



LETTERE DALLA FACOLTÀ

S O M M A R I O

LETTERA DEL PRESIDE

Benvenuto alle nuove matricole, benvenuto dopo la pausa estiva ai nostri studenti. Abbiamo accolto i nuovi iscritti con la *Settimana introduttiva*, una presentazione di tutti i corsi di laurea, alcune conferenze illustrative sugli ambiti culturali preminenti in medicina ed un corso sulla sicurezza e la tutela della salute nei nuovi ambienti di studio e di lavoro; tutto ciò allo scopo di rendere i nostri discenti subito partecipi dell'impresa che vanno ad iniziare e proficui usufruttori di tutte le opportunità che la facoltà mette a loro disposizione.

La nostra è oggi una facoltà nuova, ha appena quarant'anni, costituita da docenti prevalentemente giovani, motivati all'insegnamento e alla ricerca, ospitati in strutture moderne ed adeguate ed in un contesto ospedaliero polispecialistico di alto livello.

Chi scrive, per "Inesorabili limiti di età" – così li aveva definiti Augusto Murri nel lasciare, era il 1916, la cattedra di Clinica Medica di Bologna – termina ora il proprio mandato di Preside, portato avanti per sedici anni, di cui gli ultimi tredici consecutivi.

Sono stati anni di profondi cambiamenti dell'ordinamento universitario, scanditi dal susseguirsi di riforme e di riassetto, che hanno fortemente impegnato la facoltà per realizzare il necessario rinnovamento senza creare traumi e disagi negli studenti. Si sono attivati nuovi Corsi di insegnamento, numerosi Dottorati, nuove Scuole di Specializzazione, vi è stato un progressivo incremento del Personale docente e della componente studentesca che oggi supera le 2.000 unità; finalmente, dopo alcune sedi provvisorie e distaccate, la Facoltà si è riunita in due importanti edifici situati in continuità con l'area ospedaliera, favorendo così l'integrazione tra didattica, ricerca ed assistenza. Si sono valorizzati insegnamenti in passato incongruamente ritenuti minori, si è dato ampio spazio alle attività didattiche elettiva e professionalizzante, si è perseguita l'integrazione delle discipline, si sono sviluppate le Scienze Umane promuovendo forum multiprofessionali, conferenze, convegni, dando vita sia ad una collana di volumi dedicati alle *Scienze umane*, sia a *Lettere dalla Facoltà*, periodico di informazione e formazione mensilmente distribuito a tutti gli Studenti da tredici anni a questa parte.

Si è assistito ad una significativa crescita della ricerca, come dimostrato dal numero ogni anno in aumento di articoli scientifici pubblicati su riviste di grande rilievo internazionale, e si è registrato un progressivo incremento del finanziamento dei Docenti a testimonianza dalla qualità della ricerca prodotta.

Sul piano assistenziale si è costituita l'Azienda integrata Ospedaliero-Universitaria, che ha avuto l'obiettivo di superare il dualismo università/ospedale e di fare di queste due istituzioni un ente unico finalizzato al progresso della scienza e alla cura di chi ha visto compromessa la propria salute.

Per il cammino percorso insieme, per i soddisfacenti risultati ottenuti desidero ricordare e ringraziare tutto il Personale, Docente e Tecnico-Administrativo, con cui ho avuto il piacere di collaborare in un clima sempre sereno e costruttivo, senza citazioni particolari che sarebbero in ogni caso ingiustamente incomplete, ma accomunando tutti in un caloroso saluto e nell'augurio al nuovo Preside eletto, il Prof. Antonio Benedetti, di portare la nostra Facoltà sempre più in alto con nuovi progetti e nuove energie.

Tullio Manzoni
Preside della Facoltà

VITA DELLA FACOLTÀ 2

Programmazione didattica, 2 - I prossimi appuntamenti, 3 - Piano di Studi dei Corsi di Laurea Magistrale e Triennale, 4 - Attività ILLENNAH, 18 - Dalle Professioni Sanitarie, Polo Didattico di Ancona, 19, 29 - Pesaro, 29 - Ascoli Piceno, 31
a cura di *Giovanni Daniele*

DOSSIER 21

Prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro
a cura della Ripartizione Tecnica e della Ripartizione Segreteria di Presidenza

PROFESSIONE INFERMIERE 32

I concetti essenziali dell'Infermieristica
di *Maurizio Mercuri*

FORUM MULTIPROFESSIONALE DI SCIENZE UMANE 37

L'emergere della coscienza - Terza parte: Coscienza e adattamento, la coscienza in crisi, la crisi della coscienza
di *Bernardo Nardi, Marzia Di Nicolò, Sabrina Laurenzi*

MEDICINA E POESIA 43

La poesia che fa
di *Patrizia Trimboli*

CORSO DI FORMAZIONE PERMANENTE AMCP 44

Le patologie delle arterie, dall'arteriosclerosi alle vasculiti
Presentazione, di *Francesco Pellegrini* - Il paziente con perdita di coscienza, 44 di *Marilena Capriotti, Luciano Carbonari, Francesco Pellegrini* - Il paziente con *claudicatio*, 45 di *Guido Sampaolo, Oriana Zingaretti*

CALENDARIO DIDATTICO 2010-2011 48



Università Politecnica delle Marche - Facoltà di Medicina e Chirurgia

Programmazione Didattica A.A. 2010-2011

1) Il Sistema Universitario Italiano

Il Sistema Universitario italiano è articolato in tre cicli, il primo dei quali costituito dalle Lauree triennali, il secondo dalle Lauree Magistrali e dai Master di primo livello, il terzo dai Master di secondo livello, dalle Scuole di Specializzazione ed dal Dottorato di ricerca; queste ultime tre le tipologie di corso di studio sono destinate a studenti in possesso della laurea magistrale. Ogni ciclo formativo, oltre ad avere una durata stabilita, è caratterizzato da un numero determinato di crediti che lo Studente deve acquisire per conseguire il titolo di studio e, se è nei suoi programmi, passare al successivo.

2) Crediti Formativi Universitari

Il credito rappresenta la quantità di lavoro di apprendimento, compreso lo studio individuale, richiesto, ad uno studente in possesso di adeguata preparazione iniziale, nelle attività formative previste dagli ordinamenti didattici dei corsi di studio. Ad un credito corrispondono 25 ore di lavoro per studente, 30 per i Corsi di Laurea in Infermieristica e in Ostetricia.

Il lavoro di un anno corrisponde convenzionalmente a 60 crediti.

I crediti si considerano acquisiti quando lo Studente, dopo aver regolarmente frequentato le attività didattiche, ha superato la prova di esame finale attraverso la quale viene valutata, per l'intero corso di insegnamento, la qualità e quantità del suo apprendimento.

3) Corsi Integrati e Piano di studi

I Corsi ufficiali di insegnamento sono definiti "Integrati" quando, seppure costituiti da più moduli didattici affidati dalla Facoltà all'inizio dell'anno a diversi docenti; hanno un programma unico e condiviso e un'unica valutazione.

La responsabilità di ogni Corso Integrato è affidata ad un Coordinatore nominato dalla Facoltà.

Il Piano di studi dei Corsi di Laurea, riportati a pagina 4 e seguenti, comprende l'elenco dei Corsi ufficiali di insegnamento, con l'indicazione della loro successione temporale negli anni ed il momento delle rispettive verifiche; riporta anche i crediti dell'attività didattica frontale, di quella pratica e di quella formativa professionalizzante.

4) Attività formative e Studio individuale

I contenuti del Piano di studio sono acquisiti dagli studenti attraverso la partecipazione alle attività didattiche irrinunciabili (Core Curriculum) ed a quelle a libera scelta (elettive); le prime racchiudono i saperi essenziali che devono essere possedute da tutti i Discenti, le seconde una loro libera amplificazione.

Rientrano nelle attività didattiche irrinunciabili le lezioni ex cathedra, dette anche formali o frontali per la posizione che assume il Docente rispetto ai Discenti e la didattica pratica (esercitazioni per piccoli gruppi) prevista da alcuni insegnamenti, le attività formative professionalizzanti e l'Internato. Per quest'ultima attività viene lasciata allo studente la scelta della struttura didattico/clinica presso cui svolgerla.

Sono invece espressione della libera scelta dello Studente e si identificano quindi nella didattica elettiva, i Corsi monografici e Forum Multiprofessionali di Scienze Umane.

I Corsi monografici costituiscono un approfondimento dei contenuti essenziali definiti dal core curriculum; sono parte integrante della programmazione didattica del corso integrato di studi che lo ha proposto.

I Forum multiprofessionali di Scienze Umane sono corsi monografici seguiti congiuntamente da Studenti di più Corsi di studio con lo scopo di fornire loro occasioni di incontro e di formazione comune, nello spirito del lavoro di squadra che caratterizzerà il loro futuro operare.

Una frazione dell'impegno orario complessivo è riservata allo studio individuale e all'autoapprendimento. Attraverso questa attività lo Studente approfondisce la propria preparazione senza la presenza fisica dei Docenti, educandosi a ricercare ed organizzare, in modo autonomo, tutte le conoscenze necessarie a costruire il proprio sapere su un determinato argomento.

5) Internato

Lo Studente è tenuto a scegliere l'Attività di Internato del proprio anno di corso ovvero degli anni di corso precedenti. Non è consentita la scelta di attività di anni successivi, né lo svolgimento di internati in più rispetto a quelli previsti dall'Ordinamento ottenendo crediti in soprannumero.

L'accesso alle attività di Internato per la struttura prescelta è vincolata al numero di posti disponibili; lo Studente accede alle strutture cliniche secondo il criterio temporale di iscrizione. La domanda di Internato si effettua mediante la presentazione on line del proprio piano di studio.

6) Attività Didattiche Elettive

Gli Studenti iscritti in corso, ovvero quelli ripetenti, ogni anno e limitatamente alle attività didattiche elettive, sono tenuti a compilare il proprio piano di studi scegliendo le ADE (nel numero minimo previsto per ogni anno dal proprio piano di studi), indifferentemente tra corsi monografici e forum. Il numero di eventi può aumentare, rispetto a quello previsto nell'anno di corso, soltanto per il recupero di eventuali debiti di anni precedenti dovuti a modifiche alle proprie scelte, frequenza non effettuata ovvero assenza di scelte.

Lo studente è tenuto a scegliere le attività didattiche del proprio anno di corso ovvero degli anni di corso precedenti (non è consentita la scelta di attività di anni successivi al proprio anno di corso).

Non è consentita la presentazione del piano di studio e quindi la scelta dei corsi monografici/forum agli studenti fuori corso in quanto tale qualità comporta la sola necessità di sostenere gli esami di profitto, avendo ottenute tutte le attestazioni di frequenza.

Lo studente, per presentare il piano degli studi ed effettuare la scelta dei Corsi Monografici/Forum, deve essere in regola con l'iscrizione avendo pertanto ottenuto tutte le attestazioni di frequenza



dell'anno precedente ed avendo superato gli esami che determinano sbarramenti all'iscrizione, improrogabilmente entro la sessione d'esame di settembre.

Il piano di studio una volta presentato vincola lo studente alla frequenza delle sole attività scelte (non è consentito allo studente frequentare attività non previste nel proprio piano di studio) e non è modificabile per tutto il corso dell'anno. Modifiche potranno essere richieste l'anno successivo, con la compilazione del piano.

La frequenza all'attività didattica elettiva, rilevata in modo informatizzato o sulla base delle indicazioni fornite dal docente, è obbligatoria, e viene attestata d'ufficio, salvo diversa comunicazione del docente.

7) Propedeuticità

La propedeuticità indica la successione logica, temporale degli insegnamenti ed esprime vincolo nell'affrontarne alcuni prima di aver superato la verifica di altri.

8) Frequenza

La frequenza alle attività curriculari (lezioni, seminari, esercitazioni ed attività formativa professionalizzante) ed a quelle elettive, una volta scelte dallo Studente, è obbligatoria e verificata attraverso procedure informatizzate e altre forme decise dal docente e rese note agli studenti.

9) Tutorato

Assistono gli Studenti durante il loro corso di studio e costituiscono punto di riferimento per gli stessi:

il Tutore consigliere, che è un docente, al quale il singolo Studente può rivolgersi per avere suggerimenti e consigli inerenti la propria carriera scolastica; è scelto liberamente dallo Studente tra i Professori e Ricercatori del Corso ed è lo stesso per tutta la durata del corso di studi o per parte di esso;

il Tutore didattico, che guida piccoli gruppi di studenti nello svolgimento delle attività pratiche previste dalla programmazione didattica, nel rispetto degli obiettivi generali del corso di studi;

il Tutore/Referente della attività formativa pratica svolta presso le strutture cliniche.

Rientrano in questa categoria anche i Coadiutori didattici che, laddove nominati, hanno il compito di condurre attività didattica a piccoli gruppi, integrativa e non compresa tra quelle generatrici di crediti.

10) Calendario Didattico

L'anno didattico è diviso in due periodi, convenzionalmente definiti semestri, il primo compreso tra Ottobre 2010 e Febbraio 2011, il secondo tra il Marzo e Giugno 2011; in ciascun semestre si realizza di norma l'insegnamento di tre corsi integrati.

Nei periodi non interessati dall'attività didattica si svolgono le sessioni d'esame, la prima, quella di Febbraio interessa gli insegnamenti del primo semestre, la seconda quelli del secondo semestre; una terza sessione insieme al suo prolungamento di Dicembre costituisce la sessione di recupero per gli esami non affrontati o non superati nelle sessioni precedenti.

Attività didattiche elettive

Gli studenti iscritti in corso, ovvero quelli ripetenti, ogni anno e limitatamente alle attività didattiche elettive, sono tenuti a compilare il proprio piano di studi scegliendo minimo tre eventi, indifferentemente tra Corsi monografici e Forum, ad eccezione degli studenti immatricolati dall'anno 2009-2010, per i quali il numero di eventi è di due in Medicina Chirurgia e di uno in Odontoiatria PD.

La scelta delle Attività didattiche elettive avviene mediante modalità *on-line* **dal 5 ottobre al 30 novembre 2010.**

Internato

Riservato agli Studenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia ed Odontoiatria e P.D.

L'internato consiste nella frequenza degli Studenti nei Reparti clinici o nei Laboratori di ricerca, nel numero dei posti messi a disposizione dai Responsabili delle strutture cliniche.

La domanda d'internato si effettua mediante presentazione *on-line* del piano di studio **dal 5 ottobre al 30 novembre 2010.**

I prossimi appuntamenti

30 settembre 2010 ore 10.00-12.00 - Presentazione dei Corsi di Laurea, Facoltà di Medicina, Torrette di Ancona
Ore 14.00-17.00 - Conferenze Introduttive, Aula Magna di Ateneo, Monte Dago

1 ottobre ore 9.00-17.00 - Conferenze Introduttive, Aula Magna di Ateneo, Monte Dago

4 Ottobre ore 8.30 Polo didattico-scientifico di Torrette
Inizio dell'Attività didattica frontale per tutti gli Studenti dei Corsi di Laurea magistrale e per quelli del 2° e 3° anno dei Corsi di laurea delle Professioni sanitarie

9 Ottobre ore 9.00-13.00 Polo didattico-scientifico di Torrette
Settimana introduttiva alla Facoltà: Corso sulla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori

11 Ottobre ore 8.30 - Polo didattico-scientifico di Torrette
Inizio dell'Attività didattica frontale per tutti gli Studenti del 1° anno dei Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie



VITA DELLA FACOLTÀ

Piano di studi del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Presidente Prof. Ugo Salvolini | Tel. 071 5964071 | email: u.salvolini@univpm.it

1° anno

SEM.	CORSO INTEGRATO	ESAME SI/NO	SSD	MODULO DIDATTICO	DOCENTE	CFU singolo m.d.	TOTALE CREDITI ACQUISIBILI	di cui AFP
1	FISICA MEDICA	SI	FIS/07	FISICA	Prof. F. Rustichelli	4	4	==
	BIOLOGIA E GENETICA	SI	BIO/13	STRUTTURA E FUNZIONE DELLA CELLULA	Prof. G. Principato	5	9	==
				GENI - EREDITA' E MUTAZIONI	Prof.ssa F. Saccucci	4		
	ISTOLOGIA (FR)		BIO/17	ISTOLOGIA I	Prof. Roberto Di Primio	2		
CHIMICA E PROPEDEUTICA BIOCHIMICA	SI	BIO/10	CHIMICA MEDICA	Prof. G. Littarru	3	6	==	
			CHIMICA E PROPEDEUTICA BIOCHIMICA	Prof.ssa G. Zolese	3			
N. ESAMI		5				21	19	0

2° anno

SEM.	CORSO INTEGRATO	ESAME SI/NO	SSD	MODULO DIDATTICO	DOCENTE	CFU singolo m.d.	TOTALE CREDITI ACQUISIBILI
1	SCIENZE UMANE E CONOSCENZE LINGUISTICHE	SI	L.LIN/12	INGLESE SCIENTIFICO	In corso di nomina	4	7
			MED/02	STORIA DELLA MEDICINA	Prof.ssa S. Fortuna	3	
	ANATOMIA	SI	BIO/16	ANATOMIA TOPOGRAFICA, ORGANOGENESI E NEUROANATOMIA	Prof. S. Cinti	9	18
				SPLANCNOLOGIA	Prof. M. Castellucci	0	
				ANATOMIA APPARATO LOCOMOTORE	Prof. G. Barbatelli	0	
	PATOLOGIA GENERALE (FR)		MED/04	IMMUNOLOGIA	Prof.ssa F. Fazioli	0	
				FISIOPATOLOGIA GENERALE	Prof. C. Catalano	0	
				PATOLOGIA GENERALE I	Prof.ssa F. Fazioli	2	
				PATOLOGIA GENERALE II	Prof. A. Procopio	4	
	FISIOLOGIA (FR)		BIO/09	FISIOLOGIA I	Prof. F. Conti	6	
FISIOLOGIA II				Prof. F. Conti	0		
N. ESAMI		3				43	#RIF!

