldato folle non aveva origine da un incidente nell'ambito dell'organizzazione militare, ma diventava l'incarnazione della resistenza dell'individuo di fronte all'alienazione della guerra, tanto che durante gli anni del conflitto divenne popolare l'espressione "scemo di guerra", cioè un soggetto umano giunto a un tale livello di sofferenza fisica e mentale da ritenere che "la miglior cosa che (si) possa



fare è di passare per scemo" (J. H. Hasek, Il buon soldato Sc'vèik, Feltrinelli, Milano, 1979, p. 426)

Tra il 1915 e il 1916 molti psichiatri erano indirizzati a spiegare la nevrosi di guerra non come una causa del conflitto, ma come una derivazione del carattere del soldato (ereditarietà, storia biologica, misura del cranio secondo la tipologia cranio-facciale). La quantità e la frequenza delle malattie mentali in mezzo alla truppa costrinsero però i comandi superiori a organizzare un servizio neuropsichiatrico, per cui gli ospedali da campo furono collegati a una rete di strutture manicomiali nelle retrovie e su tutto il territorio nazionale. Nello stesso tempo la psichiatria descrittiva, funzionale ai compiti di custodia, fu progressivamente superata, perché la guerra imponeva una rapidità di osservazione e d'interventi terapeutici. Purtroppo per diverso tempo molti casi di alienazione furono classificati come diserzione o vigliaccheria di fronte al nemico e furono sanzionati di conseguenza, mentre molti soldati seguivano un impulso inconsapevole e incoercibile che li spingeva lontano dalle prime linee, per sfuggire alle angherie dei superiori, alla logica della violenza, alla furia del massacro, sospinti dal desiderio di ritornare nelle loro case. Come risulta dalle cartelle cliniche dei manicomi militari, molti soldati furono trovati mentre vagavano senza metà e senza cognizione di sé nelle retrovie, vittime da choc da bombardamento, da seppellimento sotto le macerie, da crisi di paura, per cui presentavano i sintomi di amnesia, sordo-mutismo, contratture muscolari, paralisi, inebetimento, regressione infantile, indifferenza affettiva, fissità dello squardo, impenetrabilità dell'espressione. Si verificava in questo modo un annullamento psichico che restringeva la coscienza fino alla totale esclusione dalla realtà a causa dell'angoscia provata sotto il fuoco, dell'attesa di passare all'attacco, dello spettacolo continuo e ossessivo della morte. I soldati tendevano a riprodurre in manicomio le posizioni assunte sotto il fuoco: corpo ricurvo, braccia incrociate sul ventre, testa reclinata. Erano tutti tentativi di nascondersi attraverso l'immobilità per allontanare percezioni e ricordi del mondo esterno, per abbandonarsi all'automatismo di una vita inconsapevole, per liberarsi dall'ossessione della disciplina, del rumore assordante, delle luci notturne accecanti, preferendo vivere

senza pensare, chiusi in un silenzio assoluto. Dinanzi a queste nuove realtà, la dottrina della degenerazione mentale a tendenza fatalistica cominciò a mostrarsi insufficiente, per cui gli studi cominciarono a tenere conto del rapporto salute-malattia, norma-devianza, integrazione-emarginazione.

La nuova psichiatria di guerra

I dilagare del tragico spettacolo di una guerra sempre più violenta e sanguinosa costrinse gli psichiatri a fare i conti con soggetti vittime di una sincope psicologica (immobilità, confusione, delirio, mutismo, sordità, paralisi, smemoratezza, epilessia) derivante da una sostanziale negazione della realtà. Essi furono obbligati a prendere atto che la regressione psichica di tanti uomini e che le tante forme di alienazione erano provocate dalla vita di trincea, il cui straziante immobilismo portava di conseguenza a un immobilismo delle menti e delle coscienze. A creare questa particolare condizione psichica contribuivano l'ossessione per la presenza di un nemico invisibile ma pur presente a pochi metri di distanza, la normalità della morte individuale o di massa divenuta una costante guotidiana, i continui bombardamenti dell'artiglieria che determinavano "una tale scossa di tutto il sistema nervoso, una tale inibizione di qualsiasi energia, una tale paralisi di tutta la vita psichica che il soldato è reso incapace di compiere anche il minimo sforzo, subisce qualsiasi cosa, non desidera altro che la fine di tale angoscia e, rintanato in un cantuccio, nasconde il viso e attende la fine" (A. Gemelli, Il nostro soldato. Saggi di psicologia militare, Treves Editori, Milano, 1917, pp. 41-42).

