



LETTERE dalla FACOLTÀ

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

dal 1998

on line

Direttore editoriale Prof. Marcello M. D'Errico

Medicina clinica

Ipertensione arteriosa.
Guida pratica per un comune problema
Riccardo Sarzani

Professioni sanitarie

I Parabolani, gli infermieri “ninja” di Alessandria d'Egitto.
Giorgano Cotichelli

Scienze umane in Medicina

Sociologia e Psicologia sociale
Alcuni casi di pregiudizi e stereotipi presenti nella
società contemporanea.
Alberto Pellegrino

Vita della Facoltà

Un'alleanza per il cambiamento: infermiere, istituzioni
e cittadino
*Maurizio Mercuri, Sandro Ortolani, Gilda Pelusi
Simone Di Filippo, Debora Miscio, Uladzislau Pivavar,
Silvia Cecconi*

4
2019

Ipertensione arteriosa

Guida pratica per un comune problema

Riccardo Sarzani

Clinica di Medicina Interna e Geriatria, Centro di Riferimento Ipertensione e Malattie Cardiovascolari; Regione Marche, "Hypertension Excellence Centre" dell'European Society of Hypertension; Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche e IRCCS-INRCA, Ancona

Questa breve guida fornisce informazioni utili quanto solide, basate sia su evidenze medico-scientifiche che su una lunga pratica clinica, per un approccio completo ma sintetico a un comune problema qualunque Medico si troverà a gestire: l'ipertensione arteriosa. Le informazioni essenziali sono riportate in modo conciso ma chiaro affinché ogni abilitato in Medicina e Chirurgia, giovane o anziano che sia, possa affrontare questa comune problematica clinica con successo evitando soprattutto di "nocere" al paziente sia per comuni errori metodologici e/o terapeutici che per inerzia o, forse peggio, ignoranza.

L'ipertensione arteriosa: che cosa è e in quale contesto clinico si presenta

L'ipertensione arteriosa è una comune condizione caratterizzata da elevata pressione intraarteriosa dovuta soprattutto ad aumentate resistenze periferiche al circolo arterioso del sangue, in un contesto di volume ematico e portata cardiaca mantenute o anche aumentate. Non è una condizione di sola natura emodinamica, e, specie negli anziani, la perdita di elasticità delle arterie e la ridotta funzione renale hanno un importante ruolo nell'aumento della pressione soprattutto sistolica. È considerato essere il

primo tra i fattori di rischio di morte al mondo interessando ben un miliardo e 200 milioni di esseri umani ed è il più importante tra i fattori di rischio cardiovascolare causando, anche quando "lieve", un danno cronico alle grandi, medie e piccole arterie fino alle arteriole con aspetti fibrotici che caratterizzano una vera e propria diffusa arteriosclerosi ed arteriolosclerosi, spesso associata alla più nota aterosclerosi intimale (dipendente anche dalle lipoproteine circolanti che contengono apolipoproteina B), aterosclerosi di cui l'ipertensione è un forte promotore, accelerandone genesi, progressione e complicanze.

Nella sua forma "essenziale", che compare e peggiora col passare degli anni di vita adulta, è così comune che oltre l'80% degli anziani sopra gli 80 anni ne è affetto. Essendo comunemente associata e in gran parte causata da eccesso di adiposità, è anche accompagnata da dismetabolismo glicidico e lipidico, configurandosi spesso il quadro della "sindrome metabolica" che contribuisce non poco all'aumento del rischio cardiovascolare globale.

Le ultime Linee Guida Europee ESC/ESH 2018 hanno utilizzato una definizione clinico-epidemiologica di valore pratico centrata sui benefici o meno del suo trattamento de-

finendo appunto "ipertensione" quel livello di pressione arteriosa oltre il quale i benefici del trattamento superano in maniera inequivocabile i rischi del trattamento stesso. Esiste però di sicuro un "continuum" di danno anche per pressioni "alta-normale" a partire da valori superiori a 115/75 mmHg. Vi è infatti da rivedere quella che comunemente viene indicata come "ipotensione" arteriosa ricordando se non altro che molte ragazze e giovani donne stanno perfettamente bene e "in piedi" con una pressione sistolica attorno a 90 mmHg.

I valori della pressione arteriosa e la sua corretta misurazione

Dal punto di vista numerico si parla d'ipertensione quando, durante la rilevazione "office" (intesa come rilevazione effettuata da un sanitario, spesso da un medico, in ambulatorio o in ospedale), la pressione arteriosa sistolica raggiunge o supera i 140 mmHg e/o la diastolica i 90 mmHg a paziente comodamente seduto, rilassato, braccia appoggiate all'altezza del cuore, senza piegare o accavallare le gambe. La classificazione dei valori pressori così rilevati è riportata nella tabella 1.

	SISTOLICA		DIASTOLICA
OTTIMALE	<120 mmHg	e	<80 mmHg
NORMALE	120-129 mmHg	e/o	80-84 mmHg
NORMALE ALTA	130-139 mmHg	e/o	85-89 mmHg
IPERTENSIONE GRADO I	140-159 mmHg	e/o	90-99 mmHg
IPERTENSIONE GRADO II	160-179 mmHg	e/o	100-109 mmHg
IPERTENSIONE GRADO III	≥180 mmHg	e/o	≥110 mmHg
IPERT. SISTOLICA ISOLATA	≥140 mmHg	e	<90 mmHg

Tabella 1 - Classificazione dell'ipertensione arteriosa e definizione del grado di Ipertensione secondo rilevazioni office (modificato da ESC/ESH 2018)

Alla base di una corretta diagnosi di ipertensione arteriosa vi è sempre una corretta misurazione dei valori pressori; una impropria misurazione della pressione arteriosa può portare ad una inaccurata classificazione e sovrastima della reale pressione arteriosa con magari anche un trattamento farmacologico non necessario. La misurazione della pressione va sempre fatta con bracciale (manicotto gonfiabile) di dimensioni adatte (tabella 2)

Circonferenza del braccio	Dimensioni del Manicotto
22-26 cm	Small Adult
27-34 cm	Adult
35-44 cm	Large Adult
45-52 cm	Bracciale cosciale grande obeso

Tabella 2 - Criteri per la selezione del bracciale adeguato sulla base della circonferenza del braccio

su entrambe le braccia per l'elevata prevalenza d'importanti differenze pressorie tra i due arti superiori e va an-

che fatto in clino e poi ortostatismo per diagnosticare i comuni problemi, specie negli anziani, di ipertensione in clino ed ipotensione ortostatica. Molto consigliata oggi è anche l'automisurazione domiciliare al braccio con apparecchi automatici. Sconsigliata quella al polso per vari motivi sia tecnici che fisiologici (la pressione arteriosa sistolica è più elevata mano a mano che ci si allon-

Tabella 3 - Definizione di Ipertensione secondo le rilevazioni office, monitorate nelle 24 ore e domiciliari (modificato da ESC/ESH 2018)

tana dal cuore).

A domicilio si può considerare normale o ben controllata dalla terapia una pressione inferiore a 130/80 mmHg che nei grandi anziani specie se "vasculopatici" è meglio non far scendere sotto a 120/70 mmHg ma soprattutto è importante farla scendere gradualmente in questi pazienti. Le informazioni più complete sulla pressione arteriosa si ottengono con il monitoraggio pressorio automatico delle 24 ore (erroneamente ma comunemente chiamato "Holter" pressorio) che ci dà importanti informazioni anche sulla pressione media durante le ore del sonno e può farci identificare la pericolosa ipertensione "mascherata" quella cioè che non appare alla misurazione del Medico ma è presente in altre ore diurne (ad esempio attorno al momento del risveglio e/o durante il lavoro) o di notte. A seconda del modo di misurazione della pressione vengono riportati in tabella 3 i valori per i quali si può diagnosticare un'ipertensione arteriosa.

Tipo di Misurazione	PAS		PAD
PA "office" (dal Medico)	≥140 mmHg	e/o	≥90 mmHg
PA con monitoraggio automatico nelle 24 ore (ABPM erroneamente chiamato "Holter pressorio")			
Ore diurne	≥135 mmHg	e/o	≥85 mmHg
Ore di riposo notturno	≥120 mmHg	e/o	≥70 mmHg
PA automisurata a domicilio	≥135 mmHg	e/o	≥85 mmHg

La valutazione clinica del paziente iperteso

Una volta accertata la presenza dell'ipertensione arteriosa, occorre eseguire un'accurata valutazione clinica al fine di stabilire il grado d'ipertensione, escludere potenziali cause d'ipertensione arteriosa secondaria (quale il comune iperaldosteronismo primario), identificare i fattori che possono aver contribuito all'insorgenza d'ipertensione ed i fattori di rischio cardiovascolare concomitanti stabilendo inoltre se vi è evidenza di danno d'organo o di patologie cardiovascolari, cerebrovascolari o renali. L'anamnesi accurata e l'esame obiettivo sono sempre fondamentali nel paziente iperteso. Vanno inoltre identificate le comuni condizioni associate a risposta psicosomatica di tipo emodinamico con momentanei aumenti, anche importanti, della pressione arteriosa di tipo "reattivo" a condizioni stressanti o a vere e proprie condizioni psichiatriche ("attacchi di panico" nel loro eterogeneo manifestarsi).

Il fondamentale ruolo degli esami di laboratorio

Dopo un'accurata anamnesi ed esame obiettivo, vengono, senza dubbio per importanza, alcuni fondamentali esami di laboratorio: un punto dolente nella formazione di molti Medici che spesso errano nella loro prescrizione e interpretazione. I due esami di laboratorio fondamentali per l'approccio iniziale al paziente iperteso sono il dosaggio della creatinemia e della potassiemia. Questi due fon-

damentali esami ci permettono di valutare subito la presenza di danno renale (sia acuto che, più comunemente, cronico) che può essere sia conseguenza che causa di ipertensione e che limita l'uso o l'efficacia di alcuni farmaci per l'ipertensione. Con le note formule (Cockcroft-Gault, MDRD, CKD-EPI) ormai entrate nella pratica di tutti i giorni, si stima quindi il filtrato glomerulare e lo stadio di danno renale. La potassiemia bassa (da considerarsi come bassa

già da valori di 3,6 mEq/L anche per il comune aumento preanalitico) ci orienta verso gli iperaldosteronismi e/o gli effetti di una terapia diuretica in un contesto di una dieta ricca di sale, mentre un'iperkaliemia verso una condizione di ridotta funzione renale e/o acidosi. Sia l'ipo che l'iperkaliemia limitano e/o controindicano l'uso di determinati farmaci antipertensivi o cardioattivi. È un comune errore quello di prescrivere farmaci antiipertensivi senza prima conoscere i livelli di potassiemia e creatinemia.

Triglyceride Levels, mg/dL ^a	Non-HDL-C, mg/dL					
	<100	100-129	130-159	160-189	190-219	≥220
7-49	3.5	3.4	3.3	3.3	3.2	3.1
50-56	4.0	3.9	3.7	3.6	3.6	3.4
57-61	4.3	4.1	4.0	3.9	3.8	3.6
62-66	4.5	4.3	4.1	4.0	3.9	3.9
67-71	4.7	4.4	4.3	4.2	4.1	3.9
72-75	4.8	4.6	4.4	4.2	4.2	4.1
76-79	4.9	4.6	4.5	4.3	4.3	4.2
80-83	5.0	4.8	4.6	4.4	4.3	4.2
84-87	5.1	4.8	4.6	4.5	4.4	4.3
88-92	5.2	4.9	4.7	4.6	4.4	4.3
93-96	5.3	5.0	4.8	4.7	4.5	4.4
97-100	5.4	5.1	4.8	4.7	4.5	4.3
101-105	5.5	5.2	5.0	4.7	4.6	4.5
106-110	5.6	5.3	5.0	4.8	4.6	4.5
111-115	5.7	5.4	5.1	4.9	4.7	4.5
116-120	5.8	5.5	5.2	5.0	4.8	4.6
121-126	6.0	5.5	5.3	5.0	4.8	4.6
127-132	6.1	5.7	5.3	5.1	4.9	4.7
133-138	6.2	5.8	5.4	5.2	5.0	4.7
139-146	6.3	5.9	5.6	5.3	5.0	4.8
147-154	6.5	6.0	5.7	5.4	5.1	4.8
155-163	6.7	6.2	5.8	5.4	5.2	4.9
164-173	6.8	6.3	5.9	5.5	5.3	5.0
174-185	7.0	6.5	6.0	5.7	5.4	5.1
186-201	7.3	6.7	6.2	5.8	5.5	5.2
202-220	7.6	6.9	6.4	6.0	5.6	5.3
221-247	8.0	7.2	6.6	6.2	5.9	5.4
248-292	8.5	7.6	7.0	6.5	6.1	5.6
293-399	9.5	8.3	7.5	7.0	6.5	5.9
400-13975	11.9	10.0	8.8	8.1	7.5	6.7

Tabella 4 - Fonte: JAMA 2013;310(19):2061-2068. doi:10.1001/jama.2013.280532

Altri esami indispensabili per inquadrare l'ipertensione e il rischio cardiovascolare sono: il comune profilo lipidico con colesterolo totale, HDL e trigliceridi (quasi mai ricorrere al dosaggio diretto del colesterolo LDL: il colesterolo LDL andrà poi calcolato con la Formula di Friedewald che sottrae dal totale sia il colesterolo HDL che un quinto dei trigliceridi, meglio se nella versione corretta per trigliceridemia/colesterolo non-HDL dove il numero con cui dividere i trigliceridi non è sempre 5, come riportato in tabella 4), glicemia a digiuno ed Hgb glicata, uricemia, emocromo soprattutto per ematocrito e livelli di emoglobina, esame urine e microalbuminuria su urine spot del mattino per identificare una possibile nefropatia proteinurica che per valutare il rischio cardiovascolare.

Gli esami strumentali nello studio dell'ipertensione arteriosa e del danno d'organo da ipertensione

Gli esami strumentali vengono comunemente prescritti in modo erroneo, spesso in eccesso o senza un focus preciso e frequentemente non vengono eseguiti o interpretati correttamente. Idealmente, facendoli "tutti", si avrebbe una visione più completa soprattutto per quanto riguarda il comune e diffuso danno negli organi "bersaglio" dell'ipertensione (cuore, arterie, rene ed encefalo soprattutto). Ma nella realtà clinica che tenga d'occhio anche i costi e la fattibilità questo non solo non è auspicabile ma considerando costi e tempi, non è fattibile. Inoltre non è solo il numero d'indagini prescrivibili per tutti gli organi da studiare

ma è la qualità degli esami, spesso operatore-dipendenti, e la chiarezza della refertazione che conta ancora di più. Ne è un esempio l'ecocardiogramma, un esame fondamentale per identificare le alterazioni causate dalla pressione nel ventricolo sinistro (dal rimodellamento concentrico in su) che spesso non riporta nel referto la massa ventricolare indicizzata (per superficie corporea e per altezza in m^{2.7}) o il volume atriale sinistro, o le dimensioni della radice/bulbo aortico o addirittura i parametri di funzione diastolica ventricolare sinistra. È pertanto fondamentale dare la precedenza ad indagini mirate a seconda del paziente e assicurarsi che tali indagini, spesso pagate o da noi tramite le tasse e/o a spese del paziente parziali o totali, siano di elevata qualità sia

Hypertension disease staging	Other risk factors, HMOD, or disease	BP (mmHg) grading			
		High normal SBP 130-139 DBP 85-89	Grade 1 SBP 140-159 DBP 90-99	Grade 2 SBP 160-179 DBP 100-109	Grade 3 SBP ≥180 or DBP ≥110
Stage 1 (uncomplicated)	No other risk factors	Low risk	Low risk	Moderate risk	High risk
	1 or 2 risk factors	Low risk	Moderate risk	Moderate to high risk	High risk
	≥3 risk factors	Low to Moderate risk	Moderate to high risk	High Risk	High risk
Stage 2 (asymptomatic disease)	HMOD, CKD grade 3, or diabetes mellitus without organ damage	Moderate to high risk	High risk	High risk	High to very high risk
Stage 3 (established disease)	Established CVD, CKD grade ≥4, or diabetes mellitus with organ damage	Very high risk	Very high risk	Very high risk	Very high risk

Tabella 5 - Gradi di ipertensione, stadi d'ipertensione e rischio cardiovascolare globale sulla base dei fattori di rischio, danno d'organo e condizioni cliniche associate

nell'esecuzione che nella re-fertazione.

Importante anche un'ecografia vascolare carotidea e femorale (anche senza "Doppler") richiedendo esplicitamente all'operatore la descrizione di eventuali placche aterosclerotiche subcliniche anche non stenosanti ma sempre importanti indicatori di aterosclerosi la cui presenza implica una maggiore intensità terapeutica.

Molti altri esami possono avere un ruolo più o meno importante a seconda del paziente e tra questi ricordiamo l'ECG, gli studi di imaging renale/surrenale, e una TAC o RMN encefalo.

Queste indagini servono soprattutto a svelare e interpretare correttamente il danno d'organo da ipertensione e/o condizioni cliniche non note associate all'ipertensione (stenosi arteriosa emodinamicamente significativa, aneurisma aortico, malattie policistica renale ecc.) e quindi permettono di stimare il rischio cardiovascolare individuale in modo più appropriato e di fare corrette scelte terapeutiche.

Infatti l'intensità di cura dipende molto dal livello di rischio cardiovascolare (tabella 5) oltre che dai valori pressori e, ad esempio, la comune necessità di associare terapia ipocolesterolemizzante in molti pazienti ipertesi deriva spesso da queste evidenze specie quando il profilo lipidico appaia "normale".

Quando inviare il paziente a consulenza specialistica o in ospedale

L'ipertensione è una condizione molto comune e i pa-

zienti dovrebbero essere gestiti da MMG che siano stati formati adeguatamente nelle conoscenze di base di questa comune condizione clinica e/o da Cardiologi adeguatamente preparati nello specifico. Purtroppo nella realtà clinica quotidiana abbiamo avuto modo di constatare una persistente insufficiente preparazione universitaria e post-universitaria sulla spesso "banalizzata" ipertensione arteriosa, che porta spesso a errori di inquadramento clinico ed errori nell'approccio terapeutico. In questi casi ma soprattutto in alcune condizioni particolari una rivalutazione da parte di SPECIALISTI dell'IPERTENSIONE ARTERIOSA (internisti, cardiologi, geriatri, endocrinologi, in genere associati a Centri Ipertensione di livello europeo ESH o riconosciuti dalla SIIA) è sempre utile e spesso fondamentale:

- pazienti in cui si sospetti un'ipertensione arteriosa di tipo secondario (come il comune iperaldosteronismo primario con o senza adenoma di Conn);
- pazienti di età inferiore ai 40 anni con ipertensione di grado 2 o grado 3 o giovani/giovanissimi con pressione anche lievemente elevata nei quali l'ipertensione secondaria deve essere esclusa
- ipertensione resistente (o apparentemente resistente) al trattamento (vedi sotto)
- insorgenza improvvisa d'ipertensione arteriosa in pazienti con pressione precedentemente normale o riferita "bassa".