3° anno

SEM	CORSO INTEGRATO	ESAME SI/NO	SSD	MODULO DIDATTICO	DOCENTE	CFU singolo m.d.	TOTALE CREDITI acquisiti	di cui AFP
	Microbiologia	FP	MED/07	Microbiologia di base e medica, genetica microbica	Prof. P.E. Varaldo	2	6	==
			MED/07	Microbiologia clinica miceti I	Prof.ssa M.P. Montanari	0,5		
				Microbiologia clinica miceti II		1,5		
			MED/07	Virus e infezioni virali I	Prof.ssa P. Bagnarelli	1		
				Virus e infezioni virali II		1		





3° anno/continua

1	Patologia, Fisiopatologia Generale e Patologia Clinica	F	MED/04	Fisiopatologia generale	Prof. C. Catalano	==	==	==
			MED/04	Patologia generale I	Prof. A. Procopio	==		
			MED/04	Patologia generale II	Prof.ssa F. Fazioli	==		
			MED/04	Patologia diagnostica	Prof. A. Procopio	==		
	Fisiologia	FP	MED/02	Storia della medicina	già svolto a.a. 2009/2010	==	16 (11 svolti al 2° anno)	==
			BIO/09	Fisiologia del rene e del respiro I	già svolto a.a. 2009/2010	2		
			BIO/09	Fisiologia del rene e del respiro II (LS556)	già svolto a.a. 2009/2010	1		
			BIO/09	Fisiologia del sistema nervoso e cardiovascolare I	già svolto a.a. 2009/2010	4		
			BIO/09	Fisiologia del sistema nervoso e cardiovascolare II	già svolto a.a. 2009/2010	3		
			BIO/09	Fisiologia e sistemi integrativi	Prof. F. Conti	5		
	Medicina di laboratorio	FP	MED/46	Scienze Tecniche di Medicina di Laboratorio	già svolto a.a. 2009/2010	1	4	==
			BIO/12	Biochimica clinica	Prof. G. Littarru	2		
		MED/07	Microbiologia clinica	Prof. P.E. Varaldo	2			

4° anno

SEM	CORSO INTEGRATO	ESAME SI/NO	SSD	MODULO DIDATTICO	DOCENTE 10/11	CFU singolo m.d.	TOTALE CREDITI acquisiti	di cui AFP	
1	Patologia sistematica II	FP	MED/13	Endocrinologia	Prof. M. Boscaro	4	7	2	
			MED/14	Nefrologia	In corso di nomina	1			
			MED/24	Urologia	Prof. G. Muzzonigro	2			
	Anatomia patologica	F	==	MED/08	Anatomia Patologica I	Prof. I. Bearzi	==	==	==
				MED/08	Anatomi patologica II (A)	Prof. R. Montironi	==		
				MED/08	Anatomi patologica II (B)		==		
				MED/08	Anatomia patologica III(A)	Prof.ssa M. Scarpelli	==		
				MED/08	Anatomia patologica III(B)		==		
	Patologia sistematica III	FP		MED/21	Chirurgia toracica	Prof. A. Fianchini	2	6	2
				MED/22	Chirurgia vascolare	Prof. F.P. Alò	2		
				MED/11	Cardiologia	Prof. A. Capucci	1		
				MED/10	Pneumologia	In corso di nomina	1		
	Igiene e sanità pubblica	FP		MED/42	Igiene e sanità pubblica I	Prof. M.M. D'errico	3	5	1
				MED/42	Igiene e sanità pubblica II		1		
				MED/42	Organizzazione e programmazione sanitaria	Prof. F. Di Stanislao	1		





VITA DELLA FACOLTÀ

4° anno/continua

Farmacologia	F	BIO/14	Farmacologia e tossicologia medica generale	Prof. S. Amoroso	==	==	==
			Farmacologia e Tossicologia medica speciale I		==		
			Farmacologia e Tossicologia medica speciale II		==		
			Farmacologia e Tossicologia medica speciale III		==		

5° anno

SEM	CORSO INTEGRATO	ESAME SI/NO	SSD	MODULO DIDATTICO	DOCENTE	CFU singolo m.d.	TOTALE CREDITI acquisiti	di cui AFP
1	Chirurgia generale e gastroenterologia	FP	MED/18	Chirurgia generale	Prof.ssa C. Marmorale	2	3	1
			MED/12	Gastroenterologia	Prof. A. Benedetti	1		
	Malattie del sistema nervoso (LS080)	FP	MED/26	Neurologia clinica	Prof. L. Provinciali	2	5	2
			MED/34	Medicina riabilitativa	Prof.ssa M.G. Ceravolo	1		
			MED/37	Neuroradiologia	Prof. U. Salvolini	1		
			MED/27	Neurotraumatologia e Neurochirurgia	Prof. M. Scerrati	1		
	Medicina interna e geriatria	F	MED/09	Medicina interna e terapia medica	Prof. P. Dessi Fulgheri	==	==	==
			MED/09	Geriatría	Dott.ssa E. Espinosa	==		
			MED/09	Fisiopatologia medica	Prof. R. Sarzani	==		
	Anatomia patologica (modificato con CdF 30.04.2009)	==	MED/08	Anatomia Patologica I	Prof. I. Bearzi	==	==	==
			MED/08	Anatomi patologica II (A)	Prof. R. Montironi	==		
		MED/08	Anatomi patologica II (B)	==				
		F	MED/08	Anatomia patologica III(A)	Prof.ssa M. Scarpelli	==		
			MED/08	Anatomia patologica III(B)		==		
	Medicina legale	FP	MED/43	Medicina legale	Prof. A. Tagliabracci	4	6	1
			MED/43	Tossicologia Forense	Prof. R. Giorgetti	1		
IUS/09			Istituzioni di diritto pubblico	In corso di nomina	1			
Malattie dell'apparato locomotore	FP	MED/33	Malattie Interesse ortopedico	Prof. F. Greco	2	5	2	
		MED/33	Malattie Traumatiche	Prof. L. De Palma	1			
		MED/16	Malattie Interesse reumatologico	Prof. W. Grassi	2			

6° anno

SEM	CORSO INTEGRATO	ESAME SI/NO	SSD	MODULO DIDATTICO	DOCENTE	CFU singolo m.d.	TOTALE CREDITI acquisiti	di cui AFP
1	Pediatria	FP	MED/38	Malattie pediatriche	Prof. O. Gabrielli	5	7	3
			MED/20	Aspetti chirurgici della Pediatria	Prof. G. Amici	1		
			MED/38	Malattie del neonato e puericultura	Prof. V. Carnielli	1		
	Ginecologia e ostetricia	FP	MED/40	Ginecologia e Ostetricia I	Prof. A.L. Tranquilli	4	6	2
				Ginecologia e Ostetricia II		2		
	Clinica medica	F	MED/09	Clinica Medica I	Prof. A. Gabrielli	==	==	==
				Clinica Medica II		==		
			MED/09	Clinica Medica III (modificato il 17-02-10)	==			
			MED/09	Terapia medica e molecolare	Prof. A. Gabrielli	==		
			MED/03	Genetica Medica	Prof.ssa F. Saccucci	==		
	Clinica chirurgica	F	MED/18	Clinica Chirurgica I	Prof. A. Fianchini	==	==	==
				MED/18		Clinica Chirurgica II (A)		
			MED/19	Chirurgia Plastica	Prof. G. Di Benedetto	==		
			MED/18	Chirurgia Geriatrica	Prof.ssa C. Marmorale	==		





Piano di studi del Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e P.D.

Presidente Prof. Maurizio Procaccini | Tel. 071 2206219 | email: m.procaccini@univpm.it

1° anno

Seme stre	Corso Integrato	MODULO DIDATTICO	SSD	DOCENTE	CFU	TOTALE CREDITI ACQUISIBILI	Esami
I	Fisica Applicata	Fisica	FIS/07	Dott. F. Fiore	5	5	SI
	Chimica medica	Chimica	BIO/10	Prof. A. Amici	5	10	SI
		Propedeutica biochimica	BIO/10	Prof.ssa M. Emanuelli	3		
		Biologia molecolare	BIO/11	Prof.ssa M. Emanuelli	2		
	Biologia medica	Biologia applicata	BIO/13	Prof. G. Principato	6	8	SI
		Genetica Medica	BIO/13	Prof.ssa F. Saccucci	2		
	Istologia (FR)	Istologia	BIO/17	Prof. R. Di Primio	2		
Anatomia Umana (FR)	Anatomia umana	BIO/16	Prof. S. Cinti	5			
					30	23	

2° anno

Seme stre	Corso Integrato	MODULO DIDATTICO	SSD	DOCENTE 10/11	CFU	TOTALE CREDITI ACQUISIBILI	Esami
I	Fisiologia umana	Fisiologia umana	BIO/09	Prof. P. Barbaresi	8	8	SI
	Microbiologia Clinica	Virus e infezioni virali	MED/07	Prof.ssa P. Bagnareli	2	6	SI
		Microbiologia di base, batteriologia, micologia e parassitologia	MED/07	Prof.ssa B. Facinelli	4		SI
	Igiene generale ed applicata (FR)	Igiene generale ed applicata	MED/42	Prof. I. Annino	3		
	Farmacologia (FR)	Farmacologia	BIO/14	Prof. S. Amoroso	3		
					20	14	

3° anno

Sem.	Corso Integrato	MODULO DIDATTICO	SSD	DOCENTE	Frequenza- Esame	CFU	di cui AFP	CFU acquisiti	
I	Anatomia ed Istologia Patologica (FR)	Anatomia ed Istologia Patologica	MED/08	Dott. C. Rubini	F	2	0	0	
	Patologia Speciale Odontostomatologica (FR)	Patologia Speciale Odontostomatologica	MED/28	Prof. F. Sampalmieri	F	4	2	0	
	Odontoiatria Restaurativa (FR)	Odontoiatria Restaurativa	MED/28	Prof. A. Putignano	F	4	2	0	
	Protesi Dentaria (FR)	Protesi Dentaria	MED/28	Prof. G. Rappelli	F	4	2	0	
	Dermatologia	Dermatologia	MED/35	Dott.ssa O. Simonetti	FP	2	1	2	
	Chirurgia Orale (FR)	Chirurgia Orale	MED/28	Prof. F. Bambini	F	4	2	0	
	Scienze mediche (OD012)	Medicina interna	Medicina interna	MED/09	Dott.ssa E. Espinosa		4	1	10
		Pediatria generale e specialistica	Pediatria generale e specialistica	MED/38	Prof. C. Catassi	FP	3	1	
		Neurologia	Neurologia	MED/26	Prof. M. Silvestrini		3	1	
						Totale I semestre		12	





VITA DELLA FACOLTÀ

4° anno

Sem.	Corso Integrato	MODULO DIDATTICO	SSD	DOCENTE	Frequenza- Esame	CFU	di cui AFP	CFU acquisiti
I	Parodontologia (FR)	Parodontologia	MED/28	Prof. M. Piemontese	F	5	3	0
	Clinica odontostomatologica (FR)	Clinica odontostomatologica	MED/28	Prof. M. Procaccini	F	5	3	0
		Anestesiologia	MED/41	Prof. R. Romano		0	0	
	Ortodonzia (FR)	Ortodonzia	MED/28	Dott. A. Sabatucci	F	3	1	0
	Protesi Dentaria (FR)	Protesi Dentaria	MED/28	Prof. G. Rappelli	F	4	2	0
		Bioingegneria	ING/INF 06	Prof. S. Fioretti		0	0	0
	Chirurgia Orale (FR)	Chirurgia Orale	MED/28	Prof. F. Bambini	F	4	2	0
Odontoiatria restaurativa (FR)	Odontoiatria restaurativa	MED/28	Prof. A. Putignano	F	3	1	0	
<i>Totale I semestre</i>								0

5° anno

Sem.	Corso Integrato	MODULO DIDATTICO	SSD	DOCENTE	Frequenza Esame	CFU	di cui AFP	CFU acquisiti
I	Parodontologia (FR)	Parodontologia	MED/28	Prof. M. Piemontese	F	2	0	0
	Clinica odontostomatologica (FR)	Clinica odontostomatologica	MED/28	Prof. M. Procaccini	F	2	0	0
		Anestesiologia	MED/41	Prof. R. Romano		0	0	
	Ortodonzia (FR)	Ortodonzia	MED/28	Dott. A. Sabatucci	F	3	1	0
	Protesi Dentaria (FR)	Protesi Dentaria	MED/28	Prof. G. Rappelli	F	3	1	0
		Bioingegneria	ING/INF 06	Prof. S. Fioretti		0	0	
	Chirurgia Generale	Chirurgia Generale	MED/18	Prof. L. Maniscalco	FP	5	1	5
	Discipline chirurgiche distretto cefalico	Chirurgia maxillo-facciale	MED/29	Prof. M. Piemontese *	FP	4	2	12
		Otorinolaringoiatria	MED/31	Dott. M. Re		4	1	
		Chirurgia plastica generale	MED/19	Dott. A. Scalise		2	0	
Chirurgia plastica del distretto cefalico		MED/19	Prof. G. Di Benedetto	2		0		
Medicina Legale	Medicina Legale	MED/43	Prof. A. Tagliabracci	FP	3	0	3	
<i>Totale I semestre</i>								20





Piano di Studi del Corso di Laurea per Educatore Professionale

Presidente del Corso di Laurea: Prof. Francesco Di Stanislao | Tel. 071/2206177 | email: f.distanislao@univpm.it
 Coordinatore AFPTC: Dott.ssa Daniela Saltari | Tel. 071/2206275 | e-mail: d.saltari@univpm.it; verdecolibri@alice.it

1° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTE
Metodologie dell'educazione professionale e del servizio sociale	Pedagogia generale e sociale	M-PED/01	5	In corso di nomina
	Pediatria generale e speciale	MED/38	2	Prof. C. Catassi
	Sociologia generale	SPS/07	10	In corso di nomina
Promozione della Salute	Igiene generale e applicata	MED/42	3	Prof. I. Annino
Lingua straniera	Inglese Scientifico	L-LIN/12	5	In corso di nomina
			TOTALE SEM.	25

2° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTE
Psichiatria	Psichiatria	MED/25	3	Dott. B. Nardi
Neurologia e assistenza infermieristica	Neurologia	MED/26	3	Prof. M. Silvestrini
	Scienze infermieristiche	MED/45	2	In corso di nomina
Farmacologia e primo soccorso	Farmacologia	BIO/14	3	Dott.ssa M.C. Tonnini
	Anestesiologia	MED/41	1	Dott.ssa E. Adrario
Metodologie dell'educazione professionale 1	Pedagogia sperimentale	M-PED/04	5	In corso di nomina
	Didattica e pedagogia speciale	M-PED/03	5	Dott.ssa Daniela Saltari
	Pedagogia generale e sociale	M-PED/01	4	Dott.ssa Angela Gardini
Lingua straniera	Inglese Scientifico	L-LIN/12	4	In corso di nomina
			TOTALE SEM.	30

3° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTE
Metodologie dell'educazione professionale 2	Didattica e pedagogia speciale	M-PED/03	4	Sig.ra Marina Di Foglia
	Medicina fisica e riabilitativa	MED/34	3	Dott.ssa M. Capecci
Sociologia dell'organizzazione e del lavoro	Sociologia processi economici e lavoro	SPS/09	2	In corso di nomina
	Organizzazione aziendale	SECS-P/10	2	
Organizzazione dei servizi socio-sanitari	Igiene generale e applicata	MED/42	4	Prof. F. Di Stanislao
			TOTALE SEM.	15