Il processo di spersonalizzazione, che colpiva quasi tutti i soldati e in particolare quelli provenienti dal mondo contadino, comportava la privazione della propria identità, una frattura tra un mondo di pace e il mondo della guerra, diventando per molti militari una delle principali cause di alienazione psichica. Erich Maria Remarque ha descritto in modo incisivo questo particolare stato d'animo del combattente: "Eravamo sulla soglia dell'esistenza...Non avevamo ancora messo radici; la guerra, come una inondazione, ci ha spazzati via...Noi ne siamo stati ghermiti e non abbiamo idea di come possa andare a finire. Sappiamo soltanto che ci siamo induriti, in una forma strana



e dolorosa, quantunque non ci si senta più neppure capaci di tristezza" (Niente di nuovo sul fronte occidentale, Mondadori, Milano, 1955, p. 20)

Gli psichiatri, per accertare l'origine delle nevrosi di guerra, si preoccuparono di definire la figura del militare anormale da allontanare dalle prime linee o, al massimo, da impiegare nelle retrovie. Si trattava di individuare quali fossero le caratteristiche più facilmente riconoscibili che portavano a compiere azioni violente e a sviluppare disturbi psichici più o meno gravi. Si arrivò pertanto alla conclusione che i "soggetti anormali" erano quelli che non erano capaci di vivere la vita militare, che manifestavano insofferenza per la disciplina, rifiuto dell'ubbidienza, insubordinazione, diserzione, tutte espressioni patologiche di un carattere impetuoso, di un ribellismo indomito, di una incapacità di pentimento. All'individuo "anormale" era contrapposta la figura del buon soldato che, attraverso il "coraggio passivo", dimostrava la sua capacità di adattamento alle condizioni reali della guerra, per cui si distingueva per la perdita del senso di paura, per l'instaurarsi di un sentimento di "estraneità del proprio io", che permetteva al soggetto di resistere "tenacemente alle avverse condizioni della vita di trincea" (Agostino Gemelli). Sulla base di queste teorizzazioni, soprattutto nei primi anni di guerra, furono redatte molte cartelle cliniche, nelle quali il soldato con problemi psichici era visto più come un ribelle piuttosto che come un malato di mente.

Con l'aggravarsi della situazione, a causa della diffusione delle malattie mentali, gli psichiatri finirono per dividersi sulla interpretazione della nevrosi traumatica: una parte si richiamò alla reazione isterica su base suggestiva; un'altra parte adottò la terminologia freudiana della fuga nella malattia sulla base del conflitto inconscio. Furono soprattutto gli psichiatri di formazione psicoanalitica a spiegare le nevrosi di guerra sulla base del conflitto inconscio tra individualità e senso del dovere, del sentimento di opposizione alla guerra e alla vita militare che era avvertito come immorale. Questa contraddizione interna finiva col provocare un conflitto irrisolto tra il desiderio di sottrarsi alla vita di trincea e il rispetto di sé che glielo impediva, per cui si cercava la fuga-rifugio nella malattia mentale e spettava, pertanto, al terapeuta il compito di rafforzare il senso del dovere del soldato per fargli riacquistare l'equilibrio

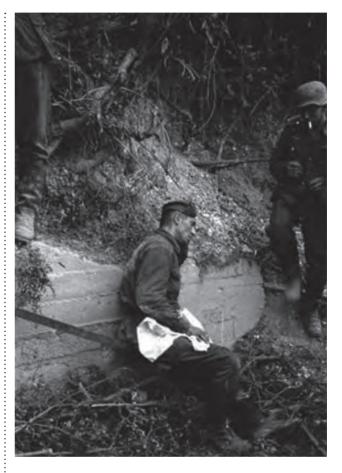


Fig. 4 - Militare austriaco affetto da disturbi psichici.

interiore e il rispetto di sé. Questo tipo di conflitto raramente fu preso in considerazione nell'ampia casistica di guerra, mentre si diede maggiore rilevanza al senso d'impotenza che coglieva il soldato di fronte alla totale perdita di controllo delle proprie condizioni di vita, con il conseguente tentativo di allontanare dalla propria coscienza la realtà della guerra e il suo ricordo.

Lo psicanalista tedesco Ernest Simmel (1882-1947) spiegava le nevrosi belliche facendo ricorso ai concetti di "io di pace" e "Io di guerra", ritenendo che un soldato sviluppasse una nevrosi quando l'Io non riusciva a fronteggiare un pericolo reale, per cui si verificava una forma di regressione e il soggetto poteva rivolgere la propria aggressività verso se stesso o i suoi ufficiali. Al contrario lo psicanalista inglese Edward Glover (1888-1972) considerava le nevrosi come possibili mezzi per





Fig. 5 - Scemi di guerra in un filmato dell'Istituto Luce.

interrompere la propria partecipazione agli eventi bellici (F. Fornari, Psicanalisi della guerra, Feltrinelli, Milano, 1965).