Condizioni di urgenza ipertensiva (definizione variabile

ma generalmente con valori pressori di sistolica uguali o superiori a 180 mmHg e/o di diastolica 110 mmHg senza evidenza di danno d'organo acuto) sono molto comuni e spesso gestibili dal MMG o dalla Guardia Medica senza ricovero in quanto dovute, nella stragrande maggioranza di casi, alla comune ipertensione arteriosa essenziale (nota o non nota) insufficientemente trattata e peggiorata temporaneamente da iperattività del sistema nervoso simpatico (importanti stress acuti, attacchi di panico ecc.) e/o eccessivo introito salino (alimentare specie negli obesi ma anche endovenoso in pazienti ipertesi ricoverati e/o in pazienti con ridotta funzione renale). La vera emergenza ipertensiva (presenza di danno d'organo acuto con valori pressori in genere di grado 3), è una vera emergenza medica che richiede un accesso al pronto soccorso e ricovero ospedaliero spesso in unità intensiva.

Principi di trattamento dell'ipertensione arteriosa

Le recenti linee guida europee riassumono il generale approccio alla iniziale terapia in maniera abbastanza chiara e sintetica come visualizzabile nella figura 1.

Tutti i pazienti con ipertensione arteriosa o anche quelli con pressione "alta normale" abbisognano di consigli personalizzati riguardo lo stile di vita e l'alimentazione in particolare. Tutti quelli con ipertensione di grado 2 e 3 ma anche quelli di grado 1 con rischio cardiovascolare elevato dovrebbero essere trattati con approccio farmacologico

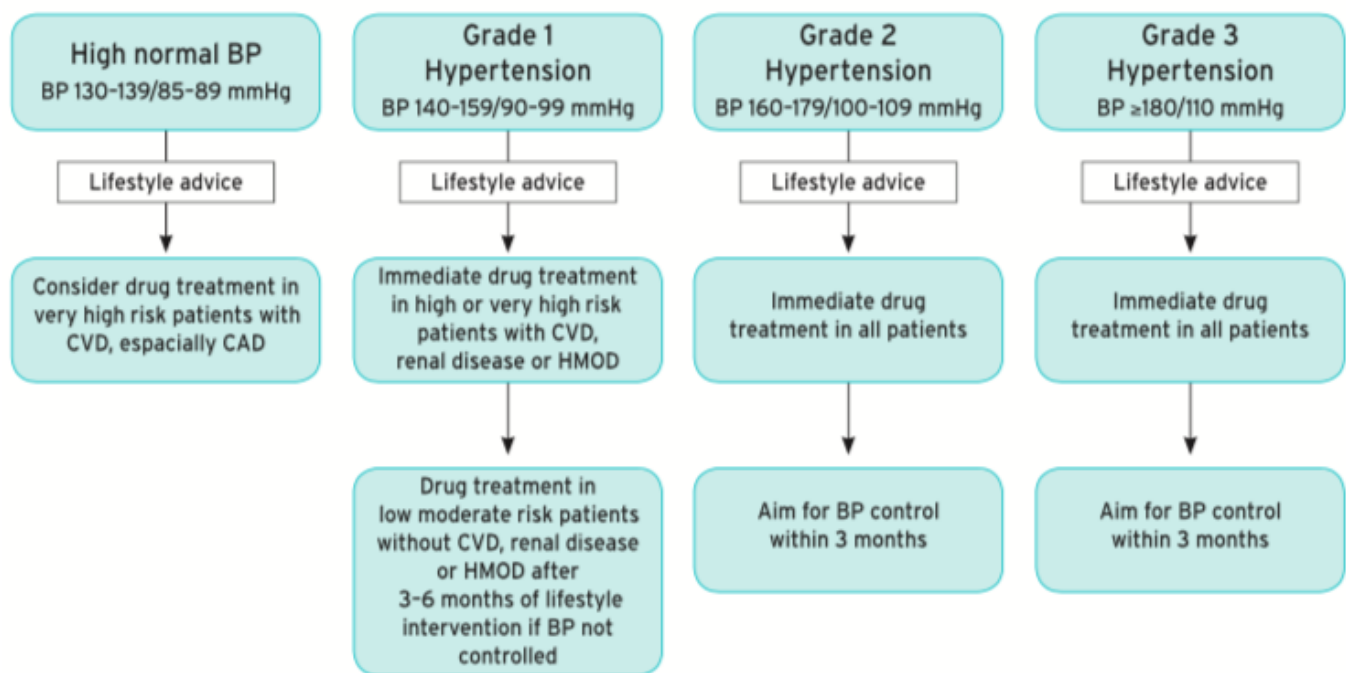


Figura 1 - Quando e come iniziare la terapia ipotensivante a seconda dei valori pressori

sin da subito (“Immediato” è un termine a mio avviso esagerato e carico del pathos associato al trattamento urgente quando invece questi pazienti son mesi o talvolta anni che hanno frequentemente quei valori pressori). Una sostanziale modifica delle linee guida ESC/ESH 2018 rispetto alle versioni precedenti consiste nell’approccio terapeutico dei pazienti con pressione “Alta normale”: mentre nelle linee guida del 2013 il trattamento farmacologico non veniva raccomandato, nelle ultime linee guida il trattamento farmacologico va considerato nei pazienti con malattie cardiovascolari (es. arteriopatia ostruttiva arti inferiori) e rischio cardiovascolare molto alto ed in particolare nei pazienti coronaropatici.

Il target dei valori pressori da raggiungere in tutti è almeno una PA inferiore a 140/90

mmHg (misurata dal medico/sanitario) ma quasi in tutti la pressione va fatta scendere a valori inferiori a 130/80 mmHg con un trattamento ottimale e personalizzato che non arrechi problemi al paziente dato che dovrà essere continuato per anni (tabella 6).

Un’altra differenza sostanziale con le precedenti linee guida riguarda il target terapeutico nei pazienti geriatrici, in particolare nei pazienti ultra ottuagenari il target della PAS è compreso tra 130 e 139 mmHg e tale target viene raccomandato anche nei pazienti se ben tollerato qualora i valori pressori sistolici raggiungano i anche in condizioni di fragilità. Sulla base di molte evidenze disponibili e quindi anche delle linee guida ESC-ESH 2018, oggi anche nei grandi anziani è consigliato portare la pressione sotto a 140 mmHg di sistolica stando attenti però a

non scendere sotto i 120 mmHg nella maggior parte dei pazienti perché son state ipotizzate più che dimostrati effetti collaterali da ridotta perfusione cerebrale e/o cardiaca in alcuni pazienti, specie nei grandi anziani coronaropatici/vasculopatici. In realtà molta della cosiddetta “Intolleranza” a livelli più bassi di pressione in molti anziani è spesso la conseguenza di una carente valutazione clinica con assente misurazione pressoria prima in clinostatismo e poi in ortostatismo, misurazione che avrebbe svelato l’esistenza di ipotensione ortostatica molto comune negli anziani (sia nei grandi anziani che meno anziani con danni neurologici e nei diabetici) anche in un contesto di severa ipertensione in clinostatismo. Questi son condizioni comuni che richiedono di essere identificate e poi trattate in modo “sartoriale” con opportuna com-

Age group	Office SBP treatment target ranges (mmHg)					Office DBP treatment target range (mmHg)
	Hypertension	+ Diabetes	+ CKD	+ CAD	+ Stroke ^a /TIA	
18 - 65 years	Target to 130 or lower if tolerated Not <120	Target to 130 or lower if tolerated Not <120	Target to <140 to 130 if tolerated	Target to 130 or lower if tolerated Not <120	Target to 130 or lower if tolerated Not <120	70-79
65 - 79 years ^b	Target to 130-139 if tolerated	Target to 130-139 if tolerated	Target to 130-139 if tolerated	Target to 130-139 if tolerated	Target to 130-139 if tolerated	70-79
≥80 years ^b	Target to 130-139 if tolerated	Target to 130-139 if tolerated	Target to 130-139 if tolerated	Target to 130-139 if tolerated	Target to 130-139 if tolerated	70-79
Office DBP treatment target range (mmHg)	70-79	70-79	70-79	70-79	70-79	

Tabella 6 - Valori pressori target da raggiungere (pressione misurata dal Medico)

binazione di farmaci a breve durata d'azione per le ore notturne e calze compressive in ortostatismo.

In ogni caso non si deve ridurre o sospendere la terapia antipertensiva solo in funzione dell'età: una sospensione del trattamento antipertensivo porta ad un netto incremento del rischio cardiovascolare.

Nei pazienti con pressione normale-alta e rischio cardiovascolare fino a un livello moderato, è indicata, come detto sopra, la modificazione dello stile di vita ma il trattamento farmacologico va già considerato qualora i valori pressori si avvicinino alla ipertensione franca (140 e/o 90 mmHg) nonostante l'adozione di appropriate modificazioni dello stile di vita. In questi pazienti la monoterapia, cioè la prescrizione di un singolo farmaco antipertensivo, è appropriata.

Nei pazienti con ipertensione di grado I e a rischio cardiovascolare basso, il tratta-

to farmacologico andrà iniziato qualora un appropriato intervento sullo stile di vita di 3-6 mesi non sia stato sufficiente.

Da evitare sempre è invece la terapia "al bisogno" della ipertensione arteriosa o meglio dei valori pressori riscontrati elevati, cosa che purtroppo è molto comune a vedersi. In questi casi vanno comprese le comuni cause di variabilità della pressione arteriosa (Errori di misurazione? Reattività psicosomatica? Inappropriata terapia medica con scarso controllo della pressione nelle 24 ore? Terapia al bisogno?). Se i rialzi pressori sono su base emotiva e/o secondaria a condizioni stressanti (dolore, cefalea soprattutto) vanno semmai trattati al bisogno ma solo con ansiolitici e/o analgesici.

Interventi sullo stile di vita

Una descrizione approfondita va oltre lo scopo del presente documento. Va ricordato che sono due i fattori principali

che aumentano la pressione arteriosa: il sale totale giornaliero introdotto con gli alimenti e il peso corporeo. Riducendo i cibi salati di comune uso e riducendo il peso corporeo (massa grassa) tramite una combinazione di ridotto introito calorico e aumento dell'attività fisica, la pressione scende in tutti e in particolare negli ipertesi. Il sale totale ingerito (soprattutto tramite alimenti quali affettati e altri cibi presalati e non tanto da sale aggiunto all'insalata per esempio) non dovrebbe superare i 5-6 grammi al giorno ma in genere gli ipertesi italiani ne ingeriscono 10 grammi al giorno e gli ipertesi obesi 12 grammi.

Terapia farmacologica

Ove gli interventi sullo stile di vita non fossero sufficienti oppure quando si sia di fronte a un'ipertensione di grado 2 o grado 3, specie quando associati ad elevato rischio cardiovascolare, è necessario un trattamento farmacologico.

Le attuali linee guida ESC/ESH 2018 raccomandano che le prime cinque maggiori classi di molecole antipertensive formino la base della terapia antipertensiva. Per gruppi/classi i farmaci antipertensivi sono: 1) i modulatori del sistema renina-angiotensina (inibitori dell'enzima ACE, sartani e inibitori diretti della renina tra cui vi è solo l'aliskiren per uso clinico); 2) i calcioantagonisti (diidropiridinici come il più comunemente usato amlodipina e non-diidropiridinici come il verapamil, questi ultimi soprattutto nelle tachiaritmie); 3) i diuretici (tiazidici, tiazidico-simili, dell'ansa e i risparmiatori di potassio quali l'amiloride purtroppo in Italia disponibile solo in associazione); 4) i beta bloccanti (beta1 selettivi e non selettivi); 5) gli antialdosteronici (spironolattone, canrenone, eplerenone); 6) gli alfa1 antagonisti o litici tra cui rientrano molti farmaci prescritti da urologi per problemi prostatici; 7) gli alfa2 agonisti centrali (clonidina, metildopa) noti inibitori dell'efflusso simpatico.

In generale si può dire che l'iniziale monoterapia con una sola molecola tra i vari gruppi di farmaci elencati qui sopra è oggi consigliabile solo in una minoranza dei pazienti ipertesi di grado I o con pressione alta-normale e rischio cardiovascolare elevato. Per tutti gli altri le nuove linee guida consigliano di iniziare già con una combinazione di almeno due farmaci di classi diverse (ma che abbiano anche logica farmacologica e fisiopatologica nell'associazione stessa) preferendo quelle associazioni presenti nel mercato come combinazioni precostituite in singola compressa a dosi fisse (figura 2)

1) Modulatori del Sistema Renina-Angiotensina (RAS): sono gli **ACE-inibitori (ACEI)** e i **Sartani** (anche noti come angiotensin receptor blockers ARB, bloccanti del recettore AT1 dell'angiotensina II); sono le molecole anti-ipertensive maggiormente utilizzate anche perché dotati di effetti protettivi aggiuntivi sia renali che cardiaci. A completamento di questo raggruppamento di farmaci vi è anche un **inibitore diretto del-**

la renina (aliskiren, dosi 150-300 mg) poco prescritto oggi a causa della misinterpretazione di alcuni studi clinici peraltro mal disegnati, ma efficace specie in alcune situazioni cliniche o quando vi sono multiple riferite "intolleranze". Gli ACEI (perindopril, ramipril, enalapril, captopril e altri) e i sartani (irbesartan, olmesartan, candesartan, losartan e altri) non dovrebbero in genere essere combinati tra di loro per un aumentato rischio di eventi avversi (iperkaliemia, insufficienza renale acuta) a fronte di un modesto beneficio clinico e non dovrebbero essere associati all'aliskiren, sebbene specie nelle nefropatie proteinuriche o nel paziente con insufficienza renale terminale/dialisi possono essere considerate anche associazioni.

Anche le ultime linee guida, sia Americane sia Europee, ne sconsigliano l'assunzione in gravidanza: sembrerebbe infatti che possano essere dannose al feto soprattutto nel secondo e terzo trimestre di gravidanza. Nel primo trimestre di gravidanza le evidenze di pericolo sono ancora dubbie e contrastanti e alcune malformazioni osservate sono state imputate a fattori confondenti quali diabete miscono-

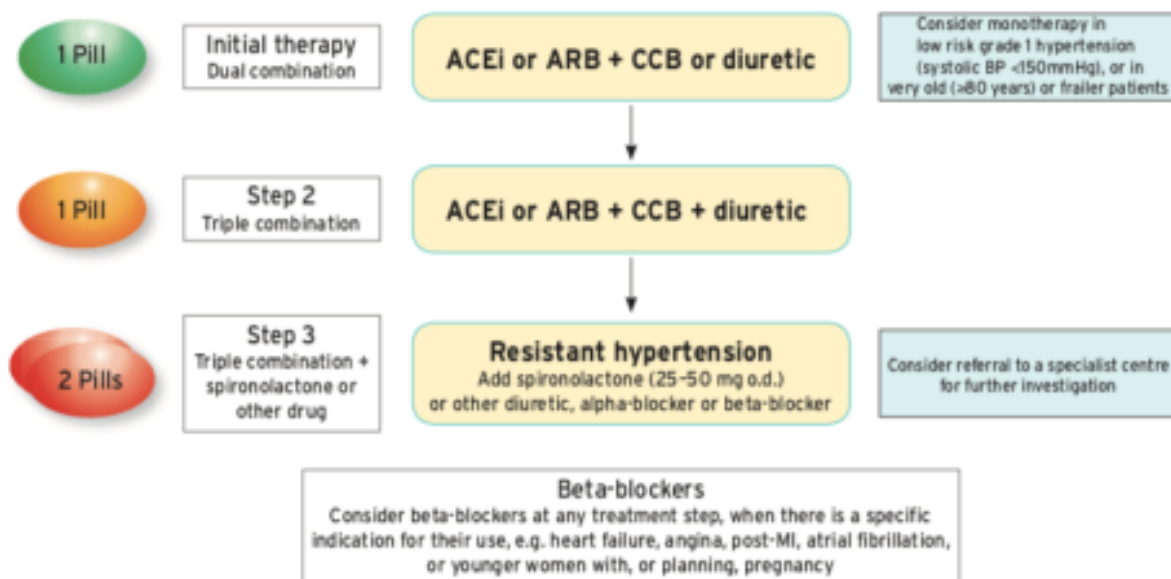


Figura 2 - Trattamento farmacologico dell'ipertensione arteriosa in generale

sciuto o obesità o la stessa ipertensione della madre. Comunque, appena accertato uno stato di gravidanza, il farmaco va somministrato il prima possibile. Gli ACEI modulano la quantità di angiotensina II che viene prodotta localmente in molti letti vascolari e che entra anche nella circolazione arteriosa sistemica riducendo la vasocostrizione angiotensina II-dipendente con dilatazione delle piccole arterie e arteriole che formano le resistenze periferiche totali con riduzione della pressione arteriosa sistemica. Inoltre a livello intrarenale hanno anche un'aggiuntiva azione emodinamica determinando la preferenziale dilatazione dell'arteriola efferente che regola la pressione di filtrazione glomerulare rallentando la fuoriuscita del sangue dai capillari glomerulari e quindi favorendo una più elevata pressione idrostatica intracapillare glomerulare, il principale determinante della velocità di filtrazione glomerulare complessiva. La gittata cardiaca rimane invariata e, nonostante la riduzione della pressione arteriosa, non vi sono modificazioni della frequenza cardiaca anche perché la stessa angiotensina II è uno stimolante del sistema simpatico anche a livello periferico. Queste molecole inoltre non danno ipotensione ortostatica in quanto sembrerebbero resettare la funzione dei barocettori. I sartani, antagonizzando direttamente l'angiotensina II a livello del recettore AT1 hanno sostanzialmente effetti sovrapponibili anche se, a differenza degli ACEI, l'angiotensina II invece di ridursi aumenta. I sartani sarebbero più efficaci degli ACEI nella protezione del rene diabetico o nella regressione dell'ipertrofia ventricolare sinistra anche antagonizzando una produzione locale di angiotensina II che può essere prodotta per vie enzimatiche alternative senza un ruolo dell'ACE.