Piano di Studi del Corso di Laurea per Fisioterapista

Presidente del Corso di Laurea: Prof.ssa M. Gabriella Ceravolo | Tel. 071/5964526 | email: m.g.ceravolo@univpm.it
Coordinatore AFPTC: Dott. Mauro Pennacchioni | Tel. 071/2206041 Fax 071/887262 | email: m.pennacchioni@univpm.it

1° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	S.S.D.	CFU	DOCENTE
Scienze propedeutiche	Fisica medica	FIS/07	3	Dott.ssa A. Giuliani
	Biochimica	BIO/10	2	Prof.ssa M. Emanuelli
Morfologia umana	Anatomia umana	BIO/16	3	Prof. M. Morroni
Scienze motorie	Medicina fisica e riabilitazione	MED/34	4	Prof.ssa M.G. Ceravolo
	Chinesiologia	MED/48	4	Dott.ssa Giovanna Censi
Lingua straniera	Inglese Scientifico	L-LIN/12	4	In corso di nomina
TOTALE SEM.			20	

2° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	S.S.D.	CFU	DOCENTE
Clinica del movimento	Reumatologia	MED/16	3	Prof. F. Salaffi
	Ortopedia e traumatologia	MED/33	3	Prof. L. De Palma
	Chinesiterapia	MED/48	4	Dott.ssa Patrizia Talevi
Scienze psichiatriche	Psichiatria	MED/25	2	Prof. C. Bellantuono
	Psicologia clinica	M-PSI/08	2	Dott. B. Nardi
Medicina interna	Medicina interna	MED/09	3	Prof.ssa M.G. Danieli
	Farmacologia	BIO/14	2	Dott.ssa S. Magi
Altro	Radioprotezione	MED/36	1	Prof. E. De Nigris
TOTALE SEMESTRE			20	

3° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	S.S.D.	CFU	DOCENTE
Riabilitazione speciale	Riabilitazione sfinterica	MED/24	2	Dott. D. Minardi
Riabilitazione neuropsicologica	Neuropsicologia	MED/26	2	Dott. M. Bartolini
	Medicina fisica e riabilitazione	MED/34	3	Dott.ssa Michela Coccia
TOTALE SEMESTRE			7	





Piano di Studi del Corso di Laurea per Igienista dentale

Presidente del Corso di Laurea: Prof. Angelo Putignano | Tel. 071/2206224 | email: a.putignano@univpm.it
 Coordinatore AFPTC: Dott. ssa Scilla Sparabombe | Tel. 071/5963145 – 071/2206221 | email: scilla.s@alice.it

1° anno

CORSO INTEGRATO	MODULO DIDATTICO	SSD	CFU	DOCENTE
Scienze Propedeutiche	Biologia	BIO/13	2	Prof.ssa F. Saccucci
	Biochimica	BIO/10	2	Prof.ssa M. Emanuelli
Morfologia Umana	Anatomia umana	BIO/16	4	Prof. A. Giordano
	Istologia	BIO/17	2	Prof. R. Di Primio
Fisica e Informatica	Sistemi di Elaborazione delle Informazioni	ING-INF/05	2	In corso di nomina
	Fisica	FIS/07	2	Prof. F. Rustichelli
Lingua straniera	Inglese Scientifico	L-LIN/12	4	In corso di nomina
			TOTALE SEMESTRE	18

3° anno

CORSO INTEGRATO	MODULO DIDATTICO	SSD	CFU	DOCENTE
Scienze tecniche Mediche (solo frequenza)	Igiene dentale	MED/50	0	Dott.ssa Scilla Sparabombe
Età evolutiva	Pedodonzia	MED/28	2	In corso di nomina
	Ortodonzia	MED/28	2	Prof. F. Sampalmieri
	Pediatria	MED/38	3	Prof. C. Catassi
Chirurgia orofacciale	Otorinolaringoiatria	MED/31	2	Dott. M.Re
	Chirurgia orale	MED/28	2	Prof. F.Bambini
Protesi dentaria	Protesi dentaria	MED/28	2	Prof. G.Rappelli
Paradontologia (solo frequenza)	Terapia paradont.	MED/28	0	Prof. F. Sampalmieri
			TOTALE SEMESTRE	13





VITA DELLA FACOLTÀ

Piano di Studi del Corso di Laurea in Infermieristica, sede di Ancona

Presidente del Corso di Laurea: Prof. Marcello M.D'Errico | email: m.m.derrico@univpm.it
 Coordinatori AFPTC: Dott. Sandro Ortolani | tel. 071/2206160 email: s.ortolani@univpm.it
 Dott. ssa Augusta Cucchi | Tel. 071/2206179 - 071/2206159 email a.cucchi@univpm.it

1° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTE	
				Can A 10-11	Can B 10-11
Scienze sociopsicologiche	Psicologia Generale	M-PSI/01	4	Prof.ssa P. Marangolo	
	Sociologia Generale	SPS/07	4	Dott.ssa Rosella Bencivenga	
Biochimica e Biologia	Biochimica	BIO/10	2	Prof.ssa L. Mazzanti	
	Biologia	BIO/13	2	Prof. G. Principato	
Morfologia Umana	Anatomia umana	BIO/16	3	Prof. M. Castellucci	
Infermieristica Generale	Infermieristica generale	MED/45	3	Dott.ssa S. Anibaldi	Dott.ssa L. Bianchetti
	Metodologia infermier.	MED/45	3	Dott. S. Ortolani	Dott. P. Antognini
Lingua straniera	Inglese scientifico	L-LIN/12	4	In corso di nomina	
			TOTALE SEMESTRE	25	

2° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTE	
				Can A 10-11	Can B 10-11
Medicina Interna Generale e Farmacologia	Medicina Int e Geriatria	MED/09	4	Dott. G. Moroncini	
	Farmacologia	BIO/14	3	Dott.ssa P. Castaldo	
	Allergologia e Immunologia Clinica	MED/09	2	Prof.ssa M. Montroni	
Scienze Neurologiche	Neurologia	MED/26	2	Dott. M. Bartolini	
	Psicologia clinica	M-PSI/08	2	Dott.ssa Laura Mariani	
Infermieristica applicata alla Medicina Interna Generale	Infermier. appl. alla Med. Interna generale	MED/45	3	Dott. C. Canonici	In corso di nomina
	Teorie dell' Assist. Infermier.	MED/45	3	Dott.ssa A. Giacometti	Dott.ssa A. Cucchi
Altro	Radioprotezione	MED/36	1	Prof. E. De Nigris	
			TOTALE SEM.	20	

3° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTE	
				Can A 10-11	Can B 09-10
Chirurgia Generale e Specialistica	Chirurgia generale	MED/18	3	Prof. M. Guerrieri	
	Chirurgia plastica	MED/19	1	Dott. A. Scalise	
Infermieristica applicata alla chirurgia generale, special. e Psichiatrica	Inf. appl alla Chir. gen.	MED/45	3	Dott.ssa D. Marinelli	Dott. M. Mercuri
	Infermier. Psichiatrica	MED/45	2	Dott.ssa B. Marchionni	Dott.ssa V. Agostinelli
			TOTALE SEMESTRE	9	

Piano di Studi del Corso di Laurea in Infermieristica, sede distaccata di Pesaro

Presidente del Corso di Laurea: Prof. Antonio Benedetti | Tel. 071/2206271 a.benedetti@univpm.it
 Coordinatore AFPTC: Dott.ssa Milena Nicolino | Tel. 0721/366327 m.nicolino@ospedalesansalvatore.it

1° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTE	
				Can A 10-11	Can B 10-11
Scienze sociopsicologiche	Psicologia Generale	M-PSI/01	4	In corso di nomina	
	Sociologia Generale	SPS/07	4	In corso di nomina	
Biochimica e Biologia	Biochimica	BIO/10	2	Dott. M. Battino	
	Biologia	BIO/13	2	Prof.ssa F. Saccucci	
Morfologia Umana	Anatomia umana	BIO/16	3	Prof. A. Giordano	
Infermieristica Generale	Infermieristica generale	MED/45	3	Dott.ssa L. Diotalevi	
	Metodologia infermier.	MED/45	3	Dott.ssa M. Nicolino	
Lingua straniera	Inglese scientifico	L-LIN/12	4	In corso di nomina	
			TOTALE SEMESTRE	25	

2° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTE	
				Can A 10-11	Can B 10-11
Medicina Interna Generale e Farmacologia	Medicina Int e Geriatria	MED/09	4	Dott. G. Maniscalco	
	Farmacologia	BIO/14	3	In corso di nomina	
	Allergologia e Immunologia Clinica	MED/09	2	Dott. G. Moroncini	
Scienze Neurologiche	Neurologia	MED/26	2	Dott. F. Logullo	
	Psicologia clinica	M-PSI/08	2	Dott. N. Balestra	
Infermieristica applicata alla Medicina Interna Generale	Infermier. appl. alla Med. Interna generale	MED/45	3	Dott.ssa T. Benedetti	
	Teorie dell' Assist. Infermier.	MED/45	3	Dott.ssa F. Barbarini	
Altro	Radioprotezione	MED/36	1	Dott. G. Polonara	
			TOTALE SEM.	20	



PIANO DI STUDI



3° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTE
Chirurgia Generale e Specialistica	Chirurgia generale	MED/18	3	Dott. C. Zingaretti
	Chirurgia plastica	MED/19	1	Prof. G. Di Benedetto
Infermieristica applicata alla chirurgia generale, special. e Psichiatrica	Inf. appl alla Chir. gen.	MED/45	3	Dott.ssa L. De Col
	Infermier. Psichiatrica	MED/45	2	Dott.ssa A. Battistini
TOTALE SEM.			9	

Piano di Studi del Corso di Laurea in Infermieristica, sede distaccata di Macerata

Presidente del Corso di Laurea: Prof. Salvatore Amoroso | Tel. 071/2206176 s.amoroso@univpm.it
 Coordinatore AFPTC, in corso di nomina

1° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTE
Scienze sociopsicologiche	Psicologia Generale	M-PSI/01	4	In corso di nomina
	Sociologia Generale	SPS/07	4	In corso di nomina
Biochimica e Biologia	Biochimica	BIO/10	2	Prof. G. Magni
	Biologia	BIO/13	2	Dott.ssa T. Armeni
Morfologia Umana	Anatomia umana	BIO/16	3	Prof. G. Barbatelli
Infermieristica Generale	Infermieristica generale	MED/45	3	Dott.ssa S. Carpano
	Metodologia infermier.	MED/45	3	Dott.ssa P. Migliorelli
Lingua straniera	Inglese scientifico	L-LIN/12	4	In corso di nomina
TOTALE SEMESTRE			25	

2° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTE
Medicina Interna Generale e Farmacologia	Medicina Int e Geriatria	MED/09	4	Dott. G. Balercia
	Farmacologia	BIO/14	3	Prof. S. Amoroso
	Allergologia e Immunologia Clinica	MED/09	2	Dott. A. Costantini
Scienze Neurologiche	Neurologia	MED/26	2	Dott. M. Bartolini
	Psicologia clinica	M-PSI/08	2	Dott.ssa C. Paci
Infermieristica applicata alla Medicina Interna Generale	Infermier. appl. alla Med. Interna generale	MED/45	3	Dott.ssa M. Galassi
	Teorie dell' Assist. Infermier.	MED/45	3	Dott.ssa I. Sbaffi
Altro	Radioprotezione	MED/36	1	Dott. L. Salvolini
TOTALE SEM.			20	

3° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTE
Chirurgia Generale e Specialistica	Chirurgia generale	MED/18	3	Dott. F. Mochecciani
	Chirurgia plastica	MED/19	1	Prof. G. Di Benedetto
Infermieristica applicata alla chirurgia generale, special. e Psichiatrica	Inf. appl alla Chir. gen.	MED/45	3	Dott.ssa B. Fabiani
	Infermier. Psichiatrica	MED/45	2	Dott.ssa A. Giachetta
TOTALE SEMESTRE			9	

Piano di Studi del Corso di Laurea in Infermieristica, sede distaccata di Fermo

Presidente del Corso di Laurea: Prof. Mario Castellucci | Tel. 071/2206086 email_ m.castellucci@univpm.it
 Coordinatore AFPTC: Dott. Adoriano Santarelli | Tel. 0734/622482 - 0734/622482 | email: santado@alice.it adsanta@libero.it

1° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTE
Scienze sociopsicologiche	Psicologia Generale	M-PSI/01	4	Prof.ssa P. Marangolo
	Sociologia Generale	SPS/07	4	Dott.ssa N. Barbini
Biochimica e Biologia	Biochimica	BIO/10	2	Dott.ssa G. Ferretti
	Biologia	BIO/13	2	Dott.ssa T. Armeni
Morfologia Umana	Anatomia umana	BIO/16	3	Prof. M. Castellucci
Infermieristica Generale	Infermieristica generale	MED/45	3	Dott.ssa L. Mariani
	Metodologia infermieristica	MED/45	3	Dott. S. Marcelli
Lingua straniera	Inglese scientifico	L-LIN/12	4	In corso di nomina
TOTALE SEMESTRE			25	





2° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTE
Medicina Interna Generale e Farmacologia	Medicina Int e Geriatria	MED/09	4	Dott. N. Blasi
	Farmacologia	BIO/14	3	Dott. S. Bompadre
	Allergologia e Immunologia Clinica	MED/09	2	Dott. M.M.Luchetti
Scienze Neurologiche	Neurologia	MED/26	2	Dott. M. Signorino
	Psicologia clinica	M-PSI/08	2	Dott. T. Carboni
Infermieristica applicata alla Medicina Interna Generale	Infermier. appl.alla Med.Interna generale	MED/45	3	Dott.ssa K. Manocchi
	Teorie dell' Assistenza Infermieristica	MED/45	3	Dott. A. Longobardi
Altro	Radioprotezione	MED/36	1	Dott. L. Salvolini
			TOTALE SEM.	20

3° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTE
Chirurgia Generale e Specialistica	Chirurgia generale	MED/18	3	Dott. F. Bernetti
	Chirurgia plastica	MED/19	1	Dott. A. Scalise
Infermieristica applicata alla chirurgia generale, special. e Psichiatrica	Inf. appl alla Chir. gen.	MED/45	3	Dott. M. Gregorini
	Infermier. Psichiatrica	MED/45	2	Dott.ssa M.R. Galassi
			TOTALE SEM.	9

Piano di Studi del Corso di Laurea in Infermieristica, sede distaccata di Ascoli Piceno

Presidente del Corso di Laurea: Prof. Giovanni Principato | Tel. 071/2204641 principato@univpm.it
 Coordinatore AFPTC: Dott.ssa Luciana Passaretti | Tel. 0736/345518 - 0736/6345526 luciana.passaretti@libero.it

1° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTE
Scienze sociopsicologiche	Psicologia Generale	M-PSI/01	4	In corso di nomina
	Sociologia Generale	SPS/07	4	In corso di nomina
Biochimica e Biologia	Biochimica	BIO/10	2	Prof. E. Bertoli
	Biologia	BIO/13	2	Prof. G. Principato
Morfologia Umana	Anatomia umana	BIO/16	3	Prof. M. Morroni
Infermieristica Generale	Infermieristica generale	MED/45	3	Dott.ssa L. Passaretti
	Metodologia infermieristica	MED/45	3	In corso di nomina
Lingua straniera	Inglese scientifico	L-LIN/12	4	In corso di nomina
			TOTALE SEM.	25

2° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTE
Medicina Interna Generale e Farmacologia	Medicina Int e Geriatria	MED/09	4	Dott. F. Cipollini
	Farmacologia	BIO/14	3	Dott. I. Mazzoni
	Allergologia e Immunologia Clinica	MED/09	2	Dott. G. Zucca Giucca
Scienze Neurologiche	Neurologia	MED/26	2	Dott. R. Gobatto
	Psicologia clinica	M-PSI/08	2	Dott. A. Tancredi
Infermieristica applicata alla Medicina Interna Generale	Infermier. appl.alla Med.Interna generale	MED/45	3	Dott.ssa A. Gianni
	Teorie dell' Assist. Infermier.	MED/45	3	Dott. R. Sabbatini
Altro	Radioprotezione	MED/36	1	Dott. C. Marinucci
			TOTALE SEM.	20

3° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTE
Chirurgia Generale e Specialistica	Chirurgia generale	MED/18	3	Dott. W. Siquini
	Chirurgia plastica	MED/19	1	Dott. A. Scalise
Infermieristica applicata alla chirurgia generale, special. e Psichiatrica	Inf. appl alla Chir. gen.	MED/45	3	Dott.ssa M. Dallavalle
	Infermier. Psichiatrica	MED/45	2	Dott.ssa M. Amadio
			TOTALE SEM.	9