Sulla base degli studi fatti e delle esperienze maturate sul campo, gli psichiatri arrivarono a fare una prima classificazione delle principali cause che provocavano le psicosi di guerra: una disciplina feroce che si proponeva di sostituire l'interpretazione individuale della realtà con un automatismo di comportamenti, impoverendo o annullando la coscienza dell'individuo, provocando un disorientamento rispetto ai valori originari, per cui il soldato non era più in grado di distinguere tra diritti e doveri, tra reale e immaginario; il delirio di persecuzione che esprimeva l'angoscia per la perdita di controllo sulle proprie condizioni di vita a causa di una disciplina irrazionale e autoritaria, per cui i soggetti erano ossessio-

nati da comandi assurdi, temevano di essere condannati alla fucilazione per vigliaccheria o diserzione, provavano un terrore e un senso d'impotenza che facevano passare il soggetto dalla disperazione all'ebetudine; l'amnesia che era una delle manifestazioni più devastanti di dissociazione della personalità causata dalla violenza del fuoco nemico, da un'esplosione vicina cui seguiva il seppellimento sotto il terriccio, dalla vista dei compagni lacerati dagli scoppi o falciati dalle mitragliatrici; la reazione difensiva più comune era non vedere e non sentire più, non muoversi e non ricordare, non avere più la percezione del mondo esterno, rinunciare a una o a tutte le funzioni della conoscenza; il puerilismo che si manifestava come fuga nell'immaginario, in una realtà fantastica che nega l'esistenza stessa del conflitto e i suoi orrori, un'auto-estraniazione che si manifestava spesso come un rifugio nell'infanzia, perché la vita infantile porta a una regressione dei desideri e dei bisogni, a una dipendenza e subordinazione assolute; l'isteria che era considerata una tendenza all'antagonismo e alla ribellione, un disturbo della volontà come rifiuto di quarire e di ritornare al fronte; Il delirio che faceva cadere il soggetto in un'attività automatica, facendolo agire in uno stato ipnotico durante il quale riproduceva movimenti e atteggiamenti vissuti in prima linea; l'ossessivo ritorno delle memorie di guerra provocava l'impossibilità di ordinare le proprie esperienze, per cui i ricordi s'interponevano continuamente tra il soldato e la realtà che lo circondava, con il risultato che si vedevano avanzare i nemici uccisi, si cercava d'individuare la direzione delle granate, si tendeva a liberarsi delle macerie sotto le quali erano rimasti sepolti, mimando spesso le scene di guerra così intensamente da provocare effetti contagiosi su altri soggetti (ipnosi di guerra); la fuga che era un automatismo così forte da spingere il soldato a liberarsi dell'immobilità della trincea, per cui furono trovati molti soggetti che vagavano in stato di stupore senza ricordare nulla della loro fuga.

L'interpretazione delle nevrosi traumatiche secondo la scuola freudiana prese piede in quasi tutti i servizi psichiatrici militari degli Stati belligeranti e diversi adottarono la terapia ipnotica, vista la ricettività del messaggio ipnotico da parte di quei soldati che mostravano suggestionabilità, attitudine alla passività, estrema sensibilità per i suoni e le voci, desiderio di riposo.



Nell'immediato dopoguerra la terapia ipnotica entrò in crisi quando al 75% degli 80 mila soldati ricoverati nei reparti neuropsichiatrici fu riconosciuta una pensione d'invalidità per cause mentali. Nonostante questi esiti fallimentari, in generale la psichiatria trasse dei vantaggi circa la natura e il trattamento delle malattie psichiatriche e molte forme di psicoterapia, maturate durante la guerra, continuarono a progredire anche in tempo di pace grazie anche all'ampia documentazione costituita dalle cartelle cliniche provenienti dai manicomi del Veneto (la regione più vicina al fronte) e soprattutto dal Manicomio di Padova, nel quale furono raccolti molti militari della prima, terza e quinta Armata, che è stato possibile classificare secondo le loro classi sociali: il 34% contadini, il 40% operai e artigiani, il 7% commercianti, il 10% studenti e possidenti.

Nell'ospedale padovano è risultata abbastanza rilevante anche la presenza degli ufficiali (1 ogni 22 ricoverati), che è stata messa in rilievo anche dai servizi neuropsichiatrici britannico, americano e austroungarico. Si è potuto appurare che esistono differenze profonde tra le manifestazioni cliniche dei soldati e degli ufficiali: nei primi si è trattato prevalentemente di manifestazioni isteriche, di passività assoluta, del desiderio di mutilazione, di paralisi, di simulazione dei sintomi di cecità, sordità e paralisi; nei secondi, che erano dotati di una maggiore autostima e cultura, si manifestavano soprattutto nevrastenie derivanti dal logoramento per le responsabilità e dalla vergogna di manifestare la propria paura. Negli ufficiali il desiderio di morte si tramutava così in nevrosi ansiosa, forme depressive, casi di amnesia e di allucinazione, anche se le diagnosi tendevano a nascondere questo tipo di malattie per non intaccare l'autorità e il prestigio degli ufficiali. Mentre il soldato depresso o confuso poteva essere utilizzato ugualmente in prima linea, l'ufficiale diventava immediatamente inutilizzabile per il comando ed era quindi subito ricoverato negli ospedali. Nelle forme di delirio proprie degli ufficiali si avvertivano il peso di ordinare gli attacchi e la presenza di sensi di colpa che potevano portare fino al suicidio: quidare all'attacco massicce formazioni di uomini sotto il fuoco delle mitragliatrici e delle artiglierie nemiche