In generale i dati a disposizione

indicano che gli ACEI ed i sartani siano in grado di proteggere "meglio" i pazienti ipertesi dal danno d'organo e nell'utilizzo a lungo termine sono associati a riduzione dell'ipertrofia ventricolare sinistra, a prolungamento della durata funzionale dei nefroni proteggendo i capillari glomerulari dall'iperfiltrazione pressione-dipendente, ad una "de-stiffness" delle grandi arterie e al rimodellamento delle grandi e piccole arterie. Un maggiore "rilassamento" delle grandi e medie arterie porterebbe ad una riduzione della pressione centrale e della pulse pressure (o differenziale), principali fattori emodinamici dannosi per il circolo arterioso stesso; la protezione a livello renale è stata osservata in diversi setting ma soprattutto nella nefropatia diabetica.

Pertanto ACEI e sartani dovrebbero costituire la classe farmacologica di prima linea, in particolare nei pazienti con scompenso cardiaco, disfunzione del ventricolo sinistro, cardiopatia ischemica, diabete, insufficienza renale cronica con associata proteinuria.

Per quanto riguarda il dosaggio, a parte che possono accumularsi quando il filtrato renale è sotto a 30 ml/min data l'escrezione renale prevalente, il raddoppio del dosaggio o l'uso di dose piene non "raddoppiano" l'effetto antiipertensivo ma ne prolungano soprattutto l'efficacia nelle 24 ore. Nel caso dei sartani si ipotizzano anche maggiori concentrazioni tissutali e un più efficace antagonismo della locale angiotensina II. Comunque qualora un paziente stia assumendo un ACEI che sia ben tollerato ed efficace nel ridurre la pressione, non vi è alcuna certa utilità nel passare ad un sartano. Può verificarsi inoltre la comparsa di peggioramento della funzione renale per ragioni emodinamiche ovvero per riduzione di pressione e flusso ematico a livello dell'arteriola afferente (se-

condaria a riduzione della pressione arteriosa sistemica prerenale) e da vasodilatazione preferenziale dell'arteriola efferente (quella normalmente più esposta a più alte concentrazioni di angiotensina II per azione sequenziale della renina liberata a livello preglomerulare e poi dell'ACE presente sulla superficie endoteliale dei capillari glomerulari). Un peggioramento della funzione renale è quindi atteso, su basi fisiopatologiche ed emodinamiche soprattutto nei pazienti con stenosi mono o bilaterale delle arterie renali, nei pazienti che abusano di FANS, nello scompenso cardiaco e nella patologia dei piccoli vasi arteriosi con diffuso danno microvascolare renale che è la base comune della nefropatia cronica da ipertensione (con o senza diabete) comunemente chiamata "insufficienza renale cronica". Un aumento della creatinina del 30% in caso di nefropatia cronica è quindi atteso e NON deve portare a sospensione della terapia con ACEI (o sartani) in quanto è di natura emodinamica come spiegato sopra e non segno di un danno renale. Sostanzialmente si "svela" quale sia la reale funzione renale residua in mancanza dell'iperfiltrazione a più alta pressione a carico dei nefroni residui funzionanti e destinati a "durare di meno" se sovraccaricati, sovraccarico che porterà a glomerulosclerosi prima focale e poi generalizzata ed obliterazione funzionale e strutturale del glomerulo con perdita quindi dell'intero nefrone. Ovviamente se la creatinina è già elevata (es. 2 mg/dl con ad esempio una funzione renale stimata di 45 ml/min), si potrà osservare un incremento anche più spiccato dei valori di creatinemia a fronte anche della sola attesa riduzione del filtrato glomerulare.

1) Calcio antagonisti: i calcioantagonisti diidropiridinici (CAD) sono tra gli antiipertensivi

più efficaci e più usati e agiscono come vasodilatatori arteriali diretti. Hanno anche un'efficacia paragonabile alle altre classi farmacologiche sulla prevenzione degli eventi cardiovascolari maggiori, in particolare nella prevenzione dello stroke, e sulla mortalità e questo rafforza il concetto che il danno agli organi bersaglio dell'ipertensione arteriosa e gli eventi cardiovascolari vengano ridotti soprattutto dall'abbassamento della pressione arteriosa di per sé piuttosto che dalle specifiche proprietà di ogni singola classe di molecole, sebbene ogni specifica classe farmacologica abbia delle peculiarità che la rendono più adatta ad un determinato target di pazienti (si veda sopra e in seguito).

L'effetto ipotensivo è secondario alla vasodilatazione risultante dal rilasciamento delle cellule muscolari lisce presenti nei piccoli (ma numerosissimi) vasi arteriosi periferici e quindi alla riduzione delle resistenze periferiche totali (e quindi del post-carico cardiaco). I CAD soprattutto grazie all'incrementato afflusso di sangue ai glomeruli renali per dilatazione delle arteriole afferenti senza un paragonabile effetto sulle efferenti, determinano un incremento della pressione di filtrazione glomerulare e specie in alcuni pazienti hanno anche di un effetto diuretico, effetto mitigato dalla contemporanea assunzione di ACEI o sartani. A differenza dei vasi arteriosi, in quelli venosi non si ha una significativa vasodilatazione con conseguente assenza di ipotensione ortostatica nei pazienti trattati con questa classe farmacologica ma con il comune effetto collaterale di edemi declivi perimalleolari anche per la postulata apertura di shunt artero-venosi con conseguente aumento della pressione a valle delle venule e trasudazione capillare. La somministrazione di calcio antagonisti a lungo termine porta ad una re-

gressione dell'ipertrofia ventricolare ed un miglioramento della cinetica cardiaca. Possono avere un ruolo anche nella cardiopatia ischemica mentre i non-diidropiridinici (verapamil, diltiazem) hanno quasi esclusivamente utilizzo nelle tachiaritmie.

2)Diuretici: si dividono in tiazidici (tiazidici quali l'idroclorotiazide e tiazidico-simili quali l'indapamide, il clortalidone e il metolazone) e diuretici dell'ansa (furosemide, torasemide) oltre ai "risparmiatori di potassio" (sostanzialmente l'amiloride) che saranno trattati a parte. Sono considerati farmaci di prima linea nel trattamento dell'ipertensione arteriosa, ma sempre in associazione con un inibitore del RAAS al fine di ottenere un approccio terapeutico fisiopatologicamente congruo: incrementando infatti l'escrezione renale di sodio e di acqua, l'organismo cercherà di compensare attraverso una iperattivazione del sistema RAAS che ne potrebbe neutralizzare l'effetto ipotensivante e sodiuretico, incrementando la possibilità di ipokaliemia per iperassorbimento di sodio nel tubulo distale.

I diuretici tiazidici e tiazidico-simili, inibendo il cotrasportatore sodio-cloruro del tubulo contorto distale, facilitano l'escrezione del sodio spesso assunto in eccesso con la dieta. Per esempio un etto di prosciutto crudo di Parma contiene circa 2600 mg di sodio superando quindi i 6 grammi di sale (NaCl) massimi consentiti specie negli ipertesi. L'aumentata escrezione di sodio (con acqua al seguito) determina una riduzione delle resistenze vascolari periferiche per un effetto transmembrana a livello delle cellule muscolari lisce vascolari, una lieve riduzione della volemia e una riduzione della pressione arteriosa. Fatta eccezione per il metolazone e forse per il clortalidone,

sono praticamente inefficaci nei pazienti con clearance della creatinina $<30 \text{ ml/min/1.73 mq}$: questo è in parte dovuto alla ridotta secrezione nei tubuli prossimali per la competizione con gli acidi organici endogeni, condizione che limita il trasporto nel lume tubulare di questi diuretici al loro sito d'azione nel tubulo contorto distale che segue l'ansa di Henle. La maggiore efficacia dei tiazidico-simili rispetto ai tiazidici risiede soprattutto nella loro più lunga emivita e durata d'azione. I diuretici tiazidico-simili sono pertanto oggi considerati farmaci di prima scelta nel trattamento dell'ipertensione arteriosa.

I diuretici dell'ansa: la loro principale indicazione è l'incremento della natriuresi e diuresi nei pazienti con edemi improntabili secondari a scompenso cardiaco, cirrosi con ascite, l'edema secondario a nefrite e sindrome nefrosica.

Come anti-ipertensivi sono esclusivamente indicati negli ipertesi con insufficienza renale cronica (creatinina $> 1.5 \text{ mg/dl}$ o $\text{eGFR} < 30 \text{ ml/min/1.73 mq}$) in quanto promuovono l'escrezione urinaria di sodio e acqua riducendo l'assorbimento a livello dell'ansa di Henle.

Purtroppo tuttora è molto diffusa la prescrizione di una singola compressa di furosemide da 25 mg (durata di azione 6-8 ore) al mattino negli ipertesi senza scompenso cardiaco né nefropatia cronica, talvolta con la fantomsia aggiunta prescrittiva "a giorni alterni". Trattasi di un vero e proprio errore terapeutico che non ha alcun ruolo nel controllo dell'ipertensione arteriosa nelle 24 ore. Questi diuretici, come del resto anche i tiazidici sebbene in modo più contenuto, devono inoltre sempre essere associati ad antagonisti del SRAA (ACEI, sartani, aliskiren o antagonisti dell'aldosterone) in quanto inducono un spiccato aumento della secre-

zione di renina, un aumento della formazione di angiotensina II e un iperaldosteronismo secondario. Oltre alla finanche eccessivamente usata **furosemide**, si ricorda la **torasemide** (es. 5-10 mg due volte al giorno) che avendo maggiore durata di azione e maggiore costanza nell'assorbimento intestinale dovrebbe essere il diuretico dell'ansa di scelta per il trattamento dell'ipertensione arteriosa associata a severa riduzione del filtrato glomerulare o quando associata a quadri edemigeni di comorbidità (scompenso cardiaco, sindrome nefrosica, cirrosi)

Diuretici risparmiatori di potassio: meritano un discorso a parte in quanto rappresentano una opzione in caso di ipertensione resistente, iperaldosteronismo primitivo e secondario e nei pazienti con scompenso cardiaco a frazione d'eiezione ridotta al fine di ridurre le ospedalizzazioni; quando somministrati insieme ad altri diuretici (dell'ansa o tiazidici) cooperano al fine di ridurre il rischio di ipokaliemia (ed ipomagnesemia) contrastando di fatto, sebbene indirettamente, l'azione dell'aldosterone tramite l'inibizione del canale epiteliale del sodio del tubulo distale, canale che è il braccio effetore principale dell'aldosterone. Quello più usato è l'**amiloride**, importante e sicuro farmaco che purtroppo in Italia si trova solo associato a bassa dose (5 mg) a ben 50 mg di idroclorotiazide in una vecchia quanto nota associazione tuttora in uso eccessivo. L'altro è il **triamterene** molto meno usato e studiato che in Italia si trova (al dosaggio basso di 25 mg) solamente associato a 40 mg di furosemide e che quindi dovrebbe essere usato tre volte al giorno ma solo quando esistano le indicazioni alla scelta del diuretico dell'ansa (vedi sopra).

Questi "diuretici risparmiatori

di potassio" sono utilissimi per contrastare l'ipokaliemia indotta da altri diuretici e soprattutto dall'introito di sale (alimentazione o via endovenosa) ma, viceversa, hanno il rischio di contribuire all'iperkaliemia specie se introito di sale/potassio è a favore di quest'ultimo o se si associano con antagonisti del SRA specie in condizioni di ridotta funzione renale.

2)Antagonisti dell'aldosterone: veri e propri antagonisti steroidei che contrastano primariamente l'azione dell'aldosterone a livello recettoriale sebbene in genere abbiano anche con effetti minori e dose-dipendenti di antagonismo al testosterone. Oltre al classico spironolattone si ricorda il **canrenone** (12,5-200 mg /giorno in unica somministrazione), metabolita attivo dello spironolattone disponibile in Italia in compresse divisibili e totalmente rimborsabili dal SSN anche per i dosaggi più bassi. Questi farmaci hanno anche un ruolo nell'ipertensione arteriosa resistente, nelle forme secondarie a iperaldosteronismo primario e nello scompenso cardiaco anche a dosi molto basse e in associazione con ACE inibitori o sartani. Gli antagonisti dell'aldosterone sono utilissimi per contrastare l'ipokaliemia indotta da altri diuretici e soprattutto dall'introito di sale (alimentazione o via endovenosa) ma, viceversa, hanno il rischio di contribuire all'iperkaliemia specie se introito di sale/potassio è a favore di quest'ultimo o se si associano con antagonisti del SRA specie in condizioni di ridotta funzione renale.

3)Beta bloccanti: i beta "bloccanti" (in realtà modulano più che "bloccano") sono farmaci eterogenei e quindi per l'ipertensione si raccomanda di usare i beta 1 selettivi che coprono bene le 24 ore. Preferibili sono pertanto il **nebivololo** (2,5-10

mg, negli USA fino a 40 mg) e il **bisoprololo** (2,5-10 mg) quest'ultimo in genere più bradicardizzante. L'azione non è solo cardiaca (riduzione lieve della portata/min) ma è anche sul sistema renina-angiotensina in quanto riducono la secrezione di renina stimolata dal sistema simpatico come avviene ad esempio assumendo la posizione ortostatica. Non hanno le evidenze di outcome forti come per altri farmaci antiipertensivi ma hanno indicazioni aggiuntive quali lo scompenso cardiaco (titolando a partenza da bassi dosaggi tipo 1,25 mg), la cardiopatia ischemica nelle sue varie forme, varie aritmie, la spiccata reattività simpatica che si manifesta con tachicardia oltre che ipertensione arteriosa e le donne in prospettiva imminente o già in gravidanza (in quest'ultime si usa il **labetalolo** beta e anche alfa bloccante che deve essere somministrato tre volte al giorno idealmente per coprire le 24 ore (a 100-200 mg a cpr). Il nebivololo appare avere anche proprietà aggiuntive vasodilatorie e metaboliche favorevoli tramite un'azione beta 3 agonista. Molto usato dai cardiologi quanto sconsigliabile è invece il **metoprololo** che in Italia c'è solo nella forma tartrato (non la forma succinato usata nei trials) che ha bisogno di tre somministrazioni al giorno per coprire veramente le 24 ore e non è neanche molto beta 1 selettivo. Anche l'**atenololo**, molto usato, non copre bene le 24 ore e dovrebbe essere dato due volte. Quest'ultimo è risultato peggiore di sartani (losartan) o ACE inibitori (perindopril) sull'outcome di importanti trials clinici. Il **carvedilolo**, utile nello scompenso cardiaco a ridotta frazione di eiezione, non ha beta selettività e quindi al contrario degli altri è sconsigliabile nei pazienti con BPCO e controindicato nelle forme asmatiche come pure nell'arteriopatia periferica mente non son controindi-

cati il nebivololo e bisoprololo. Ne esistono vari altri con proprietà specifiche ma poco studiati in ampi trial clinici. Il **propranololo** anche non è beta selettivo ma è tuttora indicato nell'ipertensione sistolica isolata associata a tachicardia e ipermetabolismo della tireotosicosi.

4) Alfa bloccanti (o litici): bloccanti dei recettori alfa adrenergici detti anche alfa-litici, sono degli antagonisti selettivi dei recettori alfa1 adrenergici. Questi agenti sono particolarmente efficaci nel ridurre la ipertensione arteriosa ortostatica o esercizio correlata e più efficaci sulla diastolica e pertanto hanno il rischio di peggiorare ipotensione ortostatica specie quando non sia stata documentata in modo appropriato (con pressione presa prima in clino e poi in orto al terzo minuto). Molti alfa-litici sono anche usati dagli urologi per problemi della minzione in genere correlati all'ipertrofia prostatica ma anche questi "urologici" possono causare o peggiorare ipotensione ortostatica soprattutto quando vengono erroneamente sommati ad alfa litici dati per l'ipertensione arteriosa. Pur essendo farmaci di quarta linea per il trattamento dell'ipertensione sono usati in eccesso sia dai medici di medicina generale che da specialisti forse perché erroneamente ritenuti privi di effetti collaterali o perché non interferendo con il SRAA necessitano di minori conoscenze fisiopatologiche per essere usati. In realtà sono farmaci che non sono supportati da trials favorevoli. Si usa soprattutto la **doxazosina** a 4 mg in monosomministrazione serale ma se necessario/indicato si può arrivare a dare 8 mg due volte al giorno anche in certe forme di ipertensione arteriosa resistente.

5) Antipertensivi ad azione centrale (alfa 2 agonisti): si utilizza soprattutto (e in grande eccesso!) la **clonidina**: un agonista alfa2A adrenergico a livello del tronco cerebrale portando ad una riduzione del tono simpatico in uscita. La riduzione di concentrazione della noradrenalina periferica è direttamente correlata con il suo effetto ipotensivo. La clonidina riduce la pressione arteriosa intervenendo sia sulla frequenza cardiaca che sulle resistenze periferiche. Ha però molteplici e severi effetti collaterali tra i quali crisi ipertensive "rebound" se si danno monosomministrazioni per os o per via parenterale e inoltre causa sedazione, astenia, secchezza delle fauci, riduzione della libido, disturbi del sonno, bradicardia sintomatica e BAV in pazienti predisposti. La via transdermica a rilascio cutaneo modificato (cerotti da due dosaggi) che richiede una sostituzione settimanale è quella più utile nella pratica clinica per il trattamento di una minoranza di casi di pazienti ipertesi. L'altro agonista centrale in uso è la **metildopa** che riduce i depositi di noradrenalina essendo convertita in alfa-metilnoradrenalina che si deposita a livello delle vescicole secretorie dei neuroni adrenergici, sostituendosi alla noradrenalina stessa, e viene pertanto rilasciata al posto nella noradrenalina durante la scarica neuronale e si comporta da agonista alfa 2 presinaptico riducendo la secrezione di altra noradrenalina. Viene utilizzata oggi quasi esclusivamente in gravidanza data la lunga esperienza pratica con questo farmaco che viene dato tre volte al giorno (250-1000 mg a dose, dando solo due o una dose se funzione renale ridotta). I principali effetti collaterali includono sedazione, astenia, secchezza delle fauci, riduzione della libido e, meno frequentemente, sintomi parkinsoniani, iper-prolattinemia, epato-

tossicità ed anemia emolitica.

6) Altri antipertensivi. Ne esistono vari, alcuni ad uso esclusivo specialistico e spesso per uso solo ospedaliero tipo l'**urapidil** che è simile alla doxazosina ma si usa per vie endovenose. Oppure i vasodilatatori diretti **idralazina** e **minoxidil** che devono sempre essere usati in combinazione con diuretici e antagonisti del SRAA. Ampio uso, non sostanziato da evidenze, si fa anche con la **nitroglicerina** per via endovenosa farmaco soprattutto capace di dilatare le vene (cefalea anche severa comune effetto collaterale) e non le piccole arterie e arteriole di resistenza.