Piano di Studi del Corso di Laurea in Ostetricia

Presidente del Corso di Laurea: Prof. Andrea L. Tranquilli | Tel. 071/5962171 email a.l.tranquilli@univpm.it
 Coordinatore AFPTC: Dott.ssa Giuditta Ferrini | Tel. 071/2206254 Fax 071/2206254 email: g.ferrini@univpm.it

1° anno

CORSO INTEGRATO	MODULO DIDATTICO	SSD	CFU	DOCENTE
Scienze sociopsicologiche	Psicologia generale	M-PSI/01	4	Prof.ssa P. Marangolo
	Sociologia generale	SPS/07	2	In corso di nomina
Biochimica e biologia	Biochimica	BIO/10	2	Prof.ssa L. Mazzanti
	Biologia	BIO/13	2	Prof. G. Principato
Morfologia umana	Anatomia umana	BIO/16	3	Prof. M. Castellucci
Scienze infermieristiche ostetrico-ginecologiche (I)	Inf. spec. ost. Midwifery	MED/47	2	Dott.ssa Noemi Cortesi
	Inf.spec. ost. di base	MED/47	5	Sig.ra Albina Pitinari
Lingua straniera	Inglese scientifico	L-LIN/12	4	In corso di nomina
TOTALE SEM.			24	

2° anno

CORSO INTEGRATO	MODULO DIDATTICO	SSD	CFU	DOCENTE
Farmacologia	Farmacologia	BIO/14	2	Dott.ssa P. Castaldo
Travaglio-parto	Ginecologia ostetrica	MED/40	2	Dott. A. Ciavattini
	Assistenza travaglio e parto	MED/47	5	Dott.ssa Benvenuta Iencenella
	Assistenza puerperio e allattamento	MED/47	3	Sig.ra Simonetti Silenzi
Metodologia clinica in ostetricia e ginecologia	Ginecologia e Ostetricia	MED/40	2	Prof. A.L. Tranquilli
	Endocrinologia	MED/13	2	Dott.ssa E. Faloia
	Psichiatria	MED/25	2	Dott. B. Nardi
Altro	Radioprotezione	MED/36	1	Prof. E. De Nigris
TOTALE SEM.			19	

3° anno

CORSO INTEGRATO	MODULO DIDATTICO	SSD	CFU	DOCENTE
Tecniche diagnostiche	Genetica medica	MED/03	2	Prof.ssa F. Saccucci
Emergenze medico-chirurgiche	Anestesiologia	MED/41	2	Dott.ssa E. Adrario
	Patologia ed emergenze ostetriche	MED/47	4	Dott.ssa L. Branchini
	Ginecologia e ostetricia	MED/40	2	Dott. Nelvio Cester
TOTALE SEM.			10	





Piano di Studi del Corso di Laurea per Tecnico di Laboratorio Biomedico

Presidente del Corso di Laurea: Prof.ssa Marina Scarpelli | Tel. 071 5964814 email: m.scarpelli@univpm.it
 Coordinatore AFPTC Dott. Giorgio Bettarelli | Tel. 071/5965656 - Fax 071/889985 email: g.bettarelli@ao-umbertoprime.marche.it

1° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	S.S.D.	AMBITO	CREDITI	DOCENTE
SCIENZE PROPEDEUTICHE	FISICA MEDICA	FIS/07	Sc. Propedeutiche	2	Prof. F. Rustichelli
	STATISTICA	MED/01	Sc. Propedeutiche	2	Dott.ssa R. Gesuita
	MISURE ELETTRICHE ED ELETTRONICHE	ING-INF/07	Diagnostica di laboratorio biomedico	2	In corso di nomina
CHIMICA BIOLOGICA E BIOCHIMICA CLINICA	BIOCHIMICA CLINICA	BIO/12	Diagnostica di laboratorio biomedico	2	Prof. G. Littarru
	BIOCHIMICA	BIO/10	Sc. Biomediche	2	Prof.ssa M. Emanuelli
ANATOMIA E ISTOLOGIA	ANATOMIA UMANA	BIO/16	Sc. Biomediche	2	Dott.ssa D. Marzoni
	ISTOLOGIA	BIO/17	Sc. Biomediche	2	Dott.ssa Mattioli Belmonte
LINGUA STRANIERA	LINGUA INGLESE	L-LIN/12	per la prova finale e per la conoscenza della lingua straniera	4	In corso di nomina
TOTALE SEM.				18	

2° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	S.S.D.	AMBITO	CREDITI	DOCENTE
PATOLOGIA GENERALE	PATOLOGIA GENERALE	MED/04	Sc. Biomediche	4	Dott.ssa M.R. Rippon
ECONOMIA AZIENDALE IN SANITA' E SISTEMI DI ELABORAZIONE DELLE INFORMAZIONI (32114)	ECONOMIA AZIENDALE	SECS-P/07	Sc. Management sanitario	3	In corso di nomina
	SISTEMI DI ELABORAZIONE DELLE INFORMAZIONI	ING-INF/05	Sc. Interdisciplinari	3	In corso di nomina
MICROBIOLOGIA CLINICA	VIROLOGIA	MED/07	Diagnostica di laboratorio biomedico	2	Dott.ssa Paola Pauri
	BATTERIOLOGIA	MED/07	Diagnostica di laboratorio biomedico	2	Dott.ssa M. Mingoia
	MICOLOGIA MEDICA	MED/07	Diagnostica di laboratorio biomedico	2	Dott.ssa Maria Esther Manso Elexalde
ALTRO	RADIOPROTEZIONE	MED/36	altre attività	1	Prof. E. De Nigris
TOTALE SEM.				17	

Piano di Studi del Corso di Laurea per Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro

Presidente del Corso di Laurea: Prof. ssa Lory Santarelli | Tel. 071/2206059 | email: l.santarelli@univpm.it
 Coordinatore AFPTC Dott.ssa Catia Pieroni | Tel. 071/2206276 | email: c.pieroni@univpm.it

1° anno

CORSO INTEGRATO	MODULO DIDATTICO	SSD	CFU	DOCENTE
Scienze propedeutiche	Chimica generale organica e inorganica	CHIM/03	3	Prof. ssa G. Zolese
	Fisica applicata	FIS/07	3	Prof. F. Rustichelli
Informatica e statistica	Informatica	INF/01	3	Prof. L. Ferrante
	Statistica medica	MED/01	3	Prof. L. Ferrante
Anatomia e Istologia	Istologia	BIO/17	3	Dott.ssa A. Pugnalone
	Anatomia funzionale	BIO/16	4	Prof. A. Giordano
Lingua straniera	Inglese scientifico	L-LIN/12	3	In corso di nomina
TOTALE SEMESTRE				22

2° anno

CORSO INTEGRATO	MODULO DIDATTICO	SSD	CFU	DOCENTE
Scienze medico chirurgiche	Malattie apparato locomotore	MED/33	5	Dott. A. Gigante
	Audiologia	MED/32	4	Dott. M. Re
Diritto penale	Diritto processuale penale	IUS/16	4	In corso di nomina
	Diritto penale	IUS/17	4	In corso di nomina
Lingua straniera	Inglese scientifico	L-LIN/12	3	In corso di nomina
TOTALE SEM.				20





3° anno

CORSO INTEGRATO	MODULO DIDATTICO	SSD	CFU	DOCENTE
Igiene sanitaria	Ingegneria sanitaria ambientale	ICAR/03	4	Prof. P. Battistoni
	Igiene generale applicata	MED/42	6	Prof.ssa E. Prospero
Medicina legale e del lavoro	Medicina del lavoro	MED/44	6	Prof.ssa L. Santarelli
	Prevenzione e Protezione dei rischi: Modulo C	ING-IND/11	2	Prof. Maurizio Bevilacqua
	Medicina legale	MED/43	3	Dott. M. Pesaresi
	Scienze Tecniche Mediche applicate	MED/50	2	Dott.ssa Catia Pieroni
TOTALE SEM.			23	

Piano di Studi del Corso di Laurea per Tecnico di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia

Presidente del Corso di Laurea: Prof. Andrea Giovagnoni | Tel. 071 5964076 | email: a.giovagnoni@univpm.it
 Coordinatore AFPTC: Dott. Giovanni Mazzoni | Tel. 071/2206180 - 339/5465019 - 071/2206180 | email: g.mazzoni@univpm.it

1° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTE 10-11
Scienze Propedeutiche	Fisica Medica	FIS/07	2	Dott.ssa A. Giuliani
	Informatica	INF/01	2	Dott. S. Bompadre
Morfologia Umana	Anatomia Umana	BIO/16	4	Prof. M. Morroni
	Istologia	BIO/17	2	Dott.ssa E. Salvolini
Sistemi Informatici e Archiviazione I	Sistemi Elettronici I	ING-INF/05	4	In corso di nomina
	Sistemi Informatici I	ING-INF/05	4	In corso di nomina
	Gestione informatica integrata delle Immagini I (32626)	MED/36	2	Dott. Giorgio Marchetti
Lingua straniera	Inglese Scientifico	L-LIN/12	4	In corso di nomina
			24	

2° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTE
Patologia	Patologia Generale	MED/04	3,0	Dott. C. Ferrari
Tecniche e Apparecchiature di Diagnostica per Immagini I	Radiologia Convenzionale (II)	MED/36	2,0	Prof. G.M. Giuseppetti
	Neuroradiologia	MED/37	2,0	Prof. U. Salvolini
	Computed Radiography	MED/36	2,0	Dott. Marco Misericordia
Tecniche e Apparecchiature di Diagnostica per Immagini II	Ultrasuoni	MED/36	2,0	Dott. Giulio Argalia
	Tomografia Computerizzata	MED/36	2,0	Dott. L. Salvolini
Altro	Radioprotezione	MED/36	1,0	Prof. E. De Nigris
			14	

3° anno

CORSO INTEGRATO	MODULI DIDATTICI	SSD	CFU	DOCENTE
Tecniche e Apparecchiature di Diagnostica per Immagini III	Risonanza Magnetica	MED/36	3	Prof. A. Giovagnoni
	Controlli di Qualità	FIS/07	3	Dott.ssa Stefania Maggi
Tecniche e Apparecchiature di Medicina Nucleare II	Apparecchiature in Diagnostica MN II	MED/36	2	Dott. Giorgio Ascoli
	Tecniche di Terapia MN	MED/36	2	Dott. Marco Nonni
Tecniche e Apparecchiature di Radioterapia I	Apparecchiature e tecniche in radioterapia	MED/36	2	Dott.ssa Giovanna Mantello
	Radioterapia applicata I	MED/36	2	Dott.ssa Letizia Fabbietti
			14	

Per i moduli didattici di CFU inferiori a 2 è previsto un Corso Monografico tenuto dal docente titolare dell'insegnamento

Visita all'Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki (A.T.E.I.TH.) nell'ambito del progetto ILLENAH

Il Progetto europeo Leonardo - ILLENAH - "Internet use in Lifelong Learning of European Nurses and Allied Health Professionals" sta continuando la sua corsa. L'ultimo incontro dei partners (capoprogetto e referente per l'Europa l'Università di Liverpool, l'Università di Granata, l'Università Politecnica delle Marche e l'A.T.E.I. di Thessaloniki) si è svolto con successo presso la III Università di Salonicco dall'8 all'11 settembre 2010. Si sta per chiudere il primo anno di progettualità e si sono già offerti visite, ospitalità e collaborazioni da parte di tutte le sedi. In novembre inizierà la fase di elaborazione dei dati (in particolare modo sull'utilizzo delle attrezzature e di sistemi informatici da parte di studenti e operatori sanitari) e la prima stesura del report.

L'ILLENAH Project ha per obiettivi:

- il confronto tra i partecipanti sulle realtà formative e sui principi e modalità di erogazione dei servizi sanitari di diversi paesi d'Europa;
- lo scambio di visite e incontri tra persone e istituzioni coinvolte nella formazione didattica in ambito sanitario e nei luoghi ove avvengono le prestazioni di cura, con particolare riguardo a quelle che gestiscono piattaforme informatiche;
- la diffusione e condivisione delle informazioni all'interno della partnership.

La nostra delegazione, composta questa volta dal Professor Mauro Barchiesi, dalla Dottorssa Augusta Cucchi e dai Dottori Giovanni Mazzoni e Maurizio Mercuri, ha partecipato attivamente alla visita all'A.T.E.I.TH., l'Università che riunisce sei dipartimenti di Scienze della Salute, cinque dipartimenti di Scienze economiche ed amministrative, tre dipartimenti di Tecnologia agraria, due di Nutrizione e dietetica e tre ulteriori dipartimenti - Logistica, Moda e Design e Tecnologia dell'allevamento acquatico - decentrati poco lontano dalla città. In tre giorni di intensi lavori si sono incontrati il Rettore ed i vari responsabili dei dipartimenti delle Scienze della Salute, in particolare il Department of Nursing e il Department of Midwifery. Si sono ascoltate le relazioni presentate dai responsabili dei vari servizi tecnologicamente avanzati: particolarmente interessanti le relazioni



Fig. 1 - L'incontro con il Rettore dell'A.T.E.I. di Thessaloniki.

MAURO BARCHIESI, AUGUSTA CUCCHI, GIOVANNI MAZZONI, MAURIZIO MERCURI

Corso di Laurea in Infermieristica - Sede di Ancona
Università Politecnica delle Marche



Fig. 2 - La nostra delegazione davanti ad una delle palazzine dei Dipartimenti di Nursing e di Midwifery.

della responsabile del servizio di biblioteca, che ha dato comunicazione del lavoro svolto negli ultimi sei mesi, in cui, sotto la guida di un docente di Harvard, si è informatizzato l'intero servizio, con la possibilità di consultare *on line* ben 11.000 riviste. I partecipanti al progetto per la nostra Facoltà sono stati invitati ad una rapida valutazione del sistema dei laboratori inseriti nelle due palazzine dei corsi professionalizzanti: un laboratorio per il parto a termine (competenze di base), uno per le competenze avanzate (con vetrinette colme di strumenti chirurgici e cullette termiche), uno per la preparazione al parto delle future mamme ed uno per le puerpere (allattamento al seno), laboratori evoluti per il Nursing, comprensivi di un laboratorio per la farmacologia, dove gli studenti dei corsi si esercitano e due di anatomia, con una decina di scheletri con ossa, muscoli, ed altrettanti computer con programmi per lo studio anatomico tridimensionale. Un ulteriore laboratorio di anatomia comparata raccoglieva le esercitazioni degli studenti sul confronto tra le differenti strutture e rapporti biometrici tra uomo ed altri animali: mammiferi, volatili, ecc.

La seduta prettamente tecnica della commissione di ILLENAH, si è tenuta presso l'auditorium dell'Università. I partecipanti delle varie delegazioni sono intervenuti sulle questioni essenziali per raggiungere gli obiettivi fissati nel progetto. La delegazione inglese, ha esposto la necessità di un confronto serrato tra diversi sistemi sanitari e sistemi formativi ed ha fornito la tempistica provvisoria dei futuri incontri. Tra la fine di settembre e la fine di novembre saranno sottoposti agli studenti di tutte le sedi questionari che possano permettere ai vari rappresentanti del progetto di valutare quanto strumenti informatici e piattaforme siano usati in ambito di didattica frontale o a distanza da chi si appropria allo studio delle professioni sanitarie in ogni tipologia e momento formativo.

Il nostro gruppo ha presentato il sistema di didattica interattiva che si sta implementando grazie al lavoro del C.E.S.M.I. per tutto l'Ateneo di Ancona: una piattaforma costruita sul sistema Moodle che permette di inserire pacchetti di lezioni, di interagire con dibattiti e forum, di inviare comunicati, ecc.: vero e proprio spazio didattico virtuale. La delegazione greca è stata oltremodo accogliente e ci ha permesso di visitare alcuni dipartimenti di un ospedale moderno.



Polo Didattico di Ancona

Risorse ed attori per l'infermieristica in medicina interna secondo l'analisi SWOT

Il modello della swot analysis derivante dall'economia aziendale ha cominciato da tempo ad essere uno strumento anche per i professionisti ed i servizi del sistema di welfare. L'acronimo swot deriva dalle parole strength (forza), weakness (debolezza), opportunities (opportunità) threats (minacce). Ognuno di questi elementi rappresenta uno strumento di lettura della realtà organizzativa che si vuole prendere in considerazione da proiettare lungo due ambiti aspecifici: quello interno e quello esterno. Nel primo caso si analizzeranno i punti di forza e di debolezza della struttura organizzativa in oggetto, mentre il livello esterno, costituito dai servizi "altri" cui ci si rapporta, dall'ambiente circostante, dal sistema stesso di cui si fa parte, si analizzeranno i possibili fattori che possono rappresentare una minaccia o una opportunità. Gli elementi da analizzare sono molti, specie se si prendono in considerazione le variabili di vario ordine appartenenti alle diverse aree d'intervento dell'assistenza. In questo diventa utile soffermarsi su come il modello swot permetta di leggere ruoli e dinamiche degli attori del sistema, ed in particolare, di un reparto di Medicina Generale.