costituiva per gli ufficiali una responsabilità logorante, per cui affluivano nei manicomi come soggetti depressi, ansiosi, deliranti, come vittime di un logoramento nervoso e mentale. Mentre un numero elevato di soldati che soffrivano di disturbi psichici era rispedito al fronte (50%) o rimaneva nei manicomi (16%), la maggior parte degli ufficiali era inviata in licenza o ricoverata nei convalescenziari, perché spesso la diagnosi era di non riconosciuta pazzia (41%). Su questa rivista, nell'articolo Il manicomio di Ancona e gli "scemi di guerra", ovvero i pazienti militari del '15-'18 (n.2, 2011, pp.43-46), Maria Grazia Salonna ha preso in esame 521 cartelle cliniche di militari su un totale di 776 ricoverati nell'ospedale psichiatrico anconetano, registrando i dati anagrafici, la provenienza, il periodo di degenza, il tipo di patologia, la diversa casistica tra ufficiali e truppa, la relazione con l'esito diagnostico finale.

Un contributo fondamentale per lo studio della psichiatria militare è stato fornito da Annacarla Valeriano. una ricercatrice di Storia contemporanea nell'Università degli Studi di Teramo, che ha pubblicato il volume Ammalò di testa. Storia del manicomio di Teramo. 1880-1931 (Donzelli, Roma, 2014), nel quale sono state esaminate le funzioni svolte da questa struttura ospedaliera dalla fine dell'Ottocento al primo Novecento, sulla base di una vastissima documentazione clinica ed epistolare. La parte più interessante, rispetto all'argomento trattato, è quella in cui viene preso in esame il problema dell'esercito come laboratorio di profilassi morale e sociale; ancora più specifica è la sezione intitolata *Il grande trauma 1915-1918* riguardante la psichiatria di guerra. In essa l'autrice prende in esame le disposizioni per il ricovero di militari colpiti da infermità mentale, quando il Manicomio di Teramo diventò uno dei maggiori centri di raccolta e di cura durante la prima guerra mondiale con queste nuove figure di degenti le cui menti erano state sconvolte dagli eventi bellici. Tali malati arrivavano in questa struttura ospedaliera come fantasmi naufragati dal grande oceano della guerra, per essere i sottoposti a cure che contribuivano a favorire il passaggio dal manicomio "carcere" all'ospedale "fabbrica della salute".



VITA DELLA FACOLTÀ



Attività Didattiche Elettive 2015



FORUM MULTIPROFESSIONALI DI SCIENZE UMANE Mercoledi ore 16,00 - 18,30

ADE02A08 - Etica generale Prof. Giovanni Principato

ADE03A08 - Storia della medicina Prof.ssa Stefania Fortuna

ADE05A08 - Organizzazione sanitaria Prof. Francesco Di Stanislao

> ADE09FOR - Scienze umane Prof. Armando Gabrielli

La frequenza dei Forum deve avvenire nell'anno di svolgimento delle lezioni del Corso di riferimento o nei successivi allo stesso.

CORSO DELLA CROCE ROSSA ITALIANA

ADE00008 – Corso propedeutico per l'inserimento nel corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana (2 CFU aperto a tutti qli anni di corso)

Dott. Renato Pizzi - Capitano Corpo Militare Croce Rossa

Dott. Sebastiano Di Priolo – Tenente Corpo Militare Croce Rossa

Sorella Giuseppina Breccia — *Ispettrice Regionale Corpo delle Infermiere Volontarie*

FORUM E CORSI MONOGRAFICI

CdLM in Medicina e Chirurgia

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane

vedi colonna a sinistra

Croce Rossa Italiana

ADE00008 - Corso propedeutico per l'inserimento nel corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana (colonna di sinistra)

Corsi Monografici

1° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00167 - Onde acustiche in medicina, Dott. F. Fiori

ADE00013 - Biochimica del sangue, Prof.ssa L. Mazzanti

ADE00051 - Le biotecnologie per lo studio dell'istologia umana normale, Dott.ssa A. Pugnaloni

2° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00168 - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) di base, Dott.ssa E. Adrario

ADE00170 - L'organo adiposo, Prof. S. Cinti

ADE00365 - Fisiologia e fisiopatologia delle sinapsi, Prof. F. Conti

3° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00168 - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) di base, Dott.ssa E. Adrario

ADE00312 - *Diagnostica di laboratorio in Urgenze/Emergenze*, Prof. A. Procopio

ADE00366 - Fattori prognostici/predittivi di risposta alla terapia oncologica, Prof. A. Catalano

ADE00313 - Metodologia della valutazione del Rischio Cardiovascolare Globale, Prof. R. Sarzani