Strategie di trattamento e casi specifici

La conoscenza indispensabile della farmacologia clinica e il Prontuario farmaceutico ci forniscono numerose scelte per avviare la terapia farmacologica nel paziente iperteso iniziando anche fin da subito con una combinazione di due farmaci in singola compressa o, in alcuni casi come nel giovane con ipertensione iniziale di tipo diastolico, con monoterapia per poi aggiungere progressivamente molecole fino a raggiungere il controllo pressorio desiderato.

Seguendo le evidenze e le ultime linee guida, la maggior parte dei pazienti avrà bisogno di una combinazione di due o meglio tre farmaci per una completa normalizzazione dei valori pressori nelle 24 ore, valori che nella automisurazione domiciliare dovranno essere sempre inferiori a 130/80 mmHg per aver certezza di una pressione che non continui a far danno negli anni.

Qui di seguito riassumiamo

pertanto alcuni concetti utili nella pratica clinica quotidiana.

Un trattamento efficace dovrebbe essere fisiopatologicamente congruo, adatto al paziente e alle sue patologie, tenendo anche conto della sua età, del suo stile di vita e delle sue esigenze, al fine di migliorare l'aderenza e la persistenza nel trattamento prescritto.

Trattamento "sartoriale" significa costruire il trattamento farmacologico sulla base delle caratteristiche cliniche e delle comorbidità ma anche, perché no, sulla base delle esigenze del paziente stesso; insomma il trattamento ideale dovrebbe essere una combinazione di farmaci magari in formulazione preconstituita, con una durata di 24 ore (tranne in alcune eccezioni) per ridurre il numero di somministrazioni e quindi di potenziali dimenticanze, ben tollerati dal paziente e con un ruolo attivo sulle comorbidità.

La **mono-terapia** va considerata inizialmente soltanto nei pazienti giovani con ipertensione di grado 1 e a basso rischio cardiovascolare quando la sola modificazione dello stile di vita non sia stata sufficiente, nei pazienti con età maggiore di 80 anni o in condizione di fragilità e nei pazienti a rischio cardiovascolare molto elevato (es. diabetico fumatore con pregresso infarto anche "silente" e non iperteso nemmeno al monitoraggio automatico delle 24 ore) quanto abbiano una pressione ai livelli alti della "norma" (130-139 mmHg di

sistolica).

In tutti gli altri pazienti il trattamento dovrebbe essere iniziato già con associazioni precostituite di due molecole al fine di migliorare la velocità di efficacia, la copertura delle 24 ore e l'aderenza al trattamento stesso.

Tra tutti gli anti-ipertensivi i modulatori del RAAS, i calcio antagonisti e i diuretici tiazidico-simili hanno dimostrato una simile efficacia nella riduzione della pressione arteriosa e, pertanto, degli eventi cardiovascolari, sebbene quando le classi vengono comparate tra di loro emergono delle peculiarità tipiche. I risultati di tutti i confronti testa a testa delle maggiori classi farmacologiche non hanno permesso la formulazione di un unico algoritmo per la scelta di un farmaco valido per tutti i pazienti ipertesi, piuttosto di combinazioni di farmaci specifiche in condizioni specifiche:

- Gli ACEi e i sartani sono indicati nella cardiopatia ischemica e in quella ipertrofica come pure nella protezione della progressione del danno renale.
- I diuretici sono superiori nella prevenzione dello scompenso cardiaco, sono importanti nella nefropatia cronica con dieta inadeguata e nel trattamento dei pazienti obesi, in siti in tutte le condizioni dove sia presente una maggiore ritenzione idrosalina e una pressione arteriosa sodio e volume dipendente.
- I beta bloccanti sembrano essere meno efficaci nella prevenzione dello stroke, ma sono una valida scelta nelle giovani pazienti che

stanno pianificando o che sono già in stato di gravidanza.

- I calcio antagonisti sono efficaci nella prevenzione dell'ictus e nel ridurre la mortalità totale e sono comunque vasodilatatori diretti in grado di ridurre le resistenze periferiche caratteristicamente aumentate in ogni tipo di ipertensione arteriosa.

La **terapia in associazione** dovrebbe comprendere un modulatore del RAAS in associazione con un calcio antagonista o un diuretico come primo step, per poi passare a una triplice terapia con modulatore del RAAS, calcio antagonista e diuretico, quindi aggiungere un antialdosteronico o un alfa litico o un beta bloccante nei casi d'ipertensione arteriosa resistente vera. Il beta bloccante può essere preso in considerazione in ogni step di trattamento, quando vi siano specifiche indicazioni: scompenso cardiaco, angina, post infarto del miocardio, fibrillazione atriale, o nelle giovani donne che stiano pianificando o che siano già in stato di gravidanza.

Negli **anziani e grandi anziani** specie se "fragili" e/o con multiple comorbidità, il trattamento deve essere progressivo perché talvolta sono anni che hanno pressione troppo alta con danno vascolare arterioso anche a livello del microcircolo e dell'autoregolazione del flusso (a livello cerebrale, cardiaco e renale soprattutto). Ma è indispensabile ridurre la pressione senza causare sintomi perché anche i grandi anziani fragili beneficiano

della terapia antipertensiva che riduce soprattutto il rischio di complicanze cardiache e cerebrovascolari della pressione sistolica da 140 mmHg in su.

Ipertensione resistente

Quando una strategia di trattamento fallisce, e la pressione appare essere “resistente” al trattamento, occorre prima prendere in considerazione diversi fattori:

- Reale efficacia della terapia farmacologica prescritta (dosaggi e combinazioni di classi di farmaci differenti)
- La giusta combinazione per ogni singolo paziente (trattamento “sartoriale”)
- Inerzia terapeutica
- Aderenza del paziente (anche alle indicazioni/restrizioni dietetiche!)
- Ipertensione arteriosa secondaria (comunemente da iperaldosteronismo primario)

L’ipertensione arteriosa si definisce resistente al trattamento quando vi è il fallimento nella riduzione dei valori tensivi al di sotto di 140/90 mmHg confermato attraverso il monitoraggio pressorio delle 24 ore (ABPM) o il monitoraggio domiciliare dei valori tensivi, nei pazienti in cui siano già state escluse condizioni di ipertensione secondaria e di ipertensione pseudo-resistente.

Il trattamento deve comprendere le appropriate modificazioni dello stile di vita e una terapia farmacologica che includa un modulatore del RAAS, un diuretico ed un calcio antagonista al massimo

dosaggio, o alla massima dose tollerata.

L’inerzia terapeutica determina un non ottimale controllo pressorio e se da un lato c’è la non aderenza del paziente alla terapia, dall’altra c’è l’insufficiente solerzia da parte del medico nel titolare la terapia al fine di raggiungere il miglior target pressorio per il paziente.

Il paziente con ipertensione resistente è solitamente un individuo obeso oppure di età superiore ai 75 anni, con eccessivo introito di sodio nell’alimentazione, con una storia inveterata di ipertensione arteriosa non controllata; solitamente diabetico, con vasculopatia aterosclerotica polidistrettuale.

Cause di Ipertensione arteriosa pseudo-resistente:

- Scarsa aderenza alla terapia prescritta, sia essa farmacologica che riguardante la modifica dello stile di vita.
- Ipertensione da “Camice Bianco”
- Errata tecnica di misurazione della pressione arteriosa
- Marcata rigidità dei vasi arteriosi secondaria a calcificazione degli stessi
- Inerzia clinica

Ipertensione arteriosa secondaria

Necessita di una presa in carico e di trattamento presso Centri di Riferimento per l’Ipertensione Arteriosa; tuttavia è compito di qualunque Medico che approcci al paziente con Ipertensione arteriosa quello di porne il sospetto.

Caratteristiche di un paziente con sospetto di Ipertensione arteriosa secondaria:

- Paziente di età <40 anni con Ipertensione di grado 2 o Ipertensione arteriosa nel bambino
- Peggioramento acuto dei valori pressori in un paziente con ipertensione arteriosa cronicamente trattata e stabile.
- Ipertensione arteriosa resistente
- Ipertensione di grado 3 o emergenza ipertensiva
- Presenza di esteso danno d’organo secondario a ipertensione arteriosa
- Caratteristiche cliniche e laboratoristiche che rendono probabile/possibile un’ipertensione secondaria a problematiche endocrine
- Insufficienza renale cronica
- Sintomi che rendono possibile/probabile il raro feocromocitoma o una storia familiare di feocromocitoma o paraganglioma

Cause di ipertensione arteriosa secondaria:

- Iperaldosteronismo primitivo
- Malattia aterosclerotica renovascolare (spesso non causa vera ipertensione nefrovascolare e spesso dilatando l’arteria o le arterie non si risolve l’ipertensione arteriosa che potrebbe preesistere alla stenosi aterosclerotica)
- Insufficienza renale cronica
- Tireotossicosi (ipertensione sistolica isolata con ampia differenziale), ipoti-

roidismo (in genere ipertensione prevalentemente diastolica con riduzione pressione differenziale)

- Farmaci (estrogenici, progestinici, una comune causa sottovolutata, farmaci antirigetto, farmaci antineoplastici, cortisonici, anabolizzanti, ecc.)

Condizioni più rare d'ipertensione secondaria

- Feocromocitoma (molto raro come causa di ipertensione e troppo spesso sospettato)
- Displasia fibromuscolare (non raro anzi causa comune di ipertensione giovani ragazze/donne)
- Coartazione aortica e altre patologie displastiche dell'aorta
- Sindrome di Cushing
- Iperparatiroidismo e Acromegalia: vi sono seri dubbi che causino ipertensione arteriosa indipendentemente dalla comune predisposizione genetica per ipertensione arteriosa, dieta inappropriata e sovrappeso corporeo

Comuni condizioni cliniche che possono portare a incremento dei valori tensivi o comparsa di ipertensione (spesso anche considerate come ipertensioni secondarie):

- Sindrome delle apnee ostruttive del sonno
- Contraccettivi orali
- Agenti simpaticomimetici (p.e i decongestionanti nasali)
- Abuso di FANS
- Terapie croniche con corticosteroidi
- Agenti immunosoppressori

(soprattutto inibitori calcineurine)

- Eritropoietine
- Agenti chemioterapici anti-angiogenetici (anti VEGF e suoi recettori soprattutto)
- Utilizzo di droghe (amfetamine, cocaina e simili sostanze chimiche in continua evoluzione di comune uso ma quasi sempre negatte in anamnesi)
- Steroidi anabolizzanti
- Abuso di liquirizia
- “rimedi naturali”, “prodotti vegetali”, “integratori”, “nutraceutici”: alcuni possono contenere di tutto e di più...

Scelte terapeutiche preferenziali in comuni condizioni cliniche

Sulla base di quanto detto fino ad ora, verranno illustrate alcune condizioni cliniche e insieme ad esse l'algoritmo diagnostico con la migliore combinazione farmacologica eventualmente prescrivibile; in tutti i casi, a seconda del quadro clinico, andranno sempre escluse eventuali cause di ipertensione secondaria.

- Donna in età fertile o che vorrebbe programmare una gravidanza: preferire i beta bloccanti ed i calcio antagonisti.
- Paziente in sovrappeso con obesità centrale o obeso, con sindrome metabolica: ACEI o sartani, in associazione con diuretico tiazidico-simile; successivamente aggiungere calcio antagonisti ed eventualmente beta bloccante preferendo sempre molecole beta1 selettivi e che non interferi-

scano con il metabolismo glucidico.

- Cardiopatia ipertensiva (dal rimodellamento concentrico in su con in genere disfunzione diastolica): sartano o ACEI, calcioantagonista.
- Diabete danno renale cronico e/o microalbuminuria: sartano o ACEI.
- Insufficienza renale e proteinuria: modulatori del RAAS in associazione con diuretici.
- Cardiopatia ischemica: modulatore del RAAS in associazione con beta bloccante o calcio antagonista, oppure calcio antagonista in associazione con diuretico o beta bloccante, oppure beta bloccante in associazione con diuretico (+ sempre ridurre colesterolo sotto a 70 mg/dl e antiaggregante piastrinico)
- Angina pectoris: betabloccante e/o calcio antagonista.
- Scompenso cardiaco cronico: ACEI o sartani, beta 1 bloccante selettivo che copra le 24 ore, diuretico (se necessario e a dosaggi opportuni) ed antialdosteronico. Presto anche sacubitril-valsartan efficace antiipertensivo oltre che nello scompenso anche a frazione di eiezione conservata
- Fibrillazione atriale: ACEI o sartano in associazione a beta bloccante o calcio antagonista non diidropiridinico per ridurre frequenza cardiaca se elevata.
- Paziente con ictus cerebrale: preferire un calcio antagonista in associazione con modulatore del RAAS, beta bloccante o diuretico.

- Vasculopatia periferica: calcio antagonisti + sartani (+ sempre portare colesterolo LDL sotto a 70 mg/dl!)
- Africani: diuretico e calcio antagonista.
- Ipotensione ortostatica con associata ipertensione notturna: questi pazienti solitamente necessitano di una terapia che riduca la pressione nelle ore notturne; modulatore del RAAS, calcio antagonista a emivita ridotta (8-12 ore) da somministrare prima di coricarsi assieme a calze a compressione graduale fino all'inguine di giorno quando ci si alza.
- Ipertrofia prostatica sintomatica (disuria, pollachiuria): alfa 1-litico.
- BPCO e fumatori: preferire i sartani per evitare tosse da ACEI che confonderebbe il quadro e altre complicanze alle alte vie incluso angioedema. ACEI apparentemente legati a aumento cancro polmonare (dato tempo-correlato da confermare)

Breve cenno a urgenze ed emergenze ipertensive

Il termine di Urgenza Iper-tensiva descrive una condizione d'ipertensione severa in pazienti che non hanno evidenze cliniche di danno d'organo acuto; questo tipo di rialzo pressorio non richiede l'ospedalizzazione e solitamente è secondario ad un evento acuto stressogeno (attacco di panico, crisi d'ansia, dolore acuto, epistassi...) che iperattiva il sistema nervoso simpatico in pazienti con un substrato di ipertensione non controllata dalla insufficiente

terapia in atto (ipertensione che talvolta non trattano perché non sanno nemmeno di avere); la riduzione dei valori pressori si ha con il trattamento della patologia che ha determinato il rialzo dei valori stessi e in genere quini analgesici, ansiolitici ma può essere necessario iniziare un trattamento antipertensivo in genere con un calcioantagonista dididropiridinico (amlodipina 5-10 mg) a meno che non coesista aumento della frequenza cardiaca che allora fa preferire beta bloccante. Sono spesso pazienti che devono essere rivalutati per il problema pressorio dopo l'episodio acuto escludendo anche cause di ipertensione arteriosa secondaria quando indicato.

Per Emergenza Iper-tensiva 'intende una condizione nella quale una ipertensione in genere di grado 3 si associa danno d'organo acuto ipertensione correlato: ipertensione maligna associata o meno a insufficienza renale acuta, ipertensione associata ad encefalopatia, ad eventi coronarici acuti, ad edema polmonare cardiogeno, a dissezione aortica acuta, a eclampsia o severa preeclampsia/HELLP: richiede sempre ospedalizzazione in semintensiva/intensiva e un immediato ed attento approccio per ridurre i valori tensivi, di solito con terapia endovenosa. Non è il compito di questo manuale quello di una trattazione sistematica di questo tipo di condizione clinica.

References recenti essenziali

2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial **hypertension**: The Task Force for the management of arterial **hypertension** of the European Society of Cardiology and the European Society of **Hypertension**: The Task Force for the management of arterial **hypertension** of the European Society of Cardiology and the European Society of **Hypertension**, Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, de Simone G, Dominiczak A, Kahan T, Mahfoud F, Redon J, Ruilope L, Zanchetti A, Kerins M, Kjeldsen SE, Kreutz R, Laurent S, Lip GYH, McManus R, Narkiewicz K, Ruschitzka F, Schmieder RE, Shlyakhto E, Tsioufis C, Aboyans V, Desormais I; Authors/Task Force Members:

J Hypertens. 2018 Oct;36(10):1953-2041

Prevalence and Control of Dyslipidemia in Patients Referred for High Blood Pressure: The Disregarded "Double-Trouble" Lipid Profile in Overweight/Obese, Spannella F, Giuliotti F, Di Pentima C, **Sarzani R**.

Adv Ther. 2019 Jun;36(6):1426-1437. doi: 10.1007/s12325-019-00941-6. Epub 2019 Apr 5

Prognostic role of masked and white-coat hypertension: 10-Year mortality in treated elderly hypertensives.

Spannella F, Filippini A, Giuliotti F, Baliotti P, Bernardi B, Rosettani G, **Sarzani R**. J Hum Hypertens. 2018 Dec 5. doi: 10.1038/s41371-018-

0140-4. [Epub ahead of print]

Ten-year changes in ambulatory blood pressure: The prognostic value of ambulatory pulse pressure

Balietti P, Spannella F, Giulietti F, Rosettani G, Bernardi B, Cocci G, Bonfigli AR, **Sarzani R.**

J Clin Hypertens (Greenwich). 2018 Sep;20(9):1230-1237. doi: 10.1111/jch.13344. Epub 2018 Jul 7

Renin-Angiotensin System Blockers and Statins Are Associated With Lower In-Hospital Mortality in Very Elderly Hypertensives Spannella F, Giulietti F, Balietti P, Cocci G, Landi L, Lombardi FE, Borioni E, Bernardi B, Rosettani G, Bordoni V, **Sarzani R.**, *J Am Med Dir Assoc*. 2018 Apr;19(4):342-347. doi: 10.1016/j.jamda.2017.09.023. Epub 2017 Nov 8

Drug Des Devel Ther. 2017

Aug 4;11:2293-2300. doi: 10.2147/DDDT.S134826. eCollection 2017

Select item 28614094 18

Interarm blood pressure differences predict target organ damage in type 2 diabetes, Spannella F, Giulietti F, Fedecostante M, Ricci M, Balietti P, Cocci G, Landi L, Bonfigli AR, Boemi M, Espinosa E, **Sarzani R.**, *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2017 May;19(5):472-478. doi: 10.1111/jch.12963. Epub 2016 Dec 27

Associations between body mass index, ambulatory blood pressure findings, and changes in cardiac structure: relevance of pulse and night-time pressures, Fedecostante M, Spannella F, Giulietti F, Espinosa E, Dessì-Fulgheri P, **Sarzani R.**, *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2015 Feb;17(2):147-53. doi: 10.1111/jch.12463. Epub 2015 Jan 5

Hypertensive heart disease and obesity: a complex interaction between hemodynamic and not hemodynamic factors, **Sarzani R**, Bordicchia M, Spannella F, Dessì-Fulgheri P, Fedecostante M, *High Blood Press Cardiovasc Prev*. 2014 Jun;21(2):81-7. doi: 10.1007/s40292-014-0054-3. Epub 2014 May 13. Review

Chronic kidney disease is characterized by "double trouble" higher pulse pressure plus night-time systolic blood pressure and more severe cardiac damage, Fedecostante M, Spannella F, Cola G, Espinosa E, Dessì-Fulgheri P, **Sarzani R.**, *PLoS One*. 2014 Jan 23;9(1):e86155. doi: 10.1371/journal.pone.0086155. eCollection 2014

I Parabolani, gli infermieri “ninja” di Alessandria d’Egitto

Giordano Cotichelli

Corso di Laurea in Infermieristica

Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

Nella lunga transizione fra Epoca Classica e Medioevo, si realizza il passaggio fra le istituzioni romane e quelle dell’Impero Bizantino; non senza traumi e violenze. Ad Alessandria d’Egitto, agli albori del V secolo, ne rimane vittima Ipazia, una delle prime donne scienziato della storia. La filosofa cade sotto l’azione omicida dei Parabolani: monaci guerrieri ed infermieri. Figure del passato che aggiungono un ulteriore contributo nella definizione di un quadro storiografico di riferimento delle professioni sanitarie.