È però necessario fare una premessa sul piano infermieristico. L'area medico-internistica, al di là della sua specificità clinica e delle varie branche della medicina che la caratterizzano, nonché a livello organizzativo dei vari dipartimenti e reparti ospedalieri, servizi distrettuali e residenze territoriali, nella sostanza è quella dove in larga percentuale ancora si ravvisa la figura classica del professionista dell'infermieristica, quella che il sociologo Tousijn definisce come infermiere generalista (Tousijn w, 2001). Questi è colui che esplica sostanzialmente il suo lavoro nei reparti di degenza e che in passato era fortemente condizionato dallo svolgimento di un'assistenza esclusivamente per compiti.

Attraverso quella che può essere definita come la lente dell'analisi swot, in relazione alle specificità medico-interniste, si possono evidenziare due macroaree di interesse, relative agli attori ed alle risorse del sistema, sia a livello interno (l'unità operativa presa in esame) che a livello esterno (i vari servizi di logistica e diagnosi, l'azienda sanitaria ed il contesto territoriale). Le risorse potranno essere organizzative, strumentali e strutturali. In merito agli attori si potranno prendere in considerazione i differenti livelli di conoscenza, di competenza e le specificità degli obiettivi di riferimento. In pratica lo schema da seguire può essere il seguente:

Gli attori secondo il modello swot

Lo schema presentato può essere applicato, a titolo d'esempio, ad una tipica unità di Medicina Generale. Qui gli attori coinvolti, a partire dalle rispettive competenze saranno: infermieri, medici, OSS, altre figure assistenziali (es. fisioterapisti), i pazienti stessi ed i loro familiari. All'interno di ognuno di questi si valuteranno le rispettive conoscenze (novizio, integrato, expertise) e gli obiettivi.

Nello specifico degli infermieri ci si potrà trovare di fronte a tre diversi professionisti: quello di recente formazione cioè il novizio, quello con un certo bagaglio lavorativo e formativo, l'infermiere integrato già nel servizio e quello che riesce ad esprimere qualcosa di più rispetto agli altri, per grado di conoscenza, esperienza, capacità di lettura, etc. Questi è chiamato l'infermiere expertise. A questi tre livelli se ne può aggiungere un ulteriore, quello dell'infermiere dis-integrato, cioè colui che lavora da tempo, ha una certa professionalità e conoscenza, ma sta manifestando sempre più i segni di un burn-out professionale. Mentre le altre tre tipologie di infermiere, in base alla loro conoscenza ed esperienza, possono caricarsi sia positivamente (punti di forza) sia negativamente (punti di debolezza), l'infermiere in burn-out rischia non solo di essere un limite del sistema, un punto di debolezza, ma di diventare un elemento addirittura esterno, non letto, non riconosciuto, trasformandosi così in una minaccia. Ovviamente non è detto che l'equipe infermieristica debba presentare forzatamente le caratteristiche descritte, specie quelle maggiormente negative, ma è sicuramente un quadro da considerare e che indubbiamente l'analisi swot permette di conoscere in primo luogo, risultando così utile ad avere una chiara visione delle disfunzionalità possibili, passo necessario per poter costruire interventi risolutivi o quanto meno contenitivi.

L'analisi swot comunque non solo permette di evidenziare e valutare i diversi livelli di conoscenza dei professionisti presi in considerazione, ma anche di come questi debbano o possano mettersi in relazione fra loro al fine di aumentare i punti di forza e ridurre i punti di debolezza. Un novizio non conosce tutte le peculiarità del servizio in cui ha iniziato a lavorare, ha bisogno di tempo per poter essere in grado di applicare le conoscenze e le abilità, acquisite durante la formazione, alle varie specificità e particolarità assistenziali del servizio. Sicuramente sotto quest'ottica il novizio può rappresentare potenzialmente un punto di debolezza del servizio (quando non sia prevista, strutturata ed organizzata il suo inserimento), ma al tempo stesso può essere un punto di forza nel momento in cui il bagaglio cognitivo del nuovo arrivato diventa strumento di aggiornamento e dibattito all'interno della stessa equipe. Punto di forza nel momento

	Unità operativa (livello interno)		Ambiente (livello esterno)	
Attori conoscenze, competenze, obiettivi.	<i>Strength</i> (fattori di forza)	<i>Weaknesses</i> (fattori di debolezza)	<i>Threats</i> (minacce)	<i>Opportunities</i> (opportunità)
Risorse organizzative, strumentali, strutturali.	<i>Strength</i> (fattori di forza)	<i>Weaknesses</i> (fattori di debolezza)	<i>Threats</i> (minacce)	<i>Opportunities</i> (opportunità)



in cui l'inserimento non solo è pianificato, ma è vissuto dall'equipe infermieristica come momento di rivisitazione di passaggi, conoscenze, protocolli, ecc. troppo spesso dimenticati o dati per scontati.

Parimenti, sempre attraverso la chiave di lettura del modello swot si può analizzare compiutamente la figura dello stesso infermiere espertise che può rappresentare un punto di forza del sistema ma, nel momento in cui questi non riesce a comunicare le sue conoscenze, ad essere strumento di organizzazione, coordinamento, pianificazione, rischia di diventare disfunzionale, di non essere capito, compreso, riconosciuto come risorsa ed accettato dall'equipe stessa, fino ad un livello di isolamento tale che può essere la base stessa della nascita di meccanismi di burn-out. Meccanismi del resto che possono riguardare anche l'infermiere integrato, il quale, a sua volta, può rischiare di diventare novizio di fronte alla necessità di un aggiornamento continuo, specie rispetto a pratiche e modelli assistenziali, a conoscenze di vario tipo cui non riesce ad adattarsi, o ad implementare, rischiando di diventare inesperto più del neoassunto stesso.

Il modello swot ovviamente non dice come risolvere questi problemi, ma è utile ad evidenziarli, per averne una chiara conoscenza e percezione, punto di partenza per una loro prima risoluzione. Quanto detto per gli infermieri vale per ogni singolo attore del sistema, sia esso medico, operatore socio-sanitario, o altre figure professionali particolari chiamate in causa volta per volta (fisioterapisti, tecnici riabilitatori, ecc.) ed anche, non ultimo, per gli stessi pazienti ed i familiari che nella costruzione del processo di aiuto e della relazione terapeutica, sono soggetti del processo e non certo oggetti passivi delle prestazioni. Tutti questi attori, sono diversi per le loro conoscenze (percorsi formativi professionali e bagagli cognitivi individuali), ma anche per le loro competenze. E' un fatto di importanza primaria che può essere la premessa per dimensioni sinergiche e coordinate degli interventi e delle prestazioni, nella direzione della multiprofessionalità e del lavoro di equipe citati, ma possono costituire anche gli elementi rigidi di visioni gerarchiche controproducenti al sistema stesso nel momento in cui l'ordine impartito prevale sulle decisioni comuni, la valutazione individuale non tiene conto di quelle condivise dell'equipe appunto. La lettura dinamica e comparativa che l'analisi swot fornisce permette di cogliere le varie peculiarità non solo delle singole competenze ma come queste possono in alcuni momenti rappresentare un punto di debolezza anziché di forza e viceversa.

Lungo questa prospettiva può immettersi anche il terzo elemento della valutazione in oggetto: gli obiettivi degli attori del sistema. Elementi che sono molto spesso chiamati in questione, ma che, a proposito degli attori di un'area medico-internistica, assumo una valenza caratterizzante e di specificità al pari delle conoscenze e delle competenze. Gli obiettivi del personale di un reparto di Medicina Generale, non sono gli stessi dei familiari e dei pazienti (attori pur essi del sistema), e più in generale non coincidono questi con quelli della struttura aziendale (livello esterno). Nel primo caso predominerà la visione propriamente sanitaria del problema da affrontare, letto prevalentemente come disease, mentre quello che emergerà maggiormente in pazienti e familiari è la percezione, la rappresentazione che essi hanno, e danno, del loro stato di salute, vissuto come illness, che non è coincidente con l'ottica del disease. Ed infine, a rendere ancora più complessa la questione è come il problema dal sistema invece è letto come sickness, cioè la rappresentazione di sistema della malattia, sia esso di natura sociale e comunitaria o semplicemente di struttura, in termini puramente economici come questione che fa mobilitare più o meno risorse, porta più o meno profitti, e così via.

Come riuscire in queste tre diverse dimensioni ad arrivare a costruire obiettivi assistenziali comuni? Difficile dirlo, di certo c'è il fatto che, attraverso l'analisi presentata, una lettura più composita della strutturazione degli interventi consente, a partire dai vari attori, di avere almeno chiaro un quadro prospettico lungo la cui scia muoversi al fine di costruire realmente interventi

assistenziali integrati sul piano sanitario e sociale, frutto di un confronto dinamico fra professionalità e discipline, aspettative e bisogni di vario genere, dove il lavoro di equipe sia realmente tale e crei quell'ambiente ricco che, in particolare per la professione infermieristica, ne permetta sempre più lo sviluppo in ottiche progettuali fuoriuscendo definitivamente dalla gabbia delle funzioni e dei compiti da assolvere.

Conclusioni

Ovviamente quelli messi in evidenza rappresentano dei macrolivelli di analisi cui potranno essere associati tutti quegli elementi che in un modo o nell'altro concorrono a costruire, organizzare, strutturare ed indirizzare l'attività in esame. Analizzare in questo lavoro nello specifico ogni singolo elemento richiederebbe più spazio del dovuto. E' stato utile però soffermarsi, al fine di capire la dimensione applicative dell'analisi swot, in particolare sugli attori del sistema, quelli del livello interno, dell'unità operativa che si vuole valutare.

Non è un caso la scelta di questa parte a titolo esemplificativo. Molto spesso l'attività professionale dell'infermiere, e più in generale delle figure sanitarie e sociali relative alla cura e all'assistenza, si esplica non solo sul piano semplicemente cognitivo e tecnico, ma anche su quello relazionale e comportamentale dove, rigidità del sistema, dimensioni gerarchiche di vario tipo, corporativismi e personalismi di sorta alla fine possono risultare gli elementi di fondo che condizionano fortemente il professionista, al di là di quanto egli stesso, e l'organizzazione strutturale del sistema, prevedano. Del resto da anni si parla di lavoro di equipe e di multiprofessionalità ed interdisciplinarietà come strumenti funzionali al sistema di welfare, ma poi, alla conta dei fatti, continuano ad essere in troppe occasioni difficili da attivare.

Quanto detto sin qui è solo una piccola parte di ciò che, attraverso la chiave di lettura dell'analisi swot può essere messo in evidenza al fine di migliorare il proprio lavoro conoscendone i vari punti di forza o di debolezza, quegli elementi cioè propri del sistema interno cui direttamente si partecipa, senza dimenticare peraltro le opportunità e le minacce del sistema esterno, più difficile da modificare, e anche spesso più difficili da riconoscere. Questo accade nel momento in cui la stessa identità professionale dell'infermiere invece di essere strumento di crescita etica individuale e collettiva diventa strumento di isolamento, alienazione dal contesto e mancata relazione e comunicazione con il primo referente del lavoro infermieristico, la persona portatrice di un bisogno.

Giordano Cotichelli, Sandro Ortolani, Stefano Santini
Corso di Laurea in Infermieristica, Polo di Ancona

Bibliografia

- 1) Tousijn W. (2003) nella rivista *Salute e società, anno secondo, n. 1*, Milano: Franco Angeli.
- 2) Grea S. (2000) *Dentro la crescita dell'impresa. Le analisi SWOT e PAR*, Milano: Franco Angeli.
- 3) Destrebecq A., Terzoni S. (2007) *Management infermieristico*, Roma: Carocci Faber.



Prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro

Per dipendenti, studenti e frequentatori occasionali
a cura della Ripartizione Tecnica e Ripartizione Segreteria di Presidenza

Premessa

L'idea di questa pubblicazione nasce dall'esigenza di formare ed informare i lavoratori della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche.

La normativa vigente, con il termine di lavoratore individua diverse figure in un'accezione più ampia di quella comunemente considerata. Infatti, il DLgs 81/08 nell'art. 2 comma 1 lettera a "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" definisce come Lavoratore la "persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione... il socio lavoratore di cooperativa o di società, anche, di fatto, che presta la sua attività per conto delle società e dell'ente stesso; l'associato in partecipazione... il soggetto beneficiario delle iniziative di tirocini formativi e di orientamento..... al fine di realizzare momenti di alternanza tra studio e lavoro o di agevolare le scelte professionali mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro; l'allievo degli istituti di istruzione ed universitari e il partecipante ai corsi di formazione professionale nei quali si faccia uso di laboratori, attrezzature di lavoro in genere, agenti chimici, fisici e biologici, ivi comprese le apparecchiature fornite di videoterminali limitatamente ai periodi in cui l'allievo sia effettivamente applicato alla strumentazioni o ai laboratori in questione.....il volontario...". Quindi, nel nostro specifico, comprende non solo i dipendenti dell'Ateneo di qualsiasi ordine e livello, con qualsiasi tipo di contratto, ma anche gli studenti dei corsi di laurea, i dottorandi, gli specializzandi e i borsisti e tutti gli operatori del Servizio Sanitario Nazionale che operano all'interno della Facoltà.

All'interno della Facoltà sono presenti numerose fonti di rischio sia per la salute che per la sicurezza (rischio fisico, chimico, biologico, prevenzione incendi, ecc.), che possono provocare situazioni di emergenza.

Queste emergenze, che a volte possono essere imputate all'inadeguato comportamento dei lavoratori, potrebbero essere evitate o, sicuramente, più correttamente gestite se venissero puntualmente rispettate le norme di buona prassi.

Per buona prassi, secondo il DLgs 81/08 nell'art. 2 comma 1 lettera v, si intendono tutte quelle "soluzioni organizzative o procedurali coerenti con la normativa vigente e con le norme di buona tecnica, adottate volontariamente e finalizzate a promuovere la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro attraverso la riduzione dei rischi e il miglioramento delle condizioni di lavoro,

Considerata l'ampiezza e la complessità del problema, ben lungi dal pensare di poter essere esaustivi. L'intento è solo quello di fornire utili suggerimenti comportamentali, basati, sulle buone prassi, da seguire nelle più comuni condizioni in cui la sicurezza e la salute dei lavoratori può essere messa a repentaglio; ciò al fine di evitare, o almeno limitare, l'insorgenza di situazioni di emergenza.

Nel caso in cui si ritenessero utili ulteriori chiarimenti, gli utenti potranno rivolgersi alla struttura che, nel rispetto delle disposizioni legislative in vigore sulla materia, l'Università ha istituito presso l'Amministrazione: "Ripartizione Sicurezza ed Antinfortunistica".

Norme generali per la sicurezza

1. Le porte tagliafuoco devono restare sempre chiuse.
2. Non ostruire le vie di esodo (corridoi e scale) e le uscite di sicurezza evitando di depositare oggetti e quant'altro possa intralciare il passaggio.
3. Non ostacolare le uscite di emergenza e l'accesso ai pannelli elettrici ed alle attrezzature di soccorso.
4. Astenersi dal rimuovere o modificare senza autorizzazione i dispositivi di sicurezza o di segnalazione o di controllo.
5. Non usare fiamme libere in tutti gli spazi segnalati (aule, biblioteche, sale studio, laboratori di didattica, di ricerca, ecc...) e rispettare tutti i segnali di divieto e di obbligo



- presenti nelle strutture universitarie, compresi i parcheggi.
6. Accedere nei laboratori solo se preventivamente autorizzati dal Responsabile dell'attività di didattica e di ricerca del Laboratorio (RL) nominato secondo il D. Ministeriale 363/98.
 7. Partecipare a tutti i corsi di formazione ed informazione organizzati dalla struttura.
 8. Non introdurre mai nelle aule didattiche sedie e quant'altro possa costituire fonte di intralcio alle vie di fuga e causa di cadute.

Comportamento in caso di aggressione

Sempre più frequentemente le aggressioni avvengono in modo repentino e senza preavviso e in tal caso:

- se si è spettatori e non si sa come intervenire, tenersi a distanza dall'aggressore;
- non discutere con l'aggressore mettendo in discussione le sue affermazioni o cercando di convincerlo;
- chiamare immediatamente le forze dell'ordine (112 o 113).

Comportamento in caso di minacce di attentati e sabotaggi

Chunque, all'interno del Plesso, riceva la segnalazione di minacce di sabotaggi ed attentati, dovrà avvisare, nei tempi più rapidi e nell'ordine, il Coordinatore d'Ateneo per l'emergenza ed il Preside.