ADE00024 - I profili assistenziali, Prof. F. Di Stanislao

4° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00368 - Chirurgia maxillo-facciale, Prof. M. Piemontese

ADE00369 - Patologie vitreo retiniche, Prof. C. Mariotti

ADE00188 - *Clinimetria e misure out come in reumatologia,* Prof. F. Salaffi

ADE00189 - Traumatologia dello sport, Dott. A. Gigante

ADE00370 - Chirurgia vertebrale, Prof. N. Specchia

ADE00278 - Percorsi diagnostici in pneumologia: dal sintomo alla diagnosi, Prof. S. Gasparini

ADE00037 - Sistema neuroendocrino diffuso e neoplasie, Prof.ssa M. Scarpelli

ADE00187 - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) avanzata, Dott. ssa E. Adrario

ADE00371 - Sindrome metabolica e NASH, Prof. G. Svegliati, Dott. A. Taccaliti

W000452 - La medicina della sessualità della coppia, Dott. G. Balercia

5° Anno (crediti da acquisire 1)

W000199 - Inquadramento e terapia delle neoplasie cerebrali, Prof. M. Scerrati





ATTIVITÀ DIDATTICHE ELETTIVE

W000202 - Schemi individuali di terapia delle malattie del sistema nervoso, Prof. L. Provinciali, Dott. M. Bartolini

W000204 - Emorragie digestive, Prof.ssa C. Marmorale

W000205 - Gestione clinica complessa del paziente cardiologico, Dott. F. Guerra

W000451- I trapianti di organi addominali, Prof. M. Vivarelli

W000453 - Trapianto di cellule staminali emopoietiche e terapia cellulare, Prof. A. Olivieri

W000207 - Le aritmie, Prof. A. Capucci

W000208 - Gestione del paziente HIV positivo, Prof. F. Barchiesi

W000209 - Diagnostica delle parassitosi, Dott. O. Cirioni

ADE00187 - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) avanzata, Dott. ssa E. Adrario

W000210 - Pneumologia interventistica, Prof. S. Gasparini

W000454 - Inquadramento e terapia delle lesioni traumatiche craniovertebrali, Dott. M. lacoangeli

6° Anno (crediti da acquisire 1)

W000446 - Applicazioni chirurgiche mininvasive in età pediatrica, Prof. G. Cobellis

W000447 - La chirurgia ricostruttiva della mammella, Prof. G. Di Benedetto

W000182 - Le ulcere cutanee, Dott. A. Scalise

W000448 - Argomentazioni di nutrizione e gastroenterologia pediatrica. Prof. C. Catassi

W000455 - Responsabilità professionale, Dott. M. Pesaresi

W000450 - Insufficienza del pavimento pelvico, Prof. R. Ghiselli

ADE00204 - Diagnostica e terapia molecolare delle malattie genetiche, Prof.ssa F. Saccucci

ADE00187 - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) avanzata, Dott. ssa E. Adrario

W000385 - Aspetti medico- legali della prescrizione dei farmaci, Dott. M. Pesaresi

CdLM in Odontoiatria e Protesi Dentaria

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane Programma a pagina 43

Corsi Monografici

1° Anno (crediti da acquisire 1)

ADE00167 - Onde acustiche in medicina, Dott. F. Fiori

ADE00168 - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) di base, Dott.ssa E. Adrario

2° Anno (crediti da acquisire 1)

ADE00168 - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) di base, Dott.ssa E. Adrario

W000383 - I rischi lavorativi per gli operatori odontoiatrici, Prof.ssa L. Santarelli

3° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00168 - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) di base, Dott.ssa E. Adrario

4° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00168 - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) di base, Dott.ssa E. Adrario

5° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00168 - Rianimazione Cardio Polmonare (RCP) di base

W000213 - La chirurgia ricostruttiva dell'estremo cefalico, Prof. G. Di Benedetto

W000182 - Le ulcere cutanee, Dott. A. Scalise

W000385 - *Aspetti medico- legali della prescrizione dei farmaci,* Dott. M. Pesaresi

CdLM in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane Programma a pagina 43

Corsi Monografici

1° Anno (crediti da acquisire 3)

ADE00280 - Profili giuridici del Sistema Sanitario Nazionale, Avv. A. Lucchetti

ADE00024 - I profili assistenziali, Prof. F. Di Stanislao

2° Anno (crediti da acquisire 3)

W000402 - Gestione dei conflitti: rilevanza della leadership e della relazione nella gestione delle risorse umane, Dott.ssa G. Pelusi ADE00373 - La responsabilità professionale degli operatori sanitari, Prof. R. Giorgetti

CdLM in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane Programma a pagina 43

Corsi Monografici

2° Anno (crediti da acquisire 3)

ADE00280 - *Profili giuridici del Sistema Sanitario Nazionale*, Avv. A. Lucchetti