All’inizio del V secolo si consuma in Alessandria d’Egitto una lotta di potere che vede opporsi il vescovo Cirillo al prefetto Oreste ^[1]. Da tempo la città portuale, sede della famosa biblioteca e della prestigiosa scuola di Medicina, è attraversata dalla violenza politica; ed il predecessore stesso di Cirillo, Teofilo, è stato reso responsabile della distruzione del Serapeo (Tempio di Serapide).

Cirillo, in cerca di legittimità e consensi, parla di un vero e proprio scontro di civiltà, o

meglio di religioni: cristianesimo contro paganesimo. Il vescovo può farsi forte sia del sostegno della legge, che prevede l’agire del clero soggetto solo al giudizio del foro ecclesiastico, e sia della forza di una vera e propria milizia che, all’occorrenza, può accorrere dai conventi vicini, in particolare da quello della città di Nitria.



Figura 1 - I resti del Serapeo oggi ad Alessandria (foto Cotichelli)



Figura 2 - Ipazia in un disegno di inizio XX secolo

Una forza rappresentata dai monaci **parabolani** i quali, nel momento più acuto della crisi istituzionale, si renderanno colpevoli, fra i vari episodi di violenza, anche del linciaggio di Ipazia, una delle prime donne scienziato della storia: astronoma, filosofa neoplatonica e matematica. Ipazia sarà vittima di un clima di intolleranza e martire del pensiero scientifico. Un episodio tragico all'interno di un orizzonte altrettanto drammatico il quale potrebbe ad ogni modo restare confinato nelle tante pieghe della storia se non richiedesse di soffermarsi sulla peculiarità di questi monaci guerrieri i quali, in primo luogo, erano dediti ai servizi di cura dei malati, chiamati in causa durante le epidemie, nel trasporto dei malati ^[2] e nella rimozione dei cadaveri. Più fonti ne parlano come una delle tante figure progenitrici dei moderni infermieri. Fra queste, si possono ricordare il lavoro di Patricia Donahue ^[3] che riprende gli studi di Ade-

laide Nutting ^[4] la quale scrive che la prima menzione dei parabolani, in relazione al lavoro assistenziale possa essere fatta risalire a San Basilio, vescovo di Cesarea nel 370. I parabolani vengono ricordati quali infermieri anche da Eloy ^[5], nel suo dizionario storico: “*Questi parabolani erano scelti da vescovi e da preti, dovevano star di continuo appresso agli ammalati per averne cura, il che corrisponde a ciò che oggi noi chiamiamo infermieri*”. Testimonianze successive ne spostano indietro l'origine addirittura all'epidemia che sconvolse l'Africa e l'Egitto nel 253 ^[6], in funzione di cura degli infermi secondo la testimonianza di Eusebio. In merito però le fonti sono poche e non accettate da tutti gli storici. Ad ogni modo, le attività di cura cui sono dediti sono ben definite da una legge del 416 ed una del 418 (raccolte poi nel Codice di Teodosio ed in quello successivo di Giustiniano) ^[7], in cui si specifica le funzioni di sepoltura dei morti e l'assistenza ai malati, la diretta dipendenza dall'autorità vescovile e il dover essere reclutati fra le classi più umili della società in relazione ad un numero totale che non doveva superare le 500 presenze nella città di Alessandria (cifra elevata poi a seicento nella legge del 418). Nei codici citati il termine è tradotto in *parabalani*, mentre in generale in vari testi si può trovare anche il termine parabolani. Differenze che inducono a dare uno sguardo all'etimologia della parola, utile per capire meglio la storia di questi monaci-guerrieri-infermieri. Secondo Bonavilla Aquilino ^[8] il termine può avere tre di-

stinti riferimenti con cui il prefisso *para* (presso, accanto, inerente) si lega. In primo luogo viene suggerito il termine *bolos*, come servi della gleba, riferito alla durezza del lavoro cui erano chiamati a rispondere, e riferito anche al mondo cui prestavano assistenza e dal quale provenivano essi stessi. A favore di questa prima definizione c'è anche la testimonianza di Curzio Sprengel ^[9] che afferma come non veniva permesso l'arruolamento dei parabolani nelle classi dei *curiales* o degli *honorati*, perché questi potevano avere troppa influenza sulla popolazione. La seconda interpretazione considera il termine *ballo* in funzione del verbo gettare, a rappresentare l'immagine di colui che è disposto a gettare via la propria vita pur di curare gli altri. Simile significato, anche considerando il termine greco *parabolos*, designa colui che è audace, e riconduce alla funzione militare. L'ultima spiegazione - forse la meno plausibile - considera il sostantivo *parabola* legato alla narrazione del buon Samaritano di cui vengono emulate le gesta di cura ed assistenza ¹. Silvia Ronchey ^[1] nel suo libro su Ipazia, scrive che probabilmente il termine parabolani (da lei preferito a parabolani) deriva da *parabalaneus*, dal greco *balaneion*, ed ancora dal latino *balneum*, a

¹ Rispetto a questa accezione c'è una interpretazione che si discosta leggermente, considerando il termine parabolano relativo a quel tipo di sanitario, o ancor più di medico non proprio all'altezza del suo compito e quindi avvezzo a perdersi maggiormente in chiacchiere, ciarle o, appunto, parabole. Ne parla in merito Lorenzo Mehus nel 1785 ^[10].

designare colui che in età classica prestava cura agli ospiti delle terme e già allora era accostato alle funzioni di infermiere; fatto ribadito anche durante il Concilio di Calcedonia del 451. Ronchey si sofferma anche sul carattere dei parabolani, facendo riferimento a Suida (intellettuale bizantino del X secolo) che li descrive come delle vere e proprie bestie, per la rozzezza dei modi e della provenienza sociale, e la scelta di vita monastica che, fuori dalla dimensione della vita cittadina, li avvicinava – secondo l’approccio bizantino del tempo – o a degli dei o alle bestie.

Quanto scritto sin d’ora impone un momento di riflessione che deve superare la citazione fine a se stessa e cercare di utilizzare le informazioni ottenute per uno sguardo d’insieme necessaria. Riesce un po’ difficile riuscire a conciliare la funzioni di veri e propri guerrieri con quelle della vita monastica o comunque con lo status di chierico che era loro riconosciuto, e con le funzioni assistenziali del ruolo di un infermiere, a meno che questi diversi aspetti non rappresentassero caratteristiche interne alla “corporazione” dei parabolani. Provenienti dalle classi sociali più povere riuscivano ad assurgere ad una vita migliore attraverso l’acquisizione dello status di chierico ed in seguito trovare sviluppi interni dedicandosi all’arte delle armi, dell’assistenza, o dell’ascesi religiosa vera e propria. Dove iniziava l’una e finiva l’altra, oppure se erano compresenti in una stessa situazione di vita lavorativa, o ancora se rappresentavano

una sorta di stratificazione interna, questo è difficile da affermare in assenza di ulteriori fonti. Dei parabolani nei fatti si sa ben poco. La loro immagine è legata soprattutto alle vicende alessandrine, ed in particolare all’assassinio di Ipazia, trovando poi collocamento in qualche codice che ne definisce natura e numerosità, ma nulla più. Non ci sono personaggi di rilievo, testimonianze della loro presenza in altri luoghi e la loro esistenza sostanzialmente si esaurisce alle porte dell’invasione araba dell’Egitto. E’ plausibile pensare che possono rappresentare un primo tentativo di strutturare un vero corpo militare a presidio di un dato territorio – e come si è visto – al servizio delle locali strutture di potere, nell’abbinamento ad una presenza diffusa nella società legata alle funzioni di cura lungo una fidelizzazione vera e propria data dalla cultura religiosa che li pervadeva.

Nella sostanza i parabolani possono essere considerati dei remoti “progenitori” di quelli che poi saranno gli Ordini militari religiosi che si svilupperanno a partire dal Basso Medioevo, ed ancor più di quelli legati al mondo della cura, dai più noti Ospitalieri ai Lazariti, ai Cruciferi, presenti in buona parte del bacino del Mediterraneo, e dell’Europa stessa. La figura dei parabolani parla di una storia lontana, riporta alla luce episodi e personaggi di rilievo, ma soprattutto mette in risalto come il mondo delle arti dedite all’assistenza, lentamente nel tempo si strutturano in contesti e ruoli istituzionali, in parte anche codificati

e riconosciuti. Il tempo preso in considerazione è quello relativo al mondo dell’Impero Bizantino, che veicolerà il passaggio dalla civiltà classica a quella moderna attraverso il Medioevo, esaurendo la sua missione, nelle cesure della storia in quei decenni stretti fra la caduta di Costantinopoli (1453) e la scoperta dell’America (1492). I parabolani sotto l’egida del clero del tempo, all’interno dei conventi, anche se della sola città di Alessandria (non si hanno riscontri della loro presenza in altre località), modulano lo sviluppo dell’assistenza infermieristica. In un quadro composito in cui sono compresenti e intercambiabili diverse funzioni e conoscenze. Ad essi si vengono ad affiancare altre figure assistenziali coeve, presenti in molte località dell’Asia Minore: dagli *spoudaioi*, gli zelanti e seri, ai *lecticarii*, i portatori di lettiga,² fino ai *philoponoï*, gli amici di coloro che soffrono^[11], dei laici che facevano voti di castità – o se sposati di continenza – e si dedicavano alla cura dei sofferenti. Non avevano una formazione medica e non potevano somministrare alcun tipo di farmaco anche se provvedevano a garantire riparo, igiene, cibo, vestiario e assistenza ai malati indigenti nelle aree ampie urbane^{[12][13]}.

Alla fine, la narrazione sugli infermieri-guerrieri di Ales-

² Va precisato che l’accezione del termine è diversa dal significato attuale, dato che la lettiga (o portantina) era una sorta di lettino portatile, spesso munito di un rivestimento a baldacchino come copertura. In questo è probabile che si designassero con lo stesso termine anche coloro che portavano gli infermi da un luogo all’altro.

sandria allarga e arricchisce il quadro storiografico dell'infermieristica in cui alla narrazione elegiaca, presente alle volte, si affiancano testimonianze di rilievo che, nel bene e nel male – e in merito all'assassinio di Ipazia si è in questo secondo campo-, tracciano il profilo di una professione che ha la peculiarità di essere di per sé un buon indicatore sociale dello scorrere della storia; quella passata e quella presente.

Bibliografia

- [1] Ronchey S. (2011). *Ipazia. La vera storia*, Rizzoli editore, Milano,
[2] Phillipsborn, A. (1950). *La compagnie d'ambulanciers «parabalani» d'Alexandrie*. *Byzantion*, 20, 185-190.
[3] Donahue, M. P. (1991). *Nursing: storia illustrata della assistenza infermieristica*, Delfino editore.
[4] Nutting, M. A., & Dock, L. L. (1907). *A History of Nurs-*

- ing: The Evolution of Nursing Systems from the Earliest Times to the Foundation of the First English and American Training Schools for Nurses*. 1907 (Vol. 2). GP Putnam's Sons, pag. 129
[5] Eloy NFJ. (1795) *Dizionario storico della Medicina che contiene l'origine*, Tomo VI, Napoli con licenza de' superiori e privilegio, composto in francese, pag. 170
[6] Alföldi, A. (1967). *Studien zur Geschichte der Weltkrise des 3. Jahrhunderts nach Christus*, 5(2), Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1967, pag. 422 e n. 196
[7] Cod. Theod. 16, 2, 42-43; Cod. Just. 1, 3, 17-16. Il testo consultato è una riproposizione nel Codice Giustineo online all'indirizzo: <http://www.thelatinlibrary.com/justinian/codex1.shtml>
[8] Aquilino, B. (1821). *Dizionario etimologico di tutti vocaboli usati nelle scienze: arti e mestieri che traggono origine dal greco*, Napoli, Tipo-

- grafia di Giacomo Pirola; pag. 243.
[9] Curzio Sprengel (1841) *Storia prammatica della Medicina*, Vol. 2, Tipografia della speranza Firenze 1840, pag. 105 – 106;
[10] Mehus L. (1785). *Dell'origine progresso, abusi e riforma della confraternite laicali*. Firenze, Gaetano Cambiagi, stamperia granducale.
[11] Pioreschi, P. (2001). *Byzantine and islamic medicine* (Vol. 4). Horatius press.
[12] Ferngren, G. B. (2016). *Medicine and health care in early Christianity*. JHU Press, 133 e 134
[13] Miller, T. S. (1985). *The birth of the hospital in the Byzantine Empire. The Henry E. Sigerist supplements to the Bulletin of the history of medicine*, (10), 1-288.

Promozione all'educazione del primo soccorso

Insegnare le manovre salvavita ai bambini in età scolare

Yasmine Feddadi, Pasquale Palumbo, Sandro Ortolani

Corso di Laurea in Infermieristica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

L'arresto cardiocircolatorio e l'ostruzione delle vie aeree sono le principali cause di morte. Interventi da parte di persone formate possono salvare 100.000 persone all'anno. In molte scuole dell'Unione Europea l'insegnamento di primo soccorso è diventato disciplina didattica. L'articolo evidenzia l'efficacia e l'utilità della formazione in tale ambito nella scuola primaria.

Introduzione

L'arresto cardiocircolatorio e l'ostruzione delle vie aeree sono le principali cause di morte. È stato dimostrato come nel 70% dei casi vi sia presente un testimone che possa intervenire con le manovre RCP, anche se solo il 15% dei casi il testimone interviene. Se si riuscisse a trasformare la percentuale dal 15% a circa il 60% si potrebbero salvare circa 100.000 persone all'anno. Le aritmie più spesso all'origine della morte cardiaca improvvisa sono la fibrillazione ventricolare e la tachicardia ventricolare in questi casi, l'unico trattamento efficace è costituito dalla defibrillazione elettrica, con probabilità di successo che diminuisce del 10-12% per ogni minuto di ritardo di attuazione di tale provvedimento.

Nelle scuole di molti paesi dell'Unione Europea l'insegnamento del primo soccorso è diventato una disciplina scolastica. In Nuova Zelanda

già dal 1961 sono state introdotte le manovre di primo soccorso nelle scuole ed è stato dimostrato come i bambini di 10-12 anni fossero maggiormente predisposti e motivati nell'apprendere velocemente le manovre di RCP rispetto alla popolazione di età maggiore. Inoltre è stato visto che i bambini di età superiore ai 10 anni possono raggiungere gli standard di compressione toracica adeguata (38-51 mm di profondità). (Jones I. et al., 2007). Uno studio condotto in Pakistan (Shahab N. e al., 2011), ha dimostrato che i giovani di età compresa tra 11 e 15 anni, sottoposti ad un training di BLS, hanno una valenza significativa per quanto riguarda l'impatto sulla salute della comunità. Nello stesso paese ha già avuto ampia diffusione l'integrazione del BLS nei curricula scolastici, basato su un training suddiviso in tre mesi.

In Gran Bretagna è stato introdotto ufficialmente l'insegnamento del RCP a partire da 11 anni, ed è emerso che dopo 5 minuti di manovre di compressione toracica e ventilazione polmonare, gli alunni non presentavano ancora segni evidenti di affaticamento. Uno studio parallelo dimostra invece come bambini tra i 10 e i 12 anni di età detengano ottimi standard di memorizzazione delle manovre RCP e ventilazione pol-

monare, piuttosto che di compressione toracica (Berthelot et al., 2013). Uno studio condotto da Uhm T.H., Oh J.K., Park J.H., Yang S.J. & Kim J.H., (2010), dimostra come l'altezza e il peso del soccorritore influenzino il successo e la qualità della rianimazione: il campione medio dell'esperimento coinvolgeva soggetti di età di 11,6 anni, altezza 151,6 cm e 44,5 kg di peso. Il 50,7% dei coinvolti e presentanti queste caratteristiche, hanno raggiunto i 38 mm di compressione toracica raccomandati dalle linee guida AHA internazionali.

Per concludere, uno studio ha dimostrato come ragazzi di 10-11 anni possono raggiungere buone qualità di compressione toracica adottando un rapporto compressioni/ventilazioni di 15:2, anziché 30:2, garantendo una uguale efficacia della prestazione, ma con minore sforzo fisico (Hill K., Mohan C., Stevenson M. & McCluskey D., 2008).

In Italia, il progetto "primo soccorso a scuola" proposto dal Miur e il Ministero della Sanità permette infatti di portare questa conoscenza all'interno delle scuole primarie incrementando la cultura del primo soccorso, promuovendo maggiore sicurezza ed efficacia delle manovre mostrate e ciò permetterebbe di divulgare la tematica anche in un ambiente domestico, visto che molto spesso viene considerato come un tabù.