Comportamento in caso di eventi naturali avversi

In caso di eventi naturali catastrofici, quali terremoti, frane, inondazioni, trombe d'aria, scariche atmosferiche, gli studenti ed i frequentatori occasionali dovranno allontanarsi dall'area colpita in maniera ordinata utilizzando le vie di fuga e le uscite di sicurezza ancora praticabili.

Il personale, per quanto possibile, prima di allontanarsi, metterà in sicurezza le attrezzature o eventuali sostanze pericolose al fine di evitare, in caso di mancato controllo, ulteriori situazioni di rischio.

Comportamenti in caso di incendio

Chunque avverta indizi di fuoco, fumo e/o odore di bruciato proveniente da ambienti e locali del plesso, deve:

- a) se fa parte della Squadra per l'Emergenza, allertarsi immediatamente per accertare di quale evento trattasi;
- b) se non fa parte della Squadra per l'Emergenza, avvisare immediatamente la Portineria o un componente della Squadra, che provvederà ad attivare le procedure previste dal Piano di Emergenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia.
- c) In caso di evacuazione il personale, gli studenti, i visitatori e

quanti sono presenti ad altro titolo nella struttura, dovranno:

1. attenersi alle disposizioni impartite dagli addetti delle Squadre di Emergenza ed alle norme previste;
2. dirigersi in modo ordinato verso l'esterno e in direzione del luogo sicuro più vicino, seguendo la via più breve indicata sull'apposita segnaletica, chiudendo le porte tagliafuoco (tutte le porte di color grigio sia munite che prive di finestrella di vetro, poste in tutti i piani della Facoltà) e non usando gli ascensori;
3. se i corridoi e le scale sono invasi dal fumo, rimanere nella stanza mantenendo chiuse le porte e chiudendo le fessure con stracci bagnati;
4. aiutare le persone in difficoltà e, qualora la situazione lo permetta, riporre in luogo sicuro eventuali sostanze pericolose;
5. non effettuare nessun'altra manovra se non si sono ricevute adeguate istruzioni.
6. tutte le figure del punto C dovranno convergere nei luoghi sicuri.

N.B. Tutti gli utenti di ogni singola struttura dovranno convergere nello stesso luogo di raccolta per facilitarne il controllo.

Il personale strutturato della Squadra per l'Emergenza procederà inoltre, per quanto possibile; a

1. togliere l'alimentazione elettrica;
2. chiudere il gas;
3. fermare l'impianto di condizionamento;
4. mettere le strumentazioni in condizioni di sicurezza.

Comportamento in caso di evacuazione

Se sono presenti Enti di Soccorso istituzionali che hanno assunto la gestione dell'emergenza, la decisione di evacuare il personale dall'area in cui si verifica l'evento, spetta al Coordinatore d'Ateneo per l'emergenza o, in mancanza, al Responsabile della Squadra per l'Emergenza (sentiti gli Organi Istituzionali).

I presenti, sotto la guida dei componenti della Squadra per l'Emergenza, dovranno allontanarsi dall'area interessata con calma e disciplina, utilizzando le vie di fuga e le uscite di sicurezza che, come previsto dalla Legge, sono indicate con segnaletica verticale di colore verde.

- L'avviso di evacuazione dovrà riguardare tutti i presenti, comprese le imprese esterne e i visitatori.

Individuazione dei luoghi sicuri

- il piazzale antistante l'entrata Est della Facoltà e la zona limitrofa riservata a parcheggio (lato mare);
- le aree esterne situate sul lato Sud della Facoltà adibite a



verde e percorsi pedonali (parcheggio studenti);
- le aree esterne situate sui lati Ovest e Nord della Facoltà (statua Padre Pio – Ospedale).

Rilevazione automatica di incendio

Lo scopo della rilevazione automatica di un incendio è quello di preallertare le persone presenti in tempo utile per abbandonare l'area interessata dall'incendio finché la situazione sia ancora relativamente sicura. Nella Facoltà di Medicina e Chirurgia sono installati e funzionanti:

1. un sistema automatico di rilevazione dei fumi e dei gas funzionante in base a settori interessati;
2. un sistema di allarme automatico sonoro che può essere azionato anche manualmente dai vari pulsanti dislocati nei diversi punti dell'edificio;
3. un combinatore telefonico, attivo solo durante le ore di chiusura, collegato con il Servizio Metronotte incaricato di allertare gli Enti Esterni di Soccorso.

Procedure di allarme

Evacuazione: è segnalata da un suono continuo e persistente sino al rientro dell'allarme.

Uso dell'estintore

Uno degli strumenti più importanti di autoprotezione per poter intervenire negli incendi di lieve entità è l'estintore.

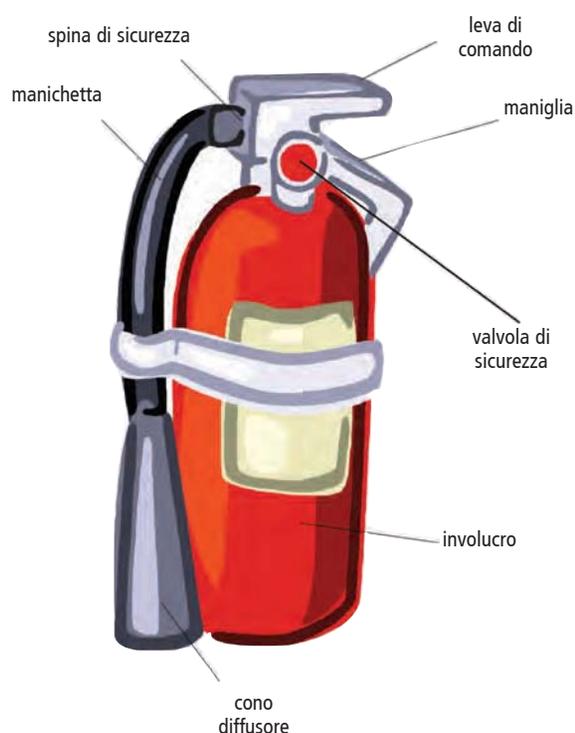
La Facoltà ha in dotazione estintori ad anidride carbonica e a polvere che possono essere utilizzati indifferentemente su ogni tipo di sostanza che brucia ed anche su apparecchiature elettriche (solo a CO₂).

Si riportano di seguito alcune utili indicazioni per poter utilizzare adeguatamente un estintore:

1. Sganciare l'estintore dalla staffa a muro
2. Agitare l'estintore per capovolgimento 2 o 3 volte se a polvere
3. Tirare con forza la spina di sicurezza adiacente alla leva
4. Impugnare con una mano la maniglia dell'estintore e con l'altra il tubo di erogazione (manichetta)
5. Premere la leva di erogazione evitando il getto alla base della fiamma

Attenzione:

- non indirizzare mai il getto controvento
 - non usare l'estintore capovolto
 - se si interviene in due non posizionarsi mai di fronte ma porsi ad angolo retto
6. L'estintore, anche se utilizzato parzialmente, dovrà essere sostituito.



Cartellonistica

I cartelli utilizzati (vedi allegati) si distinguono in:

- cartelli di divieto;
- cartelli di avvertimento;
- cartelli di prescrizione;
- cartelli di salvataggio;
- cartelli per attrezzatura antincendio.

Comportamento in caso di fughe di gas

Tale evento potrebbe verificarsi solo nei laboratori della Facoltà e in tal caso:

- non accendere la luce
- se possibile intervenire chiudendo le valvole di ingresso del gas;
- prepararsi per ulteriori esplosioni riparandosi vicino muri perimetrali o sotto un tavolo robusto;
- allontanarsi dalle finestre, apparecchiature elettriche e scaffali;
- allontanarsi con prudenza dalla zona non usando gli ascensori;
- non causare mai fonti di innesco, (accendini o fiammiferi).

Nota: la Facoltà di Medicina è dotata di dispositivo automatico per il rilevamento delle fughe di gas. Tale dispositivo determina la chiusura automatica della condotta primaria del gas alla sua origine.



Comportamento in caso di mancanza di energia elettrica

La Facoltà è dotata di gruppo elettrogeno che entra automaticamente in funzione dopo circa 15 secondi e sono presenti luci di emergenza autoalimentate che garantiscono almeno un'ora di luce nei casi gravissimi ed eccezionali di assenza di alimentazione (rottura del cavo principale, ecc...). In quest'ultimo caso:

- nel buio più completo, fermarsi alcuni secondi per abituare gli occhi al buio ed attendere il ritorno della luce;
- indicare ai visitatori le uscite di emergenza;
- incamminarsi verso le uscite con prudenza avvalendosi delle luci di emergenza;
- non utilizzare mai gli ascensori

In ascensore:

- tranquillizzare i presenti;
- usare il pulsante di allarme;
- sarete contattati il prima possibile tramite citofono o direttamente al piano in cui siete fermi;
- non cercate di aprire le porte perché si renderebbe più difficoltoso l'intervento degli operatori;
- aspettare l'intervento della squadra d'emergenza.

Norme per la salute negli ambienti di lavoro

Comportamento in caso di emergenza sanitaria

Chiunque si trovi a rilevare una qualsiasi emergenza sanitaria, deve immediatamente avvisare:

- l'addetto di Primo Soccorso presente rilevabile dall'elenco dei componenti della Squadra di Emergenza affisso nelle portinerie (responsabile **Sig. Alessandro Maltoni Telefono 6183**) che provvederà, se lo terrà necessario, ad avvertire gli Enti Esterni di Soccorso (**Telefono 118 o 115**);
- la Portineria.

In attesa dell'eventuale arrivo dell'ambulanza, l'addetto di Primo Soccorso, che nel frattempo si sarà portato sul luogo dell'incidente, provvederà a prestare i primi soccorsi al ferito utilizzando la cassetta del Primo Soccorso disponibile presso la Portineria e ad effettuare le procedure di primo soccorso sanitario per cui è stato opportunamente formato.

Procedura di chiamata dei mezzi di soccorso

La richiesta di intervento dei Vigili del Fuoco o degli Enti Istituzionali di Soccorso compete al personale della

Portineria o al Responsabile della Squadra per l'Emergenza o comunque, **in mancanza** degli addetti, a chiunque si renda conto della gravità dell'emergenza.

Per questo si riporta la procedura di richiesta.

Si dovrà procedere in maniera chiara secondo lo schema seguente:

- mantenere la calma ed ascoltare bene quello che ci viene richiesto rispondendo compiutamente alle domande dell'interlocutore;
- comunicare i dati di chi chiama (nome) e a che titolo (ente, struttura, ubicazione, numero di telefono) specificare in quale istituto, ufficio, laboratorio, ecc..., si è verificata l'emergenza e a quale piano del Plesso;
- descrivere la scena dell'emergenza in cui ci si trova (*ad es. in presenza di incendio specificare se piccolo, medio, grande; in caso di evento naturale o minaccia di attentato indicare numero delle persone coinvolte, stato di coscienza dei feriti ecc...;*);
- prendere nota dell'ora in cui è stata effettuata la comunicazione e attendere che l'interlocutore dia conferma della presa in carico delle richieste d'intervento prima di interrompere la comunicazione.

Norme sulla movimentazione manuale dei carichi

Il lavoratore non movimentare manualmente carichi superiori ai valori limiti previsti dalla normativa italiana (25 Kg. per i maschi, 20 Kg. per le femmine). In caso di movimentazione di carichi pari o inferiori a tali limiti (pacchi di libri, carta, prodotti, ecc.) il lavoratore è tenuto ad osservare le informazioni e le indicazioni ricevute. In caso di incertezza relativamente al peso o all'assetto del carico, chiedere informazioni al responsabile/referente della struttura in cui si opera.

Norme di prevenzione nel caso in cui lo studente o il frequentatore occasionale effettui attività di laboratorio

- L'accesso ai laboratori deve essere preventivamente autorizzato dal Responsabile del Laboratorio (RL)
- Non iniziare mai nessuna attività di ricerca prima che il Responsabile del Laboratorio abbia valutato che l'operatore sia in grado di effettuare in modo corretto la Procedura di laboratorio; ciò al fine di eliminare o ridurre al minimo i rischi per la sicurezza e la salute connessi all'esecuzione della stessa. Il RL stesso comunicherà l'autorizzazione a procedere.
- Osservare le norme operative di sicurezza vigenti in ciascun



- laboratorio ed attenersi strettamente alle disposizioni impartite dal responsabile/referente e dagli incaricati, ai fini della protezione collettiva ed individuale.
- Leggere attentamente le schede di sicurezza dei prodotti chimici utilizzati nelle procedure e leggere attentamente i consigli e le frasi di rischio riportate sull'etichette.
 - Ogni qualvolta arrivano nuovi reagenti, assicurarsi che siano corredati delle schede di sicurezza relative al prodotto ordinato così come previsto dalla normativa; in caso contrario richiederle alle Ditte prima di utilizzare i prodotti.
 - Nel caso fossero preparate soluzioni diverse da quelle contenute nei contenitori originali, etichettare correttamente i contenitori utilizzati, indicando le sostanze usate, il simbolo di Rischio e le lettere che indicano le Frasi di Prudenza.
 - Non mescolare sostanze chimiche diverse se non previsto dalla procedura e soprattutto se non si conoscono con certezza i possibili effetti dovuti alle interazioni tra chimici.
 - Non lavorare mai da soli specialmente fuori orario, non lasciare senza controllo reazioni chimiche in corso e non abbandonare materiali non identificabili nell'area di lavoro.
 - Usare in laboratorio i Dispositivi Individuali (DPI) e Collettivi di Protezione appropriati per ogni livello di rischio, ogni qualvolta si rendano necessari, (camici, guanti a perdere, occhiali, opportune maschere protettive, calzature, ecc. ...) che devono essere utilizzati correttamente e tenuti sempre in buono stato di manutenzione.
 - Comunicare a colleghi, frequentatori, studenti presenti nel laboratorio se le procedure in corso possano comportare qualche eventuale rischio.
 - Mantenere in ordine e pulito il laboratorio. Non introdurre sostanze ed oggetti estranei all'attività lavorativa.
 - Non fumare ed astenersi dal mangiare e bere in laboratorio, non conservare bevande e cibi nei frigoriferi dei laboratori.
 - Non pipettare con la bocca.
 - Riferire immediatamente al RL eventuali incidenti o condizioni di non sicurezza.
 - In caso di spandimento accidentale di materiali biologici, sostanze chimiche e isotopi radioattivi, avvertire il RL e utilizzare i Kit di emergenza appropriati che devono essere presenti in ogni struttura.
 - Qualsiasi attività di ricerca è soggetta a leggi e regolamenti che devono essere considerati già nella fase progettuale.
 - Attenersi scrupolosamente alle linee guida per l'uso di attrezzature e delle procedure standard.
 - Rimuovere prontamente vetreria e attrezzature quando non servono più, svuotare prontamente i contenitori con i liquidi di scarto e versare solventi, aldeidi e quanto altro nei contenitori specifici per i rifiuti liquidi.
 - Non toccare nulla nel laboratorio con i guanti con cui si sono maneggiate sostanze chimiche, materiale biologico ed isotopi radioattivi. E' inoltre severamente vietato l'uso dei guanti al di fuori del laboratorio.
 - Al di fuori del laboratorio, non indossare mai il camice con cui si lavora.
 - Indossare sempre un abbigliamento adeguato, evitando situazioni che possano comportare difficoltà di movimento o rischio di incidente (es. scarpe con tacchi alti, capelli lunghi sciolti, collane, anelli e bracciali, etc.).
 - Utilizzare scrupolosamente tutti i dispositivi di protezione individuali richiesti dalle procedure (camice, guanti, occhiali, visiere paraschizzi, maschere, grembiuli e scarpe di protezione per manipolazione criogeni, indumenti pesanti all'interno delle camere fredde).
 - Non ostacolare le uscite di emergenza e l'accesso ai pannelli elettrici ed alle attrezzature di soccorso.
 - Si sconsiglia l'uso di lenti a contatto perché possono trattenere sostanze nocive che in caso di incidente potrebbero peggiorarne le conseguenze o pregiudicare le operazioni di primo soccorso. Le lenti a contatto possono essere utilizzate solo con gli appositi occhiali di protezione totale.
 - L'eventuale stato di gravidanza va notificato quanto prima al RL, il quale adotterà immediatamente le procedure adeguate come prescritto dalla legge.
 - Sottoporsi agli eventuali controlli sanitari previsti.
 - Al termine della giornata lavorativa spegnere tutte le apparecchiature (computer, stampanti, strumentazione di laboratorio, ecc.)
 - Segnalare tempestivamente il cattivo stato di apparecchiature elettriche o degli impianti.
 - Negli stabulari, la presenza di animali, può essere causa non solo di rischio biologico, ma può provocare anche danni fisici (graffi e morsi); pertanto è obbligatorio porre particolare attenzione per evitare tali inconvenienti.
 - Nel caso di utilizzo di materiale biologico di cui non si conosce lo stato di asetticità, trattarlo con precauzione (soprattutto se si utilizzano taglienti o aghi), sotto cappa, muniti di consoni dispositivi di protezione individuale.