ADE00024 - I profili assistenziali, Prof. F. Di Stanislao

ADE00373 - *La responsabilità professionale degli operatori sanitari,* Prof. R. Giorgetti

CdLM in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Assistenziali

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane

Programma a pagina 43

Corsi Monografici

2° Anno (crediti da acquisire 3)

ADE00280 - Profili giuridici del Sistema Sanitario Nazionale, Avv. A. Lucchetti

ADE00024 - I profili assistenziali, Prof. F. Di Stanislao

ADE00373 - *La responsabilità professionale degli operatori sanitari,* Prof. R. Giorgetti



FORUM E CORSI MONOGRAFICI



CdL in Educazione Professionale

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane Programma a pagina 43

Corsi Monografici

1° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00062 - Autismo ed intervento educativo, Dott.ssa M. Rizzieri ADE00072 - Il gruppo di pari: l'adolescente come strumento di prevenzione, Dott.ssa M.B. Ventura

2° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE0064A - Le metodologie di intervento nel lavoro con i gruppi: la mutualità come risorsa. I gruppi di Auto Mutuo Aiuto nella realtà dei servizi sociosanitari, Dott.ssa D. Saltari

ADE00067 - L'intervento psicoeducativo rivolto all'utente con disabilità psichica, Dott.ssa A. Gardini

3° Anno (crediti da acquisire 2)

W000174 - Approcci valutativi alla qualità all'interno dei processi riabilitativi, Dott.ssa M. Flamini

W000175 - L'approccio psicocorporeo nel trattamento delle disabilità: la disciplina della Danza Movimento Terapia, Dott.ssa D. Saltari

CdL in Fisioterapia

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane

Programma a pagina 43

Corsi Monografici

1° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00374 - Splancnologia, Prof. M. Morroni

ADE00375 - *Studio del movimento: valutazione anatomo-funzionale,* Dott.ssa E. Calderisi

2° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00188 - Clinimetria e misure outcome in reumatologia, Prof. F. Salaffi

ADE00189 - Traumatologia dello sport, Dott. A. Gigante

W000167 - Tecniche di riabilitazione cardio-respiratoria, Dott. M. Pennacchioni

W000436 - *Il dolore di tipo miotensivo. Metodiche riabilitative a confronto: Massoterapia decontratturante versus punti trigger miofasciali,* Dott. M. Pennacchioni

3° Anno (crediti da acquisire 2)

W000168 - *Tecniche di terapia manuale,* Dott. M. Pennacchioni W000438 - *Tecniche manuali e strumentali di gestione dell'edema,* Dott. M. Pennacchioni

CdL in Igiene Dentale

Corsi Monografici

1° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00144 - Le radiazioni nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Dott. F. Fiori

2° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00378 - *Xerostomia: approccio clinico e terapeutico,* Prof.ssa M.G. Danieli, Dott.ssa S. Sparabombe

3° Anno (crediti da acquisire 2)

W000173 - La responsabilità professionale degli operatori sanitari, Prof. R. Giorgetti

CdL in Infermieristica - Polo didattico di Ancona

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane

Programma a pagina 43

Croce Rossa Italiana

ADE00008 - Corso propedeutico per l'inserimento nel corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana Programma a pagina 43

1° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00087 - Sicurezza in ospedale, Dott. S. Ortolani

ADE00088 - Anatomia microscopica, Prof. M. Castellucci

ADE00089 - Infezioni correlate alle pratiche assistenziali: cateterismo vescicale, venipuntura, medicazione della ferita chirurgica (prova finale con role-play), Dott.ssa A. Cucchi - Dott. M. Mercuri - Dr.ssa R. Fiorentini

2° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00188 - Clinimetria e misure outcome in reumatologia, Prof. F. Salaffi

ADE00381 - Test funzionali in endocrinologia e malattie metaboliche, Dott. A. Taccaliti

W000403 - Diseguaglianze nella salute e professione infermieristica, Dott. G. Cotichelli

ADE00093 - Abilità Counseling nella relazione di aiuto, Dott. D. Gaggia - Dott. M. Mercuri

W000404 - *Il ruolo dell'Infermiere nella diagnosi e nel trattamento delle lesioni da decubito,* Prof. G. Di Benedetto (il corso dà diritto all'acquisizione di 2 crediti formativi)

3° Anno (crediti da acquisire 2)

W000405 - La professione infermieristica in Italia e problemi etici: la nascita, la malattia, l'emergenza. Dall'altra Parte! (APERTO A TUTTI GLI ANNI DI CORSO), Dott.ssa A. Cucchi - Dott. G. Gaggia - Dott.ssa P. Graciotti

W000182 - Le ulcere cutanee, Dott. A. Scalise

W000406 - La tutela della salute degli operatori della sanità dai rischi fisici in ambiente sanitario, Dott.ssa M. Amati (il corso dà diritto all'acquisizione di 2 crediti formativi)

W000185 - La gestione del soggetto ospedalizzato in condizioni critiche, Dott. M. Luchetti