Obiettivi dello studio sono stati:

- Sensibilizzare i bambini alle tematiche del primo soccorso in ambito scolastico
- Abbattere i tabù in ambito familiare, su arresto cardiaco, morte improvvisa e rianimazione cardio-polmonare
- Disconfermare le credenze erronee apprese dai bambini tramite film e serie tv riguardanti il primo soccorso
- Estendere il progetto alle scuole della provincia di Ancona, visto che il progetto del Miur, per quanto riguarda la Regione Marche coinvolge solo la provincia di Macerata

Materiali e metodi

Sono state selezionate 4 scuole della provincia di Ancona, per un totale di 8 quinte classi della scuola primaria, dove non sono state imposte limitazioni in merito al genere, provenienza, cultura, status sociale, religione o altre variabili. Il totale del campione scelto era di 176 bambini, di cui 15 erano assenti nel giorno dell'intervento. Dei restanti 161 tutti hanno partecipato all'attività, previo consenso informato firmato dai genitori rilasciato alla scuola. Dei 161 bambini il 57,1 % (92) erano bambine, e il 42,9 % (69) erano bambini. Età media era di 10±1 anni.

Il progetto consisteva nella esecuzione di un corso di circa 2 ore diviso in parte teorica e pratica.

Per la parte teorica sono state utilizzate le diapositive "Kids save lives" dell'IRC scaricabili gratuitamente dal sito.

Per questo studio sono stati utilizzati due questionari sulle informazioni base del pri-



Figura 1 - Opuscolo didattico su Kids save lives

mo soccorso appositamente costruiti per valutare le conoscenze pregresse e quelle acquisite in seguito al trainig. Il questionario pre-corso è composto da 10 item a risposta multipla mentre il questionario post-corso si compone di 13 items, di cui 7 sono uguali al pre-corso. Inoltre è presente nella parte finale una sezione dedicata ai commenti liberi.

Per poter confrontare le risposte delle domande che rimanevano invariate il pre e il

post-corso, è stato attribuito punteggio 1 per le risposte esatte, un punteggio 0 per quelle errate. Successivamente è stato utilizzato il test delle frequenze per dati appaiati con metodo McNemar, tramite il programma Excel di Microsoft.

Questo test statistico è stato utilizzato per andare a valutare se le differenze tra le domande del pre e post-test, all'interno dello stesso gruppo, potessero avere una validità significativa.



Figura 2 - I bambini si esercitano. Foto degli autori



Figura 3 - I partecipanti al corso. Foto degli autori

ha mai affrontato l'argomento del primo soccorso a scuola e in famiglia. Dal post test il 96% dei bambini ha ritenuto utile questo intervento a scuola e il 98% di essi si è sentito di aver appreso cose nuove, esprimendo la volontà (l'89%) di voler affrontare il tema in famiglia, abbattendo i tabù imposti dalla società.

Risultati e discussione

Il grado di apprendimento, quale variabile modificante, è stato valutato per i bambini che hanno partecipato al progetto. Tra le 7 domande in comune tra il pre e il post corso, 5 hanno mostrato un miglioramento statisticamente significativo. In seguito vengono riportati 4 grafici relativi a domande in cui vengono confrontate le percentuali tra pre e post.

Conclusioni

Tutti i bambini delle quinte classi delle varie scuole pri-

marie, che hanno partecipato al corso hanno dimostrato un particolare interesse, vi è stata un'inaspettata collaborazione e partecipazione del personale docente che in numerose occasioni si è messo in gioco provando a sua volta le manovre salvavita sui manichini. L'utilizzo di modalità interattive, ludiche, giochi e un linguaggio commisurato in base all'età, ha permesso di trasmettere le nozioni base del primo soccorso, ma soprattutto ha fatto crescere una notevole curiosità nei bambini.

Dal pre-test è risultato che più del 50% dei bambini non

L'ultima parte del questionario post-corso è riservato ai commenti, dove i bambini hanno espresso tutto il loro divertimento, la soddisfazione ed l'entusiasmo per l'incontro, come ad esempio:

- "Mi sono divertita tanto ad ascoltare la musica mentre facevamo le manovre di soccorso"
- "Mi è piaciuto molto, in particolare, quando abbiamo messo in pratica le manovre di soccorso"
- "Mi sono divertita ed ho imparato tante cose nuove"
- "Mi è piaciuto tantissimo imparare queste cose, anche se spero di non farle mai, ma se capita ora saprei cosa fare"

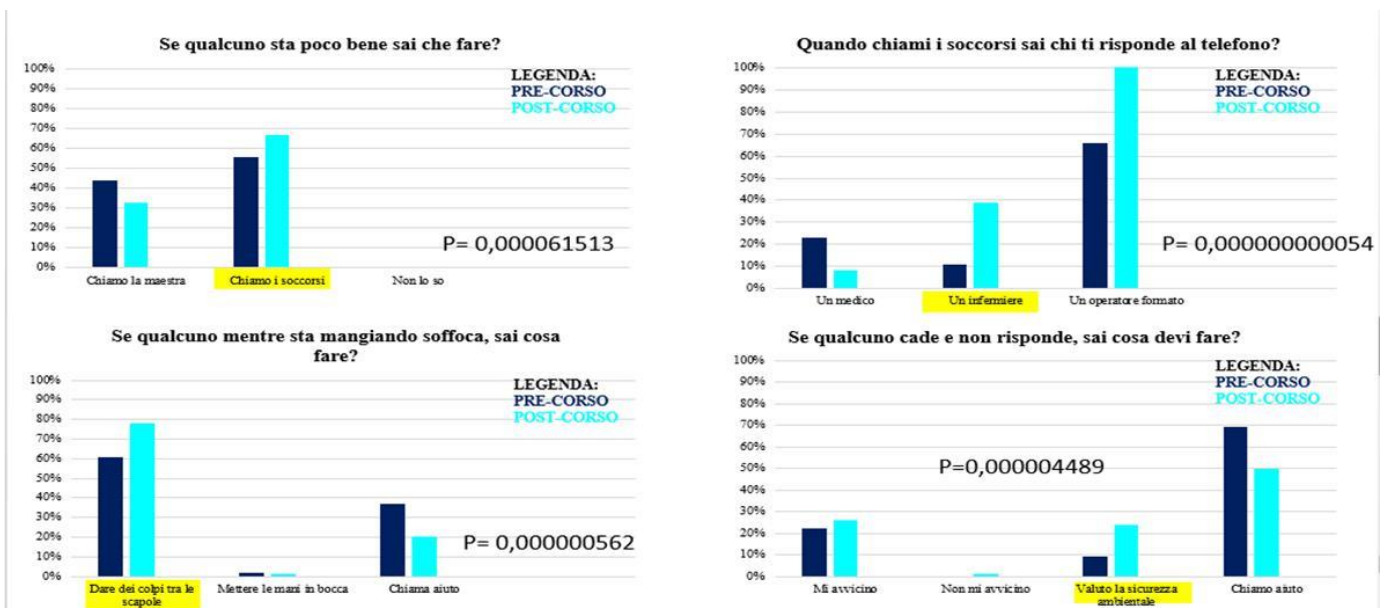


Figura 4 - I grafici dei risultati

- “Sono molto felice di aver fatto questo corso perché è importante che io le sappia fare”
- “È stato davvero molto interessante e pieno di cose nuove che non sapevo. Sarà molto utile per il corso della vita e per continuare ad aiutare le persone nel mondo.”
- “Mi è piaciuto molto e spero di riuscire anche io una volta a salvare la vita a qualcuno”
- “Mi è piaciuto tanto, ed è stata un’esperienza molto bella, la vorrei tanto rifare”

Questi commenti, ci fanno capire quanto i bambini siano risorsa importante per la società, e quanto in realtà sono capaci di poter comprendere queste cose considerate “da grandi”.

Il training della rianimazione nelle scuole può aiutare ad aumentare la quantità di popolazione addestrata al BLS. Le abilità sociali degli alunni possono essere migliorate e la formazione può essere implementata con successo indipendentemente dall'età e dal fisico degli alunni (Bohn, 2015).

Questo progetto “*Primo soccorso a scuola*” promuove, infatti, l’educazione della comunità a partire dalla giovane età, e inserendo l’insegnamento delle manovre di primo soccorso nella scuola primaria, permetterebbe così anche all’Italia un **miglioramento in ambito della formazione sanitaria**, rispetto agli standard dell’Unione Europea.

Bibliografia

1. Berthelot, S., Plourde, M., Bertrand, I., Bourassa, A., Couture, M. M., Berger Pelletier, E., . . . Camden, S. (2013), “Push hard, push fast: Quasi-experimental study on the capacity of elementary schoolchildren to perform cardiopulmonary resuscitation”, *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 21, 41-7241-21-41. doi:10.1186/1757-7241-21-41
2. Bohn, A., Lukas, R. P., Breckwoldt, J., Bottiger, B. W., & Van Aken, H. (2015), “Kids save lives': Why schoolchildren should train in cardiopulmonary resuscitation”, *Current Opinion in Critical Care*, 21(3), 220-225. doi:10.1097/MCC.0000000000000204 [doi]

3. Chiaranda, M. (2012), “Urgenze ed Emergenze”, Padova, Italia: Piccin.
4. Hill K, Mohan C., Stevenson M., McCluskey D., (2009), “Objective assessment of cardiopulmonary resuscitation skills of 10–11-year-old schoolchildren using two different external chest compression to ventilation ratios”, *Resuscitation*, Pages 90-99.
5. Jones I, Whitfield R, Colquhoun M, Chamberlain D, Vetter N, Newcombe R., (2007), “At what age can schoolchildren provide effective chest compressions? An observational study from the Heart-start UK Schools Training Programme”, *BMJ*. ;334:1201. doi: 10.1136/bmj.39167.459028.DE.
6. Shahab N., Rashad S., Syed A. H., Hanniyah B. and Hafsa A. (2011), “School Children Training for Basic Life Support”, *Journal of the College of Physicians and Surgeons*, Vol. 21 (10): 611-615
7. Uhm, TH; Oh, JK; Park, JH; Yang, SJ and Kim, JH., (2010), “Correlation between Physical Features of Elementary School Children and Chest Compression Depth”, *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, Vol. 17, No. 3, 218-223.

Alcuni casi di pregiudizi e stereotipi presenti nella società contemporanea

Alberto Pellegrino
Sociologo

Pregiudizi e stereotipi sono legati al processo di formazione dell'identità personale e sono collegati alla identità sociale che si forma con il processo di socializzazione. Alcuni dei tanti casi presenti nella società contemporanea sono costituiti dai caratteri nazionali attribuiti a individui e gruppi sulla base di scarse imprecise informazioni, senza approfondimenti e razionalizzazioni sulle caratteristiche di un popolo. Ugualmente negativi sono gli atteggiamenti nei confronti delle disabilità fisiche e mentali, della tossicodipendenza e dell'omofobia. Particolarmente gravi sono il razzismo e la xenofobia, fenomeni di odio e di rifiuto che si possono commentare con il Discorso della Montagna (Matteo, 5, 7-10; 7, 1-2/12): "Beati i misericordiosi, perché troveranno misericordia. Beati gli operatori di pace, perché saranno chiamati figli di Dio. Beati i perseguitati a causa della giustizia, perché di essi è il regno dei cieli...Non giudicate, così non sarete giudicati. Infatti con il giudizio con cui giudicate sarete giudicati...Quanto dunque desiderate che gli uomini vi facciano, fatelo anche voi ad essi".

Nel riprendere il discorso su pregiudizi e stereotipi è bene ricordare che essi derivano da speciali processi psicologici, tra i quali ha una particolare importanza il processo di formazione dell'identità, che rappresenta uno dei principali criteri per capire come un individuo pensa e agisce, per-

ché si basa sull'idea che ogni individuo ha di se stesso, l'immagine che ha della sua storia personale e del proprio posto nel mondo, delle proprie capacità e aspettative future. La natura di pregiudizi e stereotipi è pertanto legata ai percorsi che l'individuo compie durante la sua vita, ai processi di funzionamento della mente, alle strutture della personalità e alle motivazioni individuali che guidano le sue azioni.

Pregiudizi e stereotipi, sotto il profilo sociologico, sono collegati a un'identità sociale che si forma nel corso del processo di socializzazione, durante il quale ogni individuo si confronta con altri soggetti e imparare a valutare se stesso in relazione con singole persone o con altri individui raggruppati in categorie sociali. Dalla conoscenza del mondo sociale ogni individuo ricava una serie di informazioni sugli altri e su se stesso, costruendo gran parte dell'immagine di sé attraverso l'immagine del gruppo di appartenenza e attraverso la percezione che ha degli altri gruppi, fino a comprendere come sia composta l'intera società. Man mano che si forma la propria identità personale e l'appartenenza a una società, nasce l'autostima che l'individuo ha di sé, ma quando si ha un eccesso di autostima, si finisce per attribuire i successi solo alle proprie qualità personali e gli insuccessi a cause esterne e non a

propri demeriti. In questi casi l'individuo è portato a frequentare soprattutto le persone dalle quali può avere una conferma delle proprie idee e della propria immagine, a stabilire un confronto con le persone dalle quali ottiene un giudizio positivo, a rifiutare un confronto con persone che hanno idee diverse e una diversa cultura.



Figura 1

I caratteri nazionali

Esistono determinati stereotipi e pregiudizi che si basano sulla rilevanza data ai caratteri nazionali di gruppi che presentano una sufficiente omogeneità sotto il profilo delle attitudini e dei valori, dei modelli culturali e di comportamento, per cui si attribuiscono a una nazione dei caratteri specifici che nascono da un comune patrimonio culturale e da determinati tratti psicologici. Si tratta di caratteri fondati su sommarie descrizioni delle singole nazionalità, sulla base di credenze e di caratteristiche particolari estese a un'intera nazione che possono condurre a valutazioni semplificate,

a volte rozze nei confronti di appartenenti a un'altra nazione.

Pregiudizi e stereotipi basati su caratteristiche considerate tipiche di un gruppo nazionale possono servire per orientare in un primo momento i propri comportamenti in mancanza di informazioni più precise. Esiste però un confine tra uno stereotipo utile come strumento di previsione e controllo della realtà e uno stereotipo che rappresenta una distorsione della realtà stessa e un ostacolo all'interazione. In questo caso si verifica un processo di generalizzazione che porta a estendere in modo omogeneo e arbitrario a ogni membro del gruppo con il quale s'interagisce le caratteristiche proprie di un intero popolo, ritenendo che queste caratteristiche costituiscano un insieme coerente, organico e immutabile nel tempo. Esiste la possibilità che un individuo possieda alcuni tratti tipici che contribuiscono a formare il cosiddetto "carattere nazionale", ma non è corretto trasferire automaticamente questi tratti a tutti gli individui di una comunità, soprattutto quando si arriva a conoscere in modo più approfondito una persona e le sue caratteristiche individuali.

La relativa omogeneità dei caratteri nazionali (sia quella sedimentata negli stereotipi, sia quella che ha una base di verità) è determinata dai processi di socializzazione derivanti dalla famiglia, dalla scuola, dai mass media che producono e riproducono la cultura a cui l'individuo appartiene. Dal rapporto con caratteri nazionali diversi

possono nascere delle contrapposizioni con altre culture e una diversa visione della vita (ragione contro sentimento, individualismo contro senso della collettività, fantasia contro concretezza, razionalismo contro empirismo); possono nascere stereotipi e pregiudizi in grado di creare difficoltà nei rapporti tra appartenenti a gruppi nazionali diversi. A causa di queste contrapposizioni gli individui potrebbero essere meno disponibili a un confronto costruttivo e all'interazione, oppure mostrare una ostilità di fondo che non predispone al superamento delle divergenze culturali attraverso quel dialogo e quella collaborazione che faciliterebbero la civile convivenza.



Figura 2

L'emarginazione sociale

Esistono pregiudizi e stereotipi con un forte impatto sociale, perché hanno la capacità di condizionare le valutazioni e i comportamenti nei confronti di altre persone, dalle quali ci aspettiamo determinati comportamenti e, quando questi non si verificano, ha luogo una svalutazione o un'ostilità, una formulazione di giudizi negativi

verso determinate persone. Si pensi al peso sociale che hanno gli atteggiamenti nei confronti della **disabilità fisica**, che per secoli è stata oggetto di una manifesta ostilità fino a tradursi in forme di reclusione e di occultamento dei portatori di handicap. Alcuni stereotipi hanno contribuito a considerare i disabili fisici una categoria a sé, formata da soggetti poco abili e psicologicamente fragili, troppo emotivi e sostanzialmente inaffidabili, volubili e irascibili, per cui nell'interazione si tende a mostrare verso di loro un imbarazzo o una diffidenza che derivano dal non sapere come comportarsi, ma anche dal disagio che provoca la loro presenza. Nella società contemporanea la disabilità fisica è stata formalmente accettata ed è stato riconosciuto ai disabili fisici lo status sociale di categoria protetta che presenta dei vantaggi sul piano dell'assistenza e dell'occupazione. Si sono inoltre introdotte delle norme che hanno lo scopo di favorire l'integrazione scolastica, abolire le barriere architettoniche, ostacolare la discriminazione anche se sopravvivono gli stereotipi riguardanti l'inadeguatezza e lo stato di dipendenza dei disabili.

La **disabilità mentale** si presenta in modo più complesso, perché la malattia mentale, oltre a non corrispondere agli standard di efficienza consolidati nella società, ha sempre rappresentato un fenomeno misterioso e inquietante. Attraverso i secoli intorno alla figura del "folle" si è agglomerato un senso di repulsione e di condanna, a volte ac-

compagnato da una reverenza magico-sacrale, come se il malato fosse in contatto con dimensioni e forze soprannaturali. Questo spiega come in certi periodi storici i pazzi siano stati perseguitati anche con la violenza e solo a partire dall'Ottocento si sia introdotto il principio che essi devono essere considerati dei malati bisognosi di cure e non degli elementi socialmente pericolosi da mettere nella condizione di non nuocere. Nonostante i progressi fatti, il pazzo è rimasto un particolare tipo di disabile, perché la sua malattia si riferisce agli aspetti più nascosti della nostra personalità, evocando la potenza dell'irrazionalità e il possibile prevalere degli istinti sui comportamenti regolati dalle norme sociali, per cui permane lo stereotipo della pericolosità del malato di mente indipendentemente dai danni reali che egli potrebbe arrecare. Continua a permanere l'idea di un'incontrollabilità e imprevedibilità di comportamenti capaci di mettere in crisi le regole della convivenza a causa di individui che per alcuni possono rappresentare un modo di vivere irrazionale, fastidioso o addirittura pericoloso.