Affollamento nei laboratori

Evitare il più possibile l'affollamento nei laboratori.

In caso di affollamento, coordinare i propri movimenti con quelli di altri esecutori. Il CNR consiglia una disponibilità di spazio non inferiore a 10 m³ al lordo degli arredi per ogni lavoratore occupato in ciascun ambiente.

Nota: è buona prassi che l'accesso ai laboratori,



indipendentemente dalla figura istituzionale rappresentata dal soggetto in esame, sia consentito esclusivamente a tutti coloro che siano stati informati, formati circa le attività svolte dal laboratorio e ai rischi correlati; e ne abbiano sottoscritto l'avvenuta istruzione.

Riservato ai soggetti "diversamente abili"

Comunicare, se lo si ritiene necessario, la propria disabilità alla prof.ssa Maria Gabriella Ceravolo, Sezione di Neurologia del Dipartimento di Neuroscienze (c/o U.O. di Neuroriabilitazione Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti di Ancona").

Assicurazione degli studenti contro gli infortuni

Ai sensi del D.P.R. 30.06.1965 n. 1124, gli studenti universitari regolarmente iscritti, in corso o fuori corso sono assicurati contro gli infortuni e le malattie professionali. Gli eventuali casi di infortunio devono essere comunicati tempestivamente al responsabile delle attività di didattica o ai suoi collaboratori, che provvederanno agli adempimenti del caso.

In particolare lo studente in attività di tirocinio presso le strutture sanitarie facenti parte della rete formativa, in caso di infortunio o incidente attua le procedure sanitarie che gli vengono prescritte dai responsabili delle strutture in cui è avvenuto l'infortunio/incidente e/o quelle che comunque ritiene necessarie alla tutela della propria salute (accesso a Pronto Soccorso ecc.) ed informa il prima possibile il Coordinatore della Attività Formativa Pratica e Tirocinio Clinico attraverso una dichiarazione illustrativa dell'evento, dichiarazione sottoscritta dallo stesso e controfirmata dal Tutore/Docente responsabile dello studente.

Nel caso in cui sia stato necessario il ricorso al Pronto Soccorso, alla predetta dichiarazione dovrà essere allegata anche una copia del verbale rilasciato dalla struttura sanitaria con l'indicazione della prognosi.

La documentazione comple-



ta dovrà essere trasmessa in originale entro le 24 ore successive all'Ufficio Segreteria di Presidenza per il successivo inoltro alla Ripartizione Sicurezza ed Antinfortunistica dell'Università Politecnica delle Marche nonché al Servizio Provveditorato, Economato e Patrimonio ai fini assicurativi.

Norme comportamentali in caso di emergenza

Al verificarsi di una emergenza si devono attuare le seguenti procedure:

- a) Durante il normale orario di lavoro, se l'evento è conclamato e di evidente gravità o se solo lo si sospetti (odore di fumo, gas, ecc....), chiunque si accorga di un'emergenza deve avvisare immediatamente:
 - la Portineria;
 - il Responsabile della Squadra per l'Emergenza o qualsiasi altro componente della Squadra;
 - il Coordinatore d'Ateneo per l'emergenza;
- b) se l'evento si verifica dalle ore 19.30 alle ore 7.30 di tutti i giorni o nei giorni festivi o prefestivi, cioè al di fuori del normale orario di lavoro, bisogna avvisare:
 - gli Enti Esterni di Soccorso: VIGILI del FUOCO, 115 - PRONTO SOCCORSO SANITARIO - 118
 - il Servizio di Vigilanza: METRONOTTE spa 071.2801111-12
- c) per ogni altra eventualità che non rientri nell'emergenza immediata, fare riferimento alle portinerie.

Una volta individuato il luogo da cui proviene l'allarme, la Squadra per l'Emergenza deve recarvisi immediatamente munita dei mezzi e dei dispositivi previsti (contenuti nell'apposito zaino in dotazione) per fronteggiare l'emergenza (es.: estintori, elmi, guanti, occhiali, ecc...).

Riferimenti

Plesso

Facoltà di Medicina e Chirurgia, Via Tronto, 10/A
60126 Torrette di Ancona

Presidente - Prof. Tullio Manzoni

Capo Ripartizione Tecnica di Presidenza
Alessandro Maltoni

Ripartizione Sicurezza ed Antinfortunistica CSGE
Filomena Savini



Componenti della squadra per l'emergenza e il primo soccorso del plesso

Alessandro Maltoni Responsabile	Presidenza	6183	Luigi Fiorindi	Dip.Patol.Molecolare	6218 / 853347
Gerardo Galeazzi	Sez.di Farmacologia	6036	Claudia Giacani	Presidenza	6159
Luigi Caruso	Portineria	6000	Paola Torrelli	Centro RMN	854095 / 854083
Franco Pettinari	Sez.di Farmacologia	6036	Giovanni Mazzoni	Presidenza	6180
Marisa Del Papa	Sez. di Psichiatria	6192	Maurizio Mercuri	Presidenza	6159
Ferdinando Samniatelli	Sez. Odontostomat.	6220	Maria Laura Fiorini	Presidenza	6198
			Maria Russo	Dip. Pat. Molec.	6240

Numeri utili per l'emergenza

Vigili del Fuoco	115	Pronto Soccorso Sanitario	118
Soccorso Nazionale	113	Portineria	6000/6001
Carabinieri	112	Pronto Soccorso Sanitario	071/2801111-2

CARTELLI DI DIVIETO

Vietato fumare	Vietato fumare o usare fiamme libere	Vietato ai pedoni	Divieto di spegnere con acqua
Acqua non potabile	Divieto di accesso alle persone non autorizzate	Vietato ai carrelli di movimentazione	Non toccare

CARTELLI DI AVVERTIMENTO

Materiale infiammabile o alta temperatura (1)	Materiale esplosivo	Sostanze velenose	Sostanze corrosive
Materiali radioattivi	Carichi sospesi	Carrelli di movimentazione	Tensione elettrica pericolosa
Raggi laser	Pericolo generico	Materiale comburente	Radiazioni non ionizzanti
Campo magnetico intenso	Pericolo di inciampo	Caduta con dislivello	Rischio biologico
Bassa temperatura	Sostanze nocive o irritanti		

Allegato 1 - Cartelli di divieto e di avvertimento utilizzati nei luoghi di lavoro per la prevenzione e la sicurezza.



CARTELLI DI PRESCRIZIONE

 Protezione obbligatoria delle vie respiratorie	 Protezione obbligatoria degli occhi	 Casco di protezione obbligatoria	 Protezione obbligatoria dell'udito
 Obbligo generico (con eventuale cartello supplementare)	 Calzature di sicurezza obbligatoria	 Guanti di protezione obbligatoria	 Protezione obbligatoria del corpo
 Protezione obbligatoria del viso	 Protezione individuale obbligatoria contro le cadute	 Passaggio obbligatorio per i pedoni	

CARTELLI DI SALVATAGGIO

 Percorso/Uscita di emergenza	 Percorso/Uscita di emergenza	 Percorso/Uscita di emergenza	 Percorso/Uscita di emergenza
 Percorso/Uscita di emergenza	 Pronto soccorso	 Telefono per salvataggio e pronto soccorso	 Lavaggio degli occhi
 Direzione da seguire	 Direzione da seguire	 Direzione da seguire	 Direzione da seguire
 Barella	 Doccia di sicurezza		

CARTELLI PER LE ATTREZZATURE ANTINCENDIO

 Lancia antincendio	 Scala	 Estintore	 Telefono per gli interventi antincendi
 Direzione da seguire	 Direzione da seguire	 Direzione da seguire	 Direzione da seguire

Allegato 2 - Cartelli di prescrizione, salvataggio e per le attrezzature antincendio, utilizzati nei luoghi di lavoro per la prevenzione e la sicurezza.





Polo Didattico di Ancona

Resilienza e Relazione d'Aiuto in Infermieristica

Un tempo si chiamava "forza d'animo", Platone la nominava "tymoidés" e indicava la sua sede nel cuore. La Resilienza è al centro di interesse scientifico e clinico ed è considerata una caratteristica ordinaria presente negli esseri umani, nelle famiglie e nelle comunità, viene utilizzata dall'individuo per migliorare la propria salute mentale ed emozionale, per risolvere situazioni difficili nella vita quotidiana.

Una revisione della letteratura del 2009, discute la resilienza e l'applicazione della ricerca di resilienza nella formazione infermieristica. La teoria della resilienza dovrebbe far parte del contenuto educativo sulla preparazione professionale degli studenti, al fine di dar loro forza e resistenza nella professione. Esistono raccomandazioni per la costruzione di capacità di resistenza nel mondo della salute attraverso l'istruzione, la formazione e le modifiche sulla cultura del lavoro.

L'intervento infermieristico risulta importante per la comprensione e l'accettazione della malattia per affrontare e reagire positivamente. Gli aspetti importanti della Resilienza, estesa anche alle comunità, hanno portato a valutare la figura dell'Infermiere di famiglia come preziosa risorsa extrafamiliare. La famiglia non si sente abbandonata nell'affrontare le avversità e riesce ad esaltare le proprie caratteristiche intrinseche e punti di forza.

Chi favorisce la Resilienza è definito Tutore, il quale non apporta salute, ma la promuove stimolando la ripresa resiliente del paziente. Pazienti e professionisti concordano nell'individuare 3 categorie di persone come veri tutori di resilienza:

- familiari
- professionisti sanitari non medici (soprattutto infermieri, fisioterapisti e assistenti sociali)
- medici.

Il *Counseling* è una forma particolare e specialistica di relazione d'aiuto. L'obiettivo della Relazione d'aiuto è il suscitare Emozioni positive ed Autostima nel paziente che deve essere emotivamente sostenuto. Le emozioni positive hanno un ruolo molto importante, perché costruiscono risorse personali durature nel tempo. Possono essere: fisiche, sociali, intellettuali e psicologiche. Le emozioni positive esercitano una forza di compensazione sul disforico, stati paurosi e anhedonia, caratteristica di psicopatologie disfunzionali emotive (B. Fredrickson, 2010).

Le Emozioni sono stati mentali e fisiologici associati a modificazioni psicofisiologiche, a stimoli naturali o appresi. Rivestono anche una funzione relazionale ed autoregolativa, vanno differenziate dai sentimenti e dagli stati d'animo. Caratteristica importante è data dal fatto che le emozioni vengono espresse.

Nella vita professionale dell'Infermiere la capacità empatica permette di leggere e capire non solo le emozioni che le persone esprimono a parole, ma anche quelle che, più o meno consapevolmente vengono espresse con gli altri canali della comunicazione non verbale e para-verbale (il tono della voce, i gesti, le espressioni del volto, gli atteggiamenti del corpo).

La Resilienza è riconosciuta come la possibilità di reagire positivamente alle difficoltà e la voglia di utilizzare la forza interiore degli esseri umani per costruire. Non è solo sopravvivere, ma è avere la capacità di usare l'esperienza nata da situazioni difficili per costruire il futuro.

In ogni individuo ci sono possibilità di sviluppo della resilienza, comprese tra le risorse personali e sociali, in stato di latenza. Tra queste:

l'autostima positiva, i legami affettivi significativi, la creatività naturale, il buon umore, una rete sociale e di appartenenza, un'ideologia personale che consente di dare un senso al dolore.

L'Infermiere che conosce la possibilità di stimolare questo tipo di reazione positiva, sicuramente avrà la possibilità di facilitare e appoggiare uno sviluppo personale positivo, generare reazioni idonee della persona colpita da trauma, la cui risposta risulta fondamentale ai fini della gestione della situazione.

La Resilienza è sicuramente un fattore protettivo, vale la pena coltivarla e il team assistenziale può fare molto in tal senso. L'Infermiere, motivato e libero da burn-out, capace e resiliente, può cercare far reagire positivamente il paziente, sia nella fase dell'educazione terapeutica, ma anche negli ambiti di prevenzione cura e riabilitazione, per ottimizzare il processo di assistenza.

Rita Fiorentini, Mara Marchetti

Corso di Laurea in Infermieristica - Polo di Ancona

Bibliografia essenziale

- 1) Educarsi alla Resilienza. Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi. Magaluti E., Ed. Erikson, 2005.
- 2) La Resilienza, consigli per i momenti più difficili. Tratto da: "The road to Resilience" – American Psychological Association.

Polo Didattico di Pesaro

Visita guidata alla Residenza Sanitaria Assistenziale "Galantara"

La Residenza sanitaria assistenziale (RSA) di "Galantara" è una struttura extraospedaliera, afferente all'ASUR, Zona Territoriale n. 1 di Pesaro, dedicata a persone non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che, poiché affette da patologie cronico-degenerative, necessitano di trattamenti sanitari sia a bassa, sia ad alta complessità.

L'obiettivo degli interventi sanitari che si effettuano in questa struttura, è quello di rispondere in modo appropriato ai bisogni assistenziali degli ospiti, con particolare attenzione agli aspetti di umanizzazione e di personalizzazione delle cure in base alle specifiche esigenze del singolo.

Nell'ambito delle attività professionalizzanti (tirocinio) del 1° anno di corso, è stata promossa una visita guidata alla Residenza Sanitaria Assistenziale "Galantara" allo scopo di offrire agli studenti la possibilità concreta di osservare, in questa struttura, l'applicazione delle nozioni teoriche, relative alla specificità del ruolo infermieristico.

La visita si è rivelata molto positiva ai fini dell'apprendimento inerente lo specifico ruolo infermieristico in un contesto extra-ospedaliero.

Alcuni messaggi altamente professionalizzanti sono "passati" nelle ore trascorse insieme: il valore dell'équipe e dell'integrazione, l'importanza di imparare dall'esperienza, la globalità della persona malata quale perno centrale attorno alla quale prevedere tutti gli interventi curativo-assistenziali. Molti studenti hanno dichiarato il loro desiderio di poter lavorare in una simile struttura.





Attività integrative al tirocinio

Attività didattica di apprendimento attraverso casi clinici - 1° anno di corso

L'apprendimento attraverso il "caso clinico-assistenziale" si colloca tra le metodologie attive che prevedono il progresso dello studente attraverso l'attività di ricerca rispetto ai contenuti da apprendere.

Secondo Goguelin, tali metodi hanno il vantaggio di porre lo studente di fronte ad un problema, visto nel suo insieme, favorendo, quindi un approccio sistemico.

Nella didattica moderna, il metodo dei casi si sviluppa a partire dai primi anni del Novecento come strumento classico della formazione manageriale; nella formazione continua ed universitaria esso diventa un diretto riferimento nel modello educativo degli adulti, che presuppone nel discente: il bisogno di conoscere ciò che serve all'apprendimento; la disponibilità ad apprendere contenuti ed atti per far fronte a situazioni reali; il ruolo dell'esperienza che continuamente rielaborata, interviene con le differenze individuali che diventano, quindi, delle risorse di apprendimento.

Lo scopo dell'utilizzo dei casi è quello di sviluppare negli studenti un metodo per affrontare situazioni problematiche, laddove le conoscenze teoriche devono essere espresse in termini di competenze professionali.

La proposta di effettuare attività integrative al tirocinio, tra cui l'esercitazione su un caso assistenziale, è nata nel momento in cui, la difficoltà organizzativa di inserire in alcuni contesti clinici gli studenti del 1° anno a fianco di quelli del 2° anno di corso, è diventata un'opportunità per proporre ai primi un'attività "pratica" alternativa e difficilmente realizzabile nel contesto d'aula, per la ristrettezza dei tempi.

L'esperienza, condotta per la prima volta in termini così ampi, si è rivelata particolarmente interessante e coinvolgente; gli studenti, dapprima titubanti e perplessi, hanno poi dimostrato impegno e partecipazione, bene espressi dai risultati del lavoro, la cui sintesi si propone all'allegato n. 1. Tale sintesi verrà riportata su un cartellone appositamente predisposto dal personale della sede formativa a testimonianza del lavoro svolto.