CdL in Infermieristica - Polo didattico di Pesaro

Corsi Monografici

1° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00296 - Counseling ed assistenza infermieristica, Dott.ssa S. Rasori





ATTIVITÀ DIDATTICHE ELETTIVE

ADE00101 - Il Codice Deontologico dell'infermiere, Dott.ssa M. Nicolino

ADE0227A - *La movimentazione manuale dei pazienti,* Dott.ssa M. Amati

2° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00353 - Le basi fisiologiche e cliniche dell'interpretazione dell'ECG, Prof. M. Melone - Dott. Stefano Angelici

W000409 - *Bioetica delle professioni sanitarie*, Prof. S. Cascinu - Dott. M. Mancino

W000407- Neonatologia per Infermieri, Dott. L. Tartagni

3° Anno (crediti da acquisire 2)

W000408 - *Etica e problematiche assistenziali,* Prof. S. Cascinu - Dott. Marchionni

W000410 - Medicina delle catastrofi - Maxi emergenze, Prof. P. Pelaia W000188 - Problematiche cliniche e gestione del paziente ospedalizzato, Dott. A. Costantini

CdL in Infermieristica - Polo didattico di Macerata

Corsi Monografici

1° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00268 - Neuroanatomia, Prof. M. Morroni

ADE00251 - La responsabilità infermieristica nella somministrazione dei farmaci, Dott. R. Rocchi

W000412 - Metodologia assistenziale ed etica dell'agire: prospettive dell'infermieristica, Dott.ssa C. Fiorani

W000411 - Infezioni correlate all'assistenza: strategie di controllo e prevenzione, Dott.ssa S. Carpano

2° Anno (crediti da acquisire 2)

W000413 - La gestione infermieristica delle ferite difficili: realtà e prospettive, Dott.ssa Bacaloni

3° Anno (crediti da acquisire 2)

W000191 - Emergenze chirurgiche toraco-addominali, Dott. F. Mocchegiani

W000414 - La responsabilità professionale del professionista della salute, Prof. A. Tagliabracci

W000415 - Complessità assistenziale e applicazione degli standard di cura, Dott. S. Marcelli

CdL in Infermieristica Polo didattico di Ascoli Piceno

Corsi Monografici

1° Anno (crediti da acquisire 2)

W000416 - *Il codice etico e la responsabilità dell'infermiere applicati:* - *Rischio clinico - Presa in carico dell'utente,* Dott. S. Troiani — Dott. ssa T. Traini

W000418 - La rilevazione del V segno vitale: approfondimenti etici e clinico-assistenziali, Dott. M. Massetti

W00417- Il codice etico e le responsabilità dell'infermiere nella gestione della terapia farmacologica, Dott.ssa M. Tommasi

2° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00388 - Acquisizione ed interpretazione del segnale elettrocardiografico, Dott. V.M. Parato

W000194 - Elementi di tossicologia clinica, Dott. M. Loria

W000419 - Il profilo clinico-assistenziale: risultati etici e metodologici in ambito materno-infantile, oncoematologico, cardiovascolare, pneumologico, psichiatrici e geriatrico (2 CFU), Dott.ssa T. Traini - Dott. S. Troiani

3° Anno (crediti da acquisire 2)

W000182 - Le ulcere cutanee, Dott. A. Scalise

W000192 - *La movimentazione manuale dei pazienti,* Prof. M. Valentino

CdL in Infermieristica - Polo didattico di Fermo

Corsi Monografici

1° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00390 - L'applicazione del processo di nursing per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da decubito, Dott. A. Longobardi

ADE00392 - La gestione del rischio clinico in sanità: una sfida verso la cultura della sicurezza, Dott. A. Vesprini

W000420 - La self-efficacy nell'agire professionale in sala operatoria, Dott.ssa A. Falleroni

2° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00393 - Il nursing narrativo nella pratica assistenziale, Dott. ssa K. Manocchi

ADE00394 - Gestione del politrauma secondo il metodo ATLS, Dott. G. Mancini

W000195 - La ferita chirurgica, gestione e complicanze, Dott. F.E. Bernetti

W000422 - Le malattie sessualmente trasmesse: prevenzione, diagnosi, terapia. Norme di salute pubblica e metodiche di sterilizzazione e asepsi nei reparti e in sala operatoria (strumenti e ambiente), Dott. M. Pelagalli

3° Anno (crediti da acquisire 2)

W000185 - La gestione del soggetto ospedalizzato in condizioni critiche, Dott. M. Luchetti

ADE00397 - Counseling nell'emergenza sanitaria, Dott. E. Adrario

CdL in Ostetricia

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane

Programma a pagina 43

Croce Rossa Italiana

ADE00008 - Corso propedeutico per l'inserimento nel corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana Programma a pagina 43



FORUM E CORSI MONOGRAFICI



Corsi Monografici

1° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00135 - *La contraccezione: linee guida e consulenza,* Dr.ssa T. Paoltroni - Dr.ssa L. Fermani

2° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00398 - *Il taglio cesareo: procedura e linee guida,* Dott.ssa L. Fermani - Dr.ssa P. Paoltroni ADE00400 - *Procreazione medicalmente assistita,* Dr. M. Pelagalli

3° Anno (crediti da acquisire 2)

W000171 - *Il parto e le sue emergenze*, Dr. A. Cecchi ADE00257 - *Marker tissutali tumorali in patologia mammaria*, Dott. A. Santinelli

CdL in Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane

Programma a pagina 43

Corsi Monografici

1° Anno (crediti da acquisire 1)

ADE00144 - Le radiazioni nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Dott. F. Fiori

2° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE0148A - *Il documento di valutazione dei rischi,* Dott.ssa C. Pieroni - Dott. M. Principi

ADE00261 - La sicurezza in edilizia, Dott.ssa C. Pieroni

3° Anno (crediti da acquisire 3)

W000179 - Corso per Responsabili del rischio amianto, Docenti Area Vasta n. 1 (Ex Zona Territoriale n. 2 di Urbino)

(il corso dà diritto all'acquisizione di 2 crediti formativi)

W000180 - Corso per prevenzione antincendio, Docenti Comando Provinciale VVFF

CdL in Tecniche di Laboratorio Biomedico

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane

Programma a pagina 43

Corsi Monografici

1° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00268 - Neuroanatomia, Prof. M. Morroni

W000456 - Metodologie istologiche ed istochimiche, Dott. M. Orciani

2° Anno (crediti da acquisire 2)

W000457 - Introduzione alla bioinformatica, Dott. L. Sorci ADE00257 - Marker tissutali tumorali in patologia mammaria, Dott. A. Santinelli

3° Anno (crediti da acquisire 2)

W000173 - La responsabilità professionale degli operatori sanitari, Prof. R. Giorgetti

W000458 - Aspetti professionali per il Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico: la realtà lavorativa, Prof. G. Bettarelli - M. Gambella

CdL in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane

Programma a pagina 43

Corsi Monografici

1° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00268 - Neuroanatomia, Prof. M. Morroni

ADE00270 - I rilevatori nelle attività di fisica sanitaria: dosimetria in radioterapia, rivelatori a termoluminescenza, rivelatori a stato solido nella registrazione dell'immagine digitale, Dott.sse L. Tesei - M. Giacometti

2° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00162 - Diagnostica per Immagini Integrata nello Studio dell'Apparato Osteo-Articolare, Dott. G. Valeri

ADE00403 - L'impiego delle tecnologie pesanti in medicina nucleare: PET/TC, Dott.ri G. Ascoli - D. Ulivi

3° Anno (crediti da acquisire 2)

ADE00277 - *La radioterapia IGRT*, Dr.ssa G. Mantello e Dott. Francesco Fenu

W000173 - La responsabilità professionale degli operatori sanitari, Prof. R. Giorgetti

CdL in Logopedia

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane

Programma a pagina 43

Corsi Monografici

1° Anno (crediti da acquisire 2)

W000467 - Correlati anatomici della funzione auditiva, Prof. A. Giordano

ADE00268 - Neuroanatomia, Prof. M. Morroni

CdL in Dietistica

Forum Multiprofessionali di Scienze Umane

Programma a pagina 43

Corsi Monografici

1° Anno (crediti da acquisire 2)

W000465 - Alimentazione e cancro, Prof. A. Catalano



Questo numero di *Lettere dalla Facoltà* viene pubblicato grazie ad un illuminato e generoso contributo di Angelini Acraf Spa



All'interno:
particolare di un graffito
preistorico dove l'immagine
della mano compare non più come
impronta ma come disegno vero
e proprio, definendo
una nuova fase della scrittura
e quindi della comunicazione

(da I. Schwarz-Winklhofer, H. Biedermann "Le livre de signes et des symboles." Parigi, 1992) LETTERE DALLA FACOLTÀ
BOllettino della Facoltà
di Medicina e Chirurgia
dell'Università Politecnica
delle Marche
Anno XVIII - n° 1
Gennaio - Febbraio 2015
Registrazione del Tribunale
di Ancona n.17/1998
Poste Italiane SpA - Spedizione in
Abbonamento Postale 70% DCB
Ancona

Progetto Grafico Lirici Greci Stampa Errebi Grafiche Ripesi Direttore Editoriale Antonio Benedetti

Comitato Editoriale Francesca Campolucci, Carlo Catassi, Andrea Ciavattini, Fiorenzo Conti, Stefania Fortuna, Loretta Gambini, Maurizio Mercuri, Giovanni Muzzonigro, Giovanna Rossolini, Andrea Santarelli

Redazione Antonella Ciarmatori, Francesca Gavetti, Maria Laura Fiorini presimed@univpm.it

Direttore Responsabile Giovanni Danieli