Un fenomeno sociale che ha una grave incidenza negativa è rappresentato dalla **tossicodipendenza** per i danni psicofisici che procura nei soggetti consumatori, per i danni sociali derivanti dal commercio e dallo spaccio delle sostanze stupefacenti che sono quasi sempre sotto il controllo dalla criminalità organizzata, per la presenza sul territorio della piccola criminalità e

della prostituzione, per il manifestarsi di forme di violenza familiare e individuale. Questo fenomeno d'indubbia gravità porta spesso a considerare il tossicodipendente un soggetto portatore di una personalità fragile e psicologicamente immatura, con gravi deficienze sul piano della volontà individuale e del patrimonio di valori, quindi un soggetto a elevata pericolosità sociale. Queste valutazioni negative a volte fanno passare in secondo piano le molteplici cause sociali, psicologiche, economiche e ambientali che determinano la tossicodipendenza; fanno trascurare i particolari percorsi di vita che hanno indotto un individuo a cadere nella tossicodipendenza; non riconoscono come valide ed efficaci le strutture e le terapie di recupero.

sualità, della bisessualità e della transessualità, che può essere equiparata al razzismo e alla xenofobia e che implica un insieme di sentimenti e comportamenti avversi alle persone omosessuali. Il termine può essere utilizzato in tre diverse accezioni.

L'*accezione pregiudiziale* considera come omofobia tutte quelle convinzioni che reputano l'omosessualità una patologia invalidante, una condizione socialmente e moralmente pericolosa, per cui si ritiene giusto negare il riconoscimento sociale e giuridico alle persone omosessuali. L'*accezione discriminatoria* classifica come comportamento omofobo la negazione dei diritti e della dignità delle persone omosessuali, ritenendo giuste forme di discriminazione sul posto di la-

Il pregiudizio è basato sui normali ragionamenti che facciamo per capire la realtà sociale

Il **pregiudizio** è un'opinione che formuliamo precedentemente senza avere nessuna prova o supporto e può essere positivo, ma in genere è negativo. E' una opinione positiva-negativa su gruppi o oggetti, non documentata.

Allport dice del pregiudizio: "*pensar male degli altri senza una ragione sufficiente*".

La definizione contiene i due elementi essenziali; **il riferirsi**

ad un giudizio infondato ed il valore negativo.

Figura 3

L'omofobia

Si tratta di uno stereotipo basato sulla paura e su una forma di avversione irrazionale nei confronti dell'omoses-

voro, nelle istituzioni, nella attività culturali e artistiche, per arrivare fino a forme di repulsione psicologica.

L'*accezione psicopatologica* considera l'avversione verso gli omosessuali non è solo il frut-

to di un pregiudizio negativo, ma è una fobia, cioè una irrazionale e persistente paura e una repugnanza capaci di compromettere il funzionamento psicologico di una persona, spingendola a compiere anche atti di violenza anche fisica.

L'omofobia può essere legata a una ideologia politica, a una determinata formazione culturale, a una condanna di tipo religioso, a uno squilibrio psicologico a livello personale che porta a giustificare atti di violenza o di discriminazione contro persone a causa di una reale o presunta omosessualità. Si è riscontrato che tendono all'omofobia persone autoritarie o insicure che si sentono minacciate da un "diverso da sé", oppure sono in lotta con una forte omosessualità latente e repressa. Si è inoltre rilevato che l'omofobia è spesso legata a idee religiose fondamentaliste, a un'assenza di contatti personali con gay e lesbiche, a sensi di colpa provati nei confronti del sesso, ad atteggiamenti tradizionalisti rispetto ai ruoli di genere, al timore di essere considerati degli omosessuali.

Il razzismo

Pregiudizi e stereotipi costituiscono una componente importante del razzismo, quando sono indirizzati contro le minoranze etniche attraverso un intreccio di processi socio-strutturali, culturali e psicologici, che possono derivare da un'errata percezione del diverso, dall'ignorare o sottovalutare secoli di oppressione, discriminazione

COME RIDURRE I PREGIUDIZI:

- **creare dei contatti** tra persone a diversi livelli sociali, farle interagire, in modo da far loro vedere negli altri degli aspetti positivi.
- Il pregiudizio si elimina se le classi sociali sono più o meno equivalenti, altrimenti i pregiudizi rimangono.
- Se le classi sociali sono differenti è molto difficile che i pregiudizi scompaiano.
- Dipende molto dalla famiglia che uno ha alle spalle.

Figura 4

e sfruttamento. Bisogna tenere presente che in diverse culture permane un forte senso di superiorità verso altre culture ritenute arretrate e lontane da un apprezzabile livello di civiltà con il persistere di un'ostilità verso i diversi che si manifesta nelle forme della vita quotidiana, nel sistema dei rapporti sociali, nell'accanita difesa della cultura di appartenenza.

Dopo la seconda guerra mondiale si è assistito a una certa riduzione dei pregiudizi e stereotipi basati sull'avversione nei confronti alle minoranze etniche, anche se forme di ostilità di tipo razzista continuano a sopravvivere in modo più sotterraneo, oppure in modo aperto e consapevole, provocando situazioni di emarginazione nei confronti di gruppi etnici minoritari. Il razzismo, sulla base di una manipolazione scientifica e culturale, si basa sulla esaltazione delle differenze biologiche come il colore della pelle, la forma e l'odore del corpo, i modi di atteggiarsi e di abbigliarsi, sulla convinzione che i soggetti in questione appartengano a razze inferiori.

Il razzismo, nelle sue forme più mascherate, si basa sulla necessità di difendere la propria identità, la propria cultura e i propri beni, sulla tendenza a dividere la società in "noi" e "loro", in buoni e cattivi, in amici e nemici. In questi casi siamo di fronte a una forma di *autoinganno*, nel senso che bisogna "ingannare" se stessi per credere alla propria superiorità razziale e culturale, per assimilare idee razziste attraverso la formazione ricevuta in famiglia, il gruppo dei pari, la cultura della comunità d'appartenenza, l'influsso dei mass media.

Nella società postindustriale e globalizzata il razzismo si presenta come un'ideologia che va assumendo forme nuove come il **razzismo di allarme** che deriva dalla sensazione di pericolo provocata da comportamenti irregolari o illegali attribuiti alle minoranze (forme di violenza, fenomeni di criminalità, attività illegali, prostituzione, spaccio di droga). Si tratta di una distorsione della percezione e di una sopravvalutazione del peso che hanno le minoranze, a cui si attribuiscono comportamenti negativi o criminali, provocando

delle paure che sono sistematicamente sfruttate dalla propaganda politica e alimentate dai mass media per accrescere l'audience, trasmettendo informazioni che incidono negativamente sulla formazione dell'opinione pubblica.

Esiste un **razzismo concorrenziale**, che nasce dalla volontà di difendere in modo simbolico o reale il proprio "territorio", dalla paura di perdere il posto di lavoro, dalla mancata assegnazione di alloggi popolari, dalla convinzione di una limitazione dei servizi sociali, dalla preoccupazione che si formino dei "ghetti" urbani segnati dal degrado sociale. Vi è poi un **razzismo culturale**, che nasce dalla volontà di difendere il proprio sistema di vita e la propria cultura, dalla denigrazione o dal rifiuto dei valori e della cultura degli altri ad esso si collega il **razzismo eversivo**, che si manifesta attraverso un sentimento di ostilità verso i diversi, per cui si cerca di evitare ogni contatto con le minoranze, di limitare i momenti d'interazione, oppure si chiede di adottare dei provvedimenti capaci di mantenere le distanze e ridurre ogni forma di coinvolgimento fino ad arrivare a forme di *segregazione*, oppure a strategie di *allontanamento*. Si ha infine il **razzismo differenzialista**, che si basa sulla convinzione di una sostanziale inconciliabilità tra culture differenti, per cui si ritiene necessario salvaguardare la diversità con una netta chiusura sociale e politica nei confronti delle minoranze, perché la diversità culturale non è considerata un fattore di arricchimento,

ma un'insormontabile barriera resa necessaria quando si pensa che le minoranze possano essere un "nemico in mezzo a noi".



Il problema
non è
il razzismo
in sé,
il problema è
il razzismo
in me.

Figura 5

La xenofobia

Con questo termine s'indica la paura dello straniero, che nasce da radicati pregiudizi e stereotipi e si manifesta attraverso comportamenti e atteggiamenti di rifiuto nei suoi confronti. La xenofobia, che si basa su un'idea di superiorità nazionale e che vede nello straniero una minaccia, è un rapporto negativo fra due entità sociali indefinite, perché non si prende di mira un avversario definito da particolari caratteristiche culturali o politiche, ma come appartenente a un altro tipo di società. La xenofobia nasce e si diffonde quando lo straniero è in qualche modo interno al proprio mondo, quando crea la sensazione di essere un invasore, provocando la convinzione che bisogna allontanare, discriminare, emarginare lo straniero, oppure muovergli guerra fino a sterminarlo.

Lo straniero è qualcuno che manifesta con il suo aspetto fisico, i tratti culturali, i modi e il linguaggio la provenienza da un altro luogo e la non ap-

partenenza all'identità culturale e politica del territorio in cui si trova, che può essere visto come un individuo "inferiore", perché manca di "civilizzazione". Al contrario, gli *autoctoni* sono coloro nati e radicati nel territorio dove vivono e da questa collocazione spaziale, vissuta come immutabile nel tempo, dalla loro condizione di cittadini di uno Stato-nazione essi traggono il sentimento della propria superiorità nei confronti dello straniero.

La xenofobia può essere causata dal timore di una discesa sociale, da ansie di status, dalla sfiducia nella capacità di resistenza e affermazione della propria identità culturale da parte degli *autoctoni*, dal percepire gli stranieri come una minaccia alla propria ascesa sociale, dalle condizioni di sicurezza o di insicurezza presenti nella società. La paura dello straniero raramente si presenta allo stato puro, ma può essere accompagnata dal sentimento opposto dell'interesse per lo straniero: questi due sentimenti convivono, si mescolano secondo proporzioni variabili e raramente accade che l'uno prevalga sull'altro, per cui l'incontro fra stranieri e *autoctoni* è dominato da una sostanziale ambivalenza, per cui lo straniero può essere nello stesso tempo ammirato e disprezzato, accolto e respinto, ricercato ed evitato. Si genera in ogni caso una forte reazione emotiva che, in senso positivo, si manifesta come desiderio di conoscenza, di contatto, di accoglienza; in senso negativo, si traduce in disgusto, rifiuto, desiderio di distruzione nei con-

fronti del “diverso”, cioè diventa xenofobia.

Per nutrire la propria cultura e per alimentarne lo sviluppo sarebbe invece utile un contatto con culture diverse basato sulla curiosità intellettuale e sul desiderio di confronto. Per fare questo è necessario avere la consapevolezza che non esiste un'identità culturale coesa e perfetta, omogenea e armonica, perché le culture sono costruzioni eterogenee e mutevoli, sottoposte a continui processi di contaminazione da parte di altre culture. In questa ottica lo straniero non deve essere visto come qualcuno che irrompe dal di fuori per invadere il tuo territorio, ma una persona che va accolta, perché la sua presenza può essere importante per la vita culturale e per lo sviluppo di qualsiasi società.

La sociologia ha rilevato che i rapporti sociali tra lo straniero e i membri della società di accoglienza sono caratterizzati in primo luogo dall'*ambivalenza*: la società emargina lo straniero ma nello stesso tempo ne ha bisogno per alimentare la propria economia, per assolvere quei compiti che gli autoctoni rifiutano o non possono svolgere, occupando posti che altrimenti sarebbero liberi. Per eliminare o ridurre l'ambivalenza e il possibile insorgere della xenofobia è rafforzare i rapporti di comunicazione interculturale, tenendo conto che per lo straniero è sicuramente difficile integrarsi con le tradizioni culturali e le istituzioni della comunità nella quale è entrato a far parte, perché il suo primo obiettivo ottenere quel lavoro e raggiungere quel benessere che in patria gli sarebbero preclusi.

Se non ottiene la cittadinanza, egli gode di una modesta quantità di potere e può esercitare una limitata influenza sui processi di cambiamento culturale, perché il contatto tra due culture diverse produce abbastanza lentamente delle significative modificazioni sociali. Bisogna anche ricordare che i processi di comunicazione interculturale e l'apertura verso lo straniero possono interrompersi e provocare il diffondersi della xenofobia, quando si verificano grandi cambiamenti sociali ed economici, forti flussi migratori, crisi economiche che causano disoccupazione, quando il potere politico gioca per rafforzarsi la carta del nazionalismo, dell'integrità etnica, dell'insicurezza e della paura.



Vita della Facoltà

Un'alleanza per il cambiamento: infermiere, istituzioni e cittadino

Simone Di Filippo, Debora Miscio, Uladzislau Pivavar, Silvia Cecconi, Gilda Pelusi, Sandro Ortolani, Maurizio Mercuri

Studenti e Docenti di Corsi di Infermieristica di diversi Poli

Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

Il Convegno, svolto il 20 maggio 2019, ha rappresentato un confronto tra Infermieri, Istituzioni e Cittadino. Si riportano la presentazione dell'evento e gli interventi di Simone Di Filippo e Debora Miscio, Uladzislau Pivavar, Silvia Cecconi.

Il 10 maggio 2019, due giorni prima della festa Internazionale dell'Infermiere che questo anno cadeva di domenica, nell'ampio salone congressuale della Mole Vanvitelliana, si è tenuta una bella attività di confronto intellettuale sul valore della professione infermieristica. L'Infermiere è da sempre un alleato delle istituzioni, quando si orientano alla salute del cittadino, persona che assistono in maniera incondizionata e spesso tra mille difficoltà.

L'attività congressuale è stata voluta dall'OPI Ancona, con il coinvolgimento ideativo e progettuale dei dirigenti infermieristici della AV2, dell'INRCA, dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona e dei Direttori ADP del Corso di Laurea in Infermieristica della sede di Ancona e dei Corsi di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche. Dopo l'introduzione del Presidente dell'OPI Giuseppino Conti si sono svolte le relazioni del Dott. Giancarlo Cicolini, tesoriere della FNOPI, che ha evidenziato il valore della formazione universitaria e la necessità di rivedere

programmi dei corsi di laurea li dove non siano in linea con

le esigenze del territorio; la relazione della Dott.ssa Vianella Agostinelli, Direttore delle professioni sanitarie AUSL Modena, sulle linee evolutive della professione nella provincia di Modena, molta apprezzata dalla platea. Di seguito la relazione della Dott.ssa L. Vallicelli, responsabile infermieristica del Dipartimento Cure primarie Distretto di Forlì, che ha illustrato l'organizzazione e l'operatività del lavoro infermieristico distrettuale.



Figura 1 Locandina dell'evento

Hanno terminato la prima parte dei lavori congressuali, moderati dalla Dott.ssa Gilda Pelusi, gli studenti di cui leggerete tra poco gli interventi. Nella seconda parte della mattinata vi è stata una tavo-

la rotonda moderata da Domenico Antonelli, infermiere e Direttore di Distretto 3 ASL BT, Regione Puglia.



Figura 2
La tavola rotonda della seconda parte della mattinata

Sono intervenuti E. Capogrossi, Assessore ai Servizi Sociali del Comune di Ancona; L. Di Furi, Direttore ARS Regione Marche; M. Mancini, Segretaria regionale Cittadinanza Attiva, A. Marini, Direttore ASUR Marche, G. Genga, Direttore INRCA, M. Caporossi, Direttore AOUP Ospedali Riuniti di Ancona, G. Cicolini, Tesoriere FNOPI, F. Borromei, Presidente OMCEO Ancona e A. Benedetti, Presidente Interpoli Corso di Laurea in Infermieristica, in sostituzione del Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Ancona impegnato in altra sede. Maurizio Mercuri, Sandro Ortolani, Gilda Pelusi

Le aspettative degli studenti della triennale

Interventi di Simone Di Filippo e Debora Miscio
*Studenti del Corso di Laurea in Infermieristica
Facoltà di Medicina e Chirurgia,
Università Politecnica
delle Marche*

Buongiorno a tutti.

Prima di tutto vorremmo dire che siamo onorati di essere qui quest'oggi a nome degli studenti del corso di laurea triennale e siamo felici di avere questo mandato, cioè che ci venga chiesto quali siano le nostre aspettative per il futuro.

Pensiamo di poter dire che ci aspettiamo non tanto di più e non tanto di meno di quello che si aspettano gli studenti di altre facoltà e di altri atenei: investire al massimo le conoscenze e competenze acquisite e giungere a metterle in atto nel mondo del lavoro, essere riconosciuti e valorizzati come professionisti, poter continuare il percorso formativo, avere la possibilità di contribuire alla ricerca a beneficio della disciplina e della società. Lavorare e lavorare bene, essere riconosciuti, proseguire nel percorso formativo, fare ricerca. Come queste aspettative, che ci sembrano condivise e condivisibili, si declinano per noi?

Prima di tutto, quello che ci aspettiamo è trovare un posto di lavoro per esercitare la nostra professione. Ci sarà chi fra noi lo cercherà nel pubblico, chi nel privato, chi in un ospedale, chi nel territorio ma tutti noi vorremmo lavorare come infermieri. Ci aspettiamo quindi che le aziende sanitarie facciano a gara per accaparrarsi quelli

che tra noi mostreranno essere più meritevoli, più preparati e più competenti.

Ci aspettiamo che le strutture sanitarie aumentino i posti di lavoro per gli infermieri ma non ci aspettiamo solo questo. Non vorremmo soltanto trovare un posto di lavoro come infermieri quasi come fosse una corsa ad una poltrona da accaparrarci per poi starcene seduti a vita, no. Vorremmo molto di più. Vorremmo un posto di lavoro che ci permetta di mettere in campo il pieno delle nostre conoscenze, competenze e della nostra professionalità. Vogliamo offrire un'assistenza personalizzata e di alto livello. Cosa ci aspettiamo dalle aziende sanitarie? Che sappiano prendere in mano le nostre aspirazioni e farne le loro potenzialità. Tanto quanto un giovane in genere si aspetta da un adulto. Auspichiamo di trovare strumenti tecnologici e informatici che snelliscano i tempi e rendano più efficaci e sicure le operazioni. Ci aspettiamo che il timing dei vari interventi infermieristici venga finalmente rispettato e che le risorse umane siano proporzionali al numero di pazienti e ai tempi che l'assistenza richiede.

Noi siamo giovani, vogliamo guardare avanti, andare avanti. Noi ci rivolgiamo a voi perché oggi siete voi a tenere le redini delle nostre istituzioni e delle nostre aziende. Vi chiediamo di venirci incontro, di provare a camminare con noi, con le nostre aspettative e i nostri desideri. Tra l'altro se non ci verrete incontro, se non sarete disposti a camminare con noi, ci saranno alcuni di noi che

continueranno a spostarsi, ad andare all'estero e questo, se permettete, forse è un po' triste per un Paese.

Vorremmo fare ancora delle richieste e ci rivolgiamo quindi alle istituzioni, alle figure professionali con cui collaboreremo, agli infermieri, ai nostri colleghi studenti e ai cittadini chiedendo che la professione infermieristica sia riconosciuta e valorizzata. Alle istituzioni politiche e sanitarie chiediamo che le nostre competenze e prestazioni siano misurate e premiate secondo il merito, chiediamo il riconoscimento economico di chi lavora bene in un sistema che non tiri a ribasso e che non incentivi chi all'interno di una struttura lavora meno bene e meno.

Ai professionisti con cui collaboreremo chiediamo di riconoscerci come loro pari, cioè figure autonome, indipendenti, formate e competenti laddove noi dimostriamo di essere tali. Chiediamo la buona volontà di voler collaborare per il bene delle persone che cureremo insieme.

Agli infermieri chiediamo di studiare, informarsi, fare ricerca, lavorare secondo standard elevati e offrire quella assistenza di elevata qualità di cui sono capaci, interagendo al meglio con tutti gli altri professionisti.

Al mondo accademico e all'istituzione universitaria vorremmo chiedere di lasciarci più spazio. Pensiamo che i nostri colleghi studenti capiscano bene quando parliamo di sovrapposizione dei programmi didattici, quando parliamo di sentirsi a volte quasi schiacciati dalla so-

vrapposizione di tirocini, esami, laboratori, lezioni. Tutte queste singolarmente son cose buone ma non vogliamo dimenticare lo spirito dell'Università che è anche quello di coltivare personalità critica, spessore culturale e, perché no, sviluppare spunti personali, *abstract* e visitare i reparti anche al di fuori dell'esperienza istituzionalizzata del tirocinio.

Chiediamo che l'università sia il luogo della cultura e della ricerca così come da studenti anche da professionisti. Anche noi vogliamo contribuire alla ricerca scientifica e alla implementazione e crescita del sapere all'interno e all'esterno dell'Università. Vogliamo che la nostra Università ci offra posti per i dottorati di ricerca per dare spessore e autorità ai nostri lavori scientifici. Ci aspettiamo che anche la Politecnica delle Marche metta presto al bando per gli infermieri posti da ricercatore e da docente all'interno del proprio corpus di insegnanti. Alcuni di noi un domani avranno la gioia di insegnare alle generazioni future di professionisti ma ci sembra anche giusto che la nostra opera venga equiparata a quella di molti altri docenti che, accanto alla soddisfazione di insegnare, ricevono anche riconoscimento sociale ed economico per quello che fanno.

Concludiamo con l'intervento di Uladzislau Pivavar.

Davanti a tutti voi affermo che io, studente, voglio impegnarmi ad assumere e a dimostrare sempre più un comportamento maturo, di studio e di ricerca, di attenzione e di rispetto nei con-

fronti delle strutture che frequento e di tutti coloro da cui ricevo un insegnamento. Voglio fare per primo, ciò che a tutti chiedo: rispettare ciò che sono e chi mi sta accanto, rispettare ogni professionista e lavorare per costruire la persona e l'infermiere che voglio diventare.

Ai cittadini e ad ogni persona chiediamo di prendere sempre più consapevolezza che la salute è un bene prezioso affidato ad ogni essere umano. A tutti chiediamo: prendete in mano la vostra salute e pretendete accanto a voi persone competenti e ben formate che vi aiutino a promuoverla, tutelarla, recuperarla, difenderla. Grazie.



Figura 3
Debora Miscio
e Simone Di Filippo

Le aspettative dei Giovani Laureati

Uladzislau Pivavar
Studente del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche
Facoltà di Medicina e Chirurgia,
Università Politecnica delle Marche

Il 12 maggio è sempre un giorno di festa per ogni infermiere. In tale data infatti corre la ricorrenza della Giornata Internazionale dell'Infermiere. La data coincide, non a caso, con la nascita di Florence Nightingale, fondatrice dell'Assistenza Infermieristica Moderna, grande statistica ed epidemiologa (fu la prima ad applicare la statistica ed il metodo scientifico all'assistenza) nonché fondatrice della prima scuola per infermiere. In tale occasione, numerosi sono stati gli eventi in tutta Italia per ricordare tale giornata. E certamente non poteva mancare all'appello Ancona, dove è stato organizzato un Convegno dal titolo "Un'alleanza per il cambiamento: Infermiere, Istituzione e Cittadino" presso la Mole Vanvitelliana. A tale evento hanno partecipato anche gli studenti dell'Università Politecnica delle Marche, che hanno illustrato quali sono le aspettative dei giovani laureati infermieri. L'aspettativa del giovane laureato è quella di lavorare nel contesto in cui si è maggiormente formato, in cui ha più competenze, in cui riesce a fornire una migliore assistenza all'assistito ed in cui riesce a raggiungere migliori *outcome*.

Un momento cruciale per raggiungere quest'obiettivo è il momento dell'assegnazio-

ne, che, per quel che riguarda il sistema di assunzioni degli ospedali pubblici ed in particolare il mondo infermieristico è un fenomeno complesso. A tal proposito, al Convegno di cui sopra, è stato presentato un Progetto del Corso di Laurea Magistrale dal titolo *Strategie gestionali del percorso del neoassunto: ricerca qualitativa "dalla graduatoria all'unità operativa"*, che ha indagato le strategie con cui i Dirigenti delle Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche assegnano gli infermieri nelle Aziende Ospedaliere pubbliche della Regione Marche, soprattutto alla luce delle criticità che emergono dalle lunghe graduatorie dei Mega Concorsi, che al giorno d'oggi sono oramai all'ordine del giorno. Il momento dell'assegnazione è infatti un momento cruciale per creare un sistema di alta qualità assistenziale e di adeguatezza nella gestione delle risorse, col fine ultimo di garantire all'utenza il miglior servizio sanitario possibile.

L'aspettativa del giovane laureato è anche quella di crescere, di intraprendere percorsi formativi sempre più complessi, di acquisire competenze sempre più avanzate. L'aspettativa è quella di diventare Laureato in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche. E di qui l'aspirazione ai tre sbocchi ai quali abilità tale laurea: Dirigenza, Didattica e Ricerca. L'infermiere Laureato Magistrale ambisce ad incarichi Dirigenziali e Organizzativi; anche se è vero che un infermiere con competenze avanzate offre nella prassi clinica una migliore assistenza, egli ambisce a ricoprire ruoli più importanti e valo-

rizzati come può essere quello di case manager o di una Posizione Organizzativa.

Nightingale *"I attribute my*



Figura 4 Una nota immagine di Florence Nightingale presso l'Ospedale di Scutari

L'infermiere Laureato Magistrale vuole formare i futuri professionisti infermieri e lo vuole fare tramite lo strumento delle Docenze Accademiche. Ma non solo. L'infermiere Laureato Magistrale ha tutti gli strumenti in regola per fare Ricerca. Ecco, un'aspettativa del neolaureato Magistrale, è sicuramente quella di avere la possibilità almeno di provare ad accedere ad un Dottorato. E' da notare tuttavia, che nella Regione Marche non vi siano ancora attivi Dottorati specifici per la professione Infermieristica. Diceva la cara Florence

success to this — I never gave or took any excuse."

E noi giovani laureati non abbiamo né cerchiamo scuse. Per raggiungere le nostre aspettative dobbiamo rimboccarci le maniche e non cercare scuse; Gli utenti hanno un bisogno espresso ed inespresso, di un'assistenza infermieristica moderna, basata su competenze avanzate, e che possa garantire un adeguata rete sanitaria regionale. Ma la nostra aspettativa è anche quella di avere un pieno appoggio delle Istituzioni, delle Università e delle Aziende Ospedaliere.

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità: una nuova figura a supporto del Servizio Sanitario Regionale

Silvia Cecconi

Master per Infermieristica di Famiglia e di Comunità
Facoltà di Medicina e Chirurgia,
Università Politecnica delle Marche

Il contesto in cui opera l'Infermiere di Famiglia e di Comunità è prevalentemente il territorio, un contesto ancora giovane, molto nebuloso, con poche evidenze scientifiche e pochi percorsi a guidare la pratica dei professionisti, opera per la maggior parte a domicilio del paziente, come i colleghi delle cure domiciliari, gli "infermieri ADI" per intenderci, con i quali però non può essere assimilato; chi è quindi l'Infermiere di Famiglia e di Comunità? È il professionista infermiere che opera in collaborazione con il Medico di Medicina Generale per la gestione a domicilio delle cronicità, anche se ancora si sente parlare ancora troppo poco di questo professionista ed a volte se ne parla in maniera un po' imprecisa, anche tra gli stessi professionisti della salute.

Abbiamo detto che l'Infermiere di Famiglia e di Comunità opera nel territorio, parliamo quindi del contesto delle cure primarie. Di assistenza sanitaria primaria, oggi cure primarie, si è parlato per la prima volta nel 1978 ad Alma Ata, una cittadina del Kazakistan in cui l'OMS e l'UNICEF organizzarono una conferenza con lo scopo di indicare le azioni da attuare per raggiungere l'obiettivo di

una salute per tutti entro l'anno 2000.



Figura 5 L'immagine simpatica di un infermiere di famiglia e di comunità

Durante questa conferenza, l'OMS volle promuovere la salute come un diritto umano fondamentale e mise in evidenza l'importanza che l'assistenza primaria riveste nel raggiungimento dell'obiettivo di una salute sempre crescente per tutta la popolazione, in quest'ottica definì alcuni elementi la cui presenza nei sistemi sanitari dei vari stati fu ritenuta fondamentale come: estensività ed equità di accesso alle cure, prossimità delle cure ai luoghi di vita dei cittadini, l'importanza di un'integrazione tra sanitario e sociale, la necessità di valorizzare il capitale umano e sociale a disposizione di ogni individuo e l'importanza della partecipazione della comunità e dei cittadini alla programmazione dei servizi sociosanitari e alla valu-

tazione delle attività e dei risultati ottenuti in materia di salute.

Per rispondere in modo adeguato alle politiche di salute per tutti ed ai bisogni dei cittadini dell'unione europea, l'unità per l'infermieristica e l'ostetricia dell'ufficio regionale per l'Europa dell'OMS iniziò ad elaborare uno studio sull'Assistenza Infermieristica, che sfociò in una conferenza tenutasi a Vienna nel 1988 a cui partecipò una rappresentativa di infermieri provenienti dai 32 paesi membri dell'unione. Durante la conferenza i ministri dell'OMS presenti raccomandarono lo sviluppo di servizi infermieristici innovativi, con particolare attenzione allo sviluppo della salute oltre che sulla cura della malattia e fu stilata la "dichiarazione di Vienna sulla professione infermieristica a sostegno degli obiettivi europei di salute per tutti", in cui si evidenziano le riflessioni dei professionisti e le richieste rivolte ai responsabili nazionali della sanità, per aiutarli a raggiungere gli obiettivi proposti dalle politiche di salute per tutti promosse dall'OMS nella regione europea: in questa dichiarazione si inizia a parlare di raggiungimento del più elevato livello possibile di salute e di come sia un obiettivo sociale di grande importanza, per cui viene richiesta l'azione coordinata di molte professioni, si riafferma l'importante contributo che l'infermieristica può dare nel raggiungimento dei 38 obiettivi adottati dopo la sessione del comitato regionale per l'Europa dell'OMS del 1984, si afferma la necessità di autonomia della pratica e

l'impegno a svolgere un ruolo più incisivo nel promuovere quello che oggi definiamo *Empowerment*, cioè potenziare le capacità degli individui, delle famiglie e delle comunità per raggiungere il miglioramento della salute, inoltre dal documento si rileva che già i professionisti infermieri sentono la necessità di partecipare attivamente al processo di ricerca sanitaria.

Un altro passaggio importante nella storia dell'Infermiere di Famiglia è il documento pubblicato dall'OMS nel 1998: "Salute 21: la salute per tutti nel 21 secolo" a cui è seguito uno studio pilota multicentrico sull'Infermiere di Famiglia e di Comunità, nei quali per la prima volta si parla di Infermiere di Famiglia (*Family Health Nurse*) come una figura nuova, con un proprio profilo professionale e un proprio quadro concettuale di riferimento, in particolare l'Infermiere di Famiglia e di Comunità viene definito come il professionista della salute che aiuterà gli individui ad adattarsi alla malattia, consiglierà riguardo gli stili di vita ed ai fattori comportamentali di rischio ed assistono gli individui e le famiglie in materia di salute; garantisce che i problemi sanitari delle famiglie siano identificati e curati al loro insorgere, garantisce l'individuazione dei fattori socio-economici che influiscono sulla salute della famiglia e la indirizza verso i servizi e le strutture più adatte, faciliterà le dimissioni precoci dagli ospedali e agirà da tramite tra la famiglia e il Medico di Medicina Generale, sostituendosi a quest'ultimo quando i bisogni individuati sono di carattere infermieristico.

Quindi questo documento identifica le figure dell'Infermiere di Famiglia insieme al Medico di Medicina Generale come il perno sul quale incentrare l'assistenza sanitaria di base se si vogliono raggiungere gli obiettivi di salute per tutti, il termine fissato per formare questa alleanza tra Medico e Infermiere in un'equipe multidisciplinare composta possibilmente anche da professionisti afferenti alla sfera del sociale per garantire l'auspicata integrazione sociosanitaria era il 2010.

Ad oggi non è ancora una figura presente in modo capillare nel panorama sanitario europeo, così nel 2013 l'OMS pubblica un altro documento per ribadire la necessità di un cambio di paradigma in cui stabilisce alcuni ambiti che dovrebbero essere prioritari nell'azione politica dei governi: Investire sulla salute considerando l'intero arco della vita e mirando all'*empowerment* delle persone, affrontare le principali sfide in materia di salute con approcci integrati e strategie che coinvolgano i diversi professionisti in materia di promozione della salute, porre al centro dei servizi sanitari la persona rivitalizzando la sanità pubblica, partendo dalle cure primarie, infine creare e sostenere comunità resilienti e ambienti favorevoli al benessere e alla salute sia dei singoli individui che di tutta la comunità; quale professionista può essere più indicato per svolgere questi compiti, se non l'Infermiere di Famiglia e di Comunità in collaborazione con il Medico di Medicina Generale?

Da quanto detto emerge chia-

ramente la differenza tra l'Infermiere di Famiglia e di Comunità e l'infermiere delle cure domiciliari e la motivazione per cui le due figure non sono assimilabili, ma riassumendo:

Infermiere di Famiglia e di Comunità

- Approccio proattivo
- Rivolto anche a chi non ha manifestato bisogni di salute
- Presa in carico globale della famiglia
- Esperto in prevenzione, educazione sanitaria e terapeutica
- Identificazione precoce dei fattori di rischio

Infermiere delle cure domiciliari

- Approccio reattivo
- Viene attivato a seguito di un bisogno di salute
- Accessi limitati nel tempo e nel numero di prestazioni
- Modello di assistenza prevalentemente prestazionale
- Agisce sui fattori aggravanti la patologia

Ma cosa sta succedendo in Italia in riferimento a questa figura?

Nel 2017, proprio nel periodo di transizione da collegio IPASVI e FNOPI, Cittadinanzattiva ha promosso un osservatorio civico sulla professione infermieristica su tutto il territorio nazionale, in cui i cittadini sono stati interrogati sul loro rapporto con gli infermieri; i cittadini hanno dimostrato di avere un buon rapporto con gli infermieri, tanto che li ritengono una risorsa importante del Sistema

Sanitario Nazionale, se messi in condizioni di lavorare, se passiamo ai dati abbiamo che 78,61% degli intervistati vorrebbe disporre di un infermiere di Famiglia e di Comunità e vorrebbe poterlo scegliere lui stesso, come accade con i Medici di Medicina Generale, mentre l'84,08% vorrebbe un infermiere nei plessi scolastici. Viste le risposte favorevoli dei cittadini, Cittadinanzattiva propone alcune azioni di miglioramento a FNOPI, tra cui promuovere l'infermiere a domicilio, l'Infermiere di Famiglia e di Comunità e l'infermiere nelle scuole e nelle farmacie dei servizi. Purtroppo, se andiamo ad analizzare concretamente la situazione dell'infermieristica di famiglia sul nostro territorio nazionale la situazione non è delle migliori: alcuni progetti sono stati istituiti, ma non c'è una linea comune di sviluppo, non ci sono neanche indicatori specifici per poter valutare l'effettivo beneficio che è stato portato ai cittadini, mentre

scrivo queste righe mi tornano in mente le parole dei docenti del Master che ci ammonivano che come categoria professionale siamo poco propensi al "rendicontare" il nostro lavoro e alla "cultura del dato" per dimostrare che effettivamente la nostra professione fa molto per il benessere del cittadino; sicuramente questo sarà uno spunto su cui lavorare per un prossimo futuro.



Figura 6 Silvia Cecconi

figura al punto di aver dato il via al Master anche senza gli iscritti necessari per due anni consecutivi, ringrazio anche tutti i docenti: ci avete trasmesso davvero tanto, anche la vostra passione per il vostro lavoro e per questa nuova figura che avete contribuito a creare, ringrazio anche i miei colleghi Infermieri di Famiglia e di Comunità per aver dato vita al gruppo marchigiano dell'Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità e per avermene affidato il coordinamento, sicuramente la strada non sarà breve, ma vogliamo permettere a questa figura di essere presente sul nostro territorio regionale e lavoreremo per questo, ringrazio la collega e amica Tamica Santori per il simpatico disegno che avete visto all'inizio di queste righe.

La nostra aspettativa più grande è che le istituzioni lavorino con noi per portare l'assistenza alle famiglie ad un livello ancora più alto e ascoltino l'OMS e i cittadini che da tempo chiedono a gran voce un infermiere al fianco delle famiglie per supportarle nei cambiamenti che la nostra società sta vivendo. Quando penso all'Infermiere di Famiglia mi piace sempre ripensare ad una frase di Florence Nightingale: "Secondo me la missione delle cure infermieristiche in definitiva è quella di curare il malato a casa sua (...) intravedo la sparizione di tutti gli ospedali e di tutti gli ospizi. (...) ma a che cosa serve parlare ora dell'anno 2000?"

Colgo l'occasione che mi è stata offerta per ringraziare l'Università Politecnica delle Marche anche nome di tutti i colleghi che insieme a me hanno concluso questo percorso formativo il 6 marzo 2019, grazie per averci permesso di essere i primi Infermieri di Famiglia e di Comunità delle Marche, grazie per aver creduto in questa



Figura 6 Uladzislau Pivavar