L'esperienza ha favorito: lo stimolo alla ricerca di variabili non conosciute; l'impegno nell'utilizzo di strumenti disponibili in letteratura (es. diagnosi infermieristiche NANDA, modelli funzionali di M. Gordon per l'accertamento...) ma ancora non del tutto conosciuti ed utilizzati dagli infermieri italiani nella pratica; ciò implica un ragionamento sui bisogni della persona assistita, imparando ad organizzare i dati, ponendosi obiettivi coerenti con la tipologia di problema e la causa che lo determina; l'organizzazione delle conoscenze inerenti le tecniche assistenziali attraverso la necessità di preparare un'esposizione "ordinata" dei contenuti e la simulazione; la riflessione ed il confronto sui comportamenti professionali, attraverso l'analisi degli stessi e la ricerca di riferimenti deontologici, cui ispirare la prassi.

Tutto questo è particolarmente importante se si considera che: l'aspetto metodologico della pratica professionale è fondamentale per non cadere in esecutività, tradizione, eccessiva intuizione e tecnicismo fine a se stessi; nei molteplici contesti clinici che gli studenti si trovano a frequentare nei periodi di tirocinio, non sempre è facilitata la riflessione sulla pratica e l'enfasi viene, spesso, riposta nelle attività tecniche a discapito di una visione globale della persona da assistere.

Studenti ed Infermieri in formazione

Corsi monografici "aperti" al personale infermieristico dell'Azienda

I corsi monografici rientrano nella programmazione delle attività teoriche del Corso di Laurea in Infermieristica e vanno a costituire le attività elettive che gli studenti scelgono in numero di 3/anno fra quelle proposte, annualmente, dalla sede formativa.

La proposta di aprire al personale dell'azienda ospedaliera un Corso monografico ricompreso nel piano di studi degli studenti infermieri del C.L. in Infermieristica - Polo di Pesaro, si è realizzata già dallo scorso anno con obiettivi legati a:

- opportunità di approfondimento su tematiche di interesse infermieristico non ricomprese nei corsi di formazione aziendale, con acquisizione di crediti formativi ECM;

- opportunità, per il personale aziendale, di essere coinvolto in alcune iniziative proprie del Corso di Laurea, con possibilità di scambio fra studenti ed Infermieri.

L'iniziativa ha rappresentato un esempio di fattiva collaborazione fra settore aggiornamento e settore universitario dell'Ufficio Formazione e Conoscenza del personale dell'azienda. I Responsabili scientifici dei corsi sono stati identificati nel Presidente (Prof. A. Benedetti) e in chi scrive.

L'organizzazione dei corsi è stata realizzata in collaborazione dai Coordinatori dei due settori dell'Ufficio Formazione e Conoscenza del personale dell'A.O. di Pesaro (Dott.ssa Laura Diotalevi e Dott.ssa M. Nicolino).

Tale attività ha permesso, già all'inizio, di concordare i corsi da "aprire" al personale dell'azienda, fra quelli proposti per l'a.a. 2009-2010 e, nello specifico: Patologia neurochirurgia di tipo traumatico;

Codice deontologico dell'Infermiere, Malassorbimenti e celiachia.

Per ogni caso sono stati identificati docenti, obiettivi, metodologia e tipologia dei partecipanti.

I corsi si sono regolarmente conclusi con la somministrazione dei tests di apprendimento che hanno permesso agli studenti di certificare l'acquisizione di un credito formativo universitario ed ai professionisti di acquisire i crediti formativi ECM, assegnati dalla Regione Marche in numero di sei.

Da parte del personale infermieristico, c'è stata una rilevante richiesta di partecipazione alle iniziative anche se, da parte di alcuni, non sempre seguite da reale interesse e rispetto delle responsabilità inerenti la frequenza a corsi di formazione.

Tuttavia, complessivamente, i partecipanti hanno dimostrato interesse e collaborazione nelle attività didattiche previste; il clima d'aula ha evidenziato, talora, una difficoltà da parte dei professionisti nell'integrazione con gli studenti, integrazione che, però, laddove presente, è stata un valore aggiunto per entrambi; gli studenti hanno evidenziato elementi che, spesso, non si riscontrano nella pratica quotidiana, suscitando nei professionisti una riflessione sulla frequente necessità di cambiamento.

Milena Nicolino, Coordinatore AFPTC

Con la collaborazione di
Laura Diotalevi, Franca Riminucci, Antonella Silvestrini





Polo Didattico di Ascoli Piceno Il tirocinio clinico

Valutazione dell'ambiente di apprendimento con il Clinical Learning Environment and Supervision (CLES)

Introduzione

L'infermieristica è una disciplina pratica che racchiude nel suo stesso esercizio parte del suo sapere per gli studenti, ma anche per i docenti e coloro che si occupano di formazione. Il tirocinio rappresenta l'occasione privilegiata di apprendimento dell'infermieristica, in cui il ruolo del tutor e le caratteristiche del contesto costituiscono i principali fattori in grado di influenzare la qualità dell'esperienza e delle competenze acquisite. (M. Tomietto et al 2009).

Secondo Knowles qualsiasi processo formativo deve essere diretto e focalizzarsi sullo studente ma avere uno sguardo anche sull'ambiente organizzativo in cui tale apprendimento si realizza (Knowles M. 2007).

Il tirocinio assume, quindi, una valenza centrale nella formazione dell'infermiere, non è solo il momento in cui l'apprendimento teorico si integra con quello pratico, ma è un'esperienza di vita che concorre alla crescita umana e professionale dello studente. A tale scopo si può ritenere che concorre in maniera determinante la qualità dell'organizzazione e della realizzazione del tirocinio clinico.

Obiettivo

L'obiettivo del presente studio è quello di mettere in evidenza l'importanza che riveste la qualità degli ambienti di apprendimento di tirocinio clinico degli studenti del III° anno del Corso di Laurea in Infermieristica.

Materiali e Metodi

Lo studio è stato condotto nelle sedi di tirocinio di Ascoli Piceno e di S. Benedetto del Tronto nel mese di Luglio 2010, al termine del II° semestre. Il campione è di 51 studenti ai quali è stato somministrato il questionario CLES in forma anonima. Il campione è così composto: sede di tirocinio ZT 12 numero studenti 13 di cui 3 maschi e 10 femmine, sede di tirocinio ZT 13 numero studenti 38 di cui maschi 12 e femmine 26. I questionari raccolti sono stati 47. Il questionario, oltre ai dati anagrafici, contiene 27 items raggruppati in cinque fattori denominati "clima di reparto", "stile di leadership del coordinatore infermieristico", "erogazione dell'assistenza infermieristica nel reparto", "apprendimento nel reparto", "contenuto della relazione di tutorato". Le risposte per ogni singolo item si pongono su una scala Likert dove "1" significa minimo accordo e "5" significa massimo accordo.

I dati sono stati analizzati con un database Microsoft Excel per Windows.

Risultati

La durata del tirocinio clinico che corrisponde all'ultima esperienza degli studenti per entrambe le sedi, è stata di 13 settimane. Gli ambienti clinici frequentati dagli studenti sono di alta complessità assistenziale come ad esempio Rianimazione e Pronto Soccorso.

Agli items del primo fattore indagato il 70% del campione afferma che l'equipe dell'U.O. si è dimostrata molto disponibile ma il 15% dei tirocinanti non si è sentito parte del gruppo.

Il secondo fattore analizzato considera quanto la Guida di Tirocinio valorizza i membri dell'equipe e l'83% degli studenti ritiene il coordinatore una risorsa per il personale dell'U.O., inoltre l'equipe valuta la guida "fonte di apprendimento" per il 64% degli studenti.

Gli items contenuti nel terzo fattore indagano se nel reparto il modello assistenziale sia ben definito: l'89% degli studenti ritiene che la qualità dell'assistenza erogata sia molto soddisfacente.

Nel quarto fattore si valuta se l'accoglienza dello studente sia stata ben organizzata: il 28% del campione non è soddisfatto e il 26% non ha percepito il coinvolgimento nell'apprendimento da parte dell'equipe.

Nella relazione tutoriale risulta che il 53% degli studenti non ha ricevuto un tutorato personalizzato, e il 43% afferma di non aver ricevuto feedback

		1. clima di reparto	2. stile di leadership guida di tirocinio	3. erogazione dell'assistenza	4. apprendimento nel reparto	5. relazione tutoriale
non risponde	nv	0%	3%	0%	1%	0%
pochissimo	1	6%	10%	5%	6%	14%
poco	2	9%	9%	6%	10%	22%
abbastanza	3	15%	30%	25%	21%	26%
molto	4	34%	29%	38%	29%	22%
moltissimo	5	36%	19%	26%	33%	15%

Tab. 1 - Risposte suddivise per fattore di analisi.

positivo dalla guida mentre l'interazione con l'equipe è stata positiva per il 59% del campione.

Discussione

Pur ottenendo risultati complessivamente positivi, un quarto del campione ritiene che la leadership della guida di tirocinio è offuscata, infatti la guida non è percepita come parte integrante dell'equipe inoltre la stessa risulta poco incline al feedback.

Si può affermare inoltre che parte degli studenti ha percepito che la accoglienza nel reparto non è pianificata e il personale dell'U.O. non partecipa all'apprendimento clinico.

L'U.O. in genere fornisce significative occasioni di apprendimento per quasi tutti gli intervistati.

La relazione di tutorato ha dato risultati nei quali si evidenzia che quasi la metà del campione non si è sentita "presa in carico" dalla guida e non ha ricevuto un tutorato personalizzato e soddisfacente, anche se complessivamente la maggior parte del campione esprime, rispetto al tirocinio appena concluso, soddisfazione.

Conclusioni

Il questionario CLES si è dimostrato valido ed affidabile e può essere compilato in meno di cinque minuti. Può quindi essere utilizzato come self report sistematico di ogni singola esperienza di tirocinio per riflettere sugli ambienti che non sono adatti per gli studenti più fragili oppure che non possono essere ritenuti eleggibili per la scarsa soddisfazione che più studenti hanno espresso. Lo strumento potrebbe essere utilizzato anche ai fini della ricerca per verificare la relazione tra qualità percepita del contesto ed esiti di apprendimento clinico.

Sarebbe opportuno condurre in futuro tale indagine su un campione maggiormente rappresentativo della realtà italiana, in modo da evidenziare le effettive esigenze formative degli studenti infermieri su tutto il territorio nazionale.

Bibliografia

- 1) Benner P. L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza. Milano: McGraw-Hill, 2003.
- 2) Knowles M. Quando l'adulto impara. Pedagogia e andragogia. Milano: Franco Angeli, 2007.
- 3) Tomietto M., Saiani L., Saarikoski M., Fabris S., Cunico L., Campana V., Palese A. (2009) "La valutazione della qualità degli ambienti di apprendimento clinico: studio di validazione del Clinical Learning Environment and Supervision (CLES) nel contesto italiano" Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia Supplemento B, Psicologia Vol. 31, N. 3: B49-B55

Agnese Gioggi, Mariella Amadio, Patricia L. Ciapanna, Luciana Passaretti/Corso di Laurea in Infermieristica Polo di Ascoli Piceno



I concetti essenziali dell'infermieristica

Quando si parla di diagnosi infermieristica, il professionista medico si stupisce e resta perplesso, oppure critico, tal volta fino al sarcasmo. In realtà la parola italiana "diagnosi" ricalca quella greca e significa "guardare attraverso". E' ben chiaro che una diagnosi infermieristica ha poco a che vedere con il guardare trasversale sulla malattia, ed è ben lontana dall'identificare agenti eziologici e fisiopatogenetici, prognosi, terapia. Il nostro precipuo guardare ha a che fare con problemi di salute, con bisogni umani, con le risposte umane alle malattie, secondo criteri tassonomici che riguardano:

- le scelte dell'individuo, delle famiglie e delle comunità, in accordo alle proprie inclinazioni o riferimenti culturali;
- la comunicazione di emozioni, pensieri ed informazioni;
- gli scambi biologici, psicologici, sociali, simbolico-culturali e spirituali;
- le sensazioni, le impressioni, le emozioni, i sentimenti;
- le conoscenze, i riconoscimenti, i principi o le metodologie;
- il movimento inteso come cambiamento di luogo o posizione del corpo, il moto, l'impulso ad agire o fare e il compiere azioni;
- le percezioni e l'apprendimento;
- le relazioni e lo stabilire legami;
- i valori intesi come gli interessi, i meriti, le cose importati, i riferimenti coi quali confrontarsi¹.

La diagnosi infermieristica è un giudizio clinico riguardante le risposte della persona, della famiglia o della comunità a problemi di salute/processi vitali attuali o potenziali. La diagnosi infermieristica costituisce la base dalla quale si possono scegliere gli interventi infermieristici volti a conseguire degli esiti in cui l'infermiere è responsabile. L'Infermieristica è una scienza umana, e come ebbe

¹ Carpenito L. J., *Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica*, tr. it. di C. Calamandrei e L. Rasero, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2001²: 8.

MAURIZIO MERCURI

Corso di Laurea in Infermieristica - Polo di Ancona
Università Politecnica delle Marche

a che affermare Florence Nightingale, è la più bella tra le arti belle.

Per eliminare stupori e perplessità su questo essenziale guardare attraverso i problemi che gli uomini vivono in stato di salute, di malattia, di processi vitali, mi sono permesso di trarre spunto dall'*Oxford Handbook of Adult Nursing* su ciò che significano per tutti noi i valori ed i principi dell'Infermieristica, i fondamenti della pratica infermieristica generale, le differenze tra Medicina e *Nursing*²; e di presentare ad una platea vasta ed attenta i concetti chiave del prendersi cura infermieristico.

I valori ed i principi dell'infermieristica

Il *Nursing* per tradizione si centra sul fornire un servizio compassionevole ai pazienti. Lo scopo dell'Infermieristica, come definito dalla Nightingale nel 1882, è di porre il paziente nella migliore condizione naturale per reagire alle sue condizioni. Florence enfatizzava il ruolo degli infermieri nell'anticipare la risposta alle necessità dei pazienti e far cose per i pazienti ancor prima che essi riconoscano i loro propri bisogni.

La professione infermieristica valorizza l'immaginario della compassione. Sfortunatamente l'assistenza infermieristica riceve maggior attenzione quando è inadeguata o assente. I pazienti che sono privati di assistenza infermieristica attenta e partecipata esprimono insoddisfazione con i servizi infermieristici o quelli di relazione con il pubblico o i tribunali del malato. Perciò, il prendersi cura compassionevole dovrebbe sempre essere un focus primario della cura infermieristica centrata sul paziente.

Il contributo del *Nursing* per la società è parzialmente influenzato dal valore che la società riserva alla salute e al prendersi cura della salute. La società, la cultura ed i sociali rapporti tra diverse professionalità determinano anche il valore degli specifici servizi resi dagli infermieri. Sebbene l'Infermieristica si evolverà continuamente come risultato dei progressi scientifici e della modernizzazione,



Fig. 1 - Pietro Subleyras (1699-1749), *San Camillo salva dal Tevere gli ammalati del Santo Spirito*, Museo di Roma, Palazzo Braschi.

² Castledine G, Close A (eds), *Oxford Handbook of Adult Nursing*, Oxford University Press, New York 2009: 4-15.

i fondamenti saranno sempre richiesti per fornire un servizio d'aiuto e cura ricco di compassione, la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e l'assistenza alle persone nelle attività collegate alla salute che sono normalmente eseguite senza aiuti (per esempio le attività dell'auto cura e le attività di vita quotidiana).

L'*International Council of Nurses* ha definito l'Infermieristica nel 2002 nel seguente modo: il *Nursing* comprende la cura in autonomia o in collaborazione di individui di tutte le età, le famiglie, i gruppi e le comunità, malate o sane e in tutti gli ambienti. L'Infermieristica include la promozione della salute, la prevenzione della malattia, e il curare le persone malate, disabili e morenti. La difesa del paziente, la promozione di un ambiente salutare, la ricerca, la partecipazione nelle politiche di tutela della salute e nei sistemi di salute per i pazienti, gestione ed educazione degli assistiti sono ruoli chiave del *Nursing*.

Il *Royal College of Nursing* inglese nel 2002 ha definito l'Infermieristica come "l'uso del giudizio clinico e il provvedere cure alle persone inabili per promuovere, accrescere, mantenere o recuperare salute o, quando la morte è inevitabile, per morire in pace"³.

I fondamenti della pratica infermieristica generale

Come ben definito da Patricia Benner, i domini d'azione degli infermieri sono otto⁴:

- 1) Aiutare chi ha problemi di salute e bisogni di cura;
- 2) Valutare, esprimere diagnosi sui problemi di salute, monitorare il loro superamento;
- 3) Saper gestire effettivamente e con rapidità i cambiamenti delle situazioni;
- 4) Somministrare gli interventi terapeutici ed i trattamenti, prescritti o in autonomia, e saperli monitorare;
- 5) Insegnare e guidare;
- 6) Monitorare ed

assicurare la qualità delle pratiche clinico-assistenziali;

- 7) Assicurare le competenze di organizzazione e di ruolo professionale;
- 8) Lavorare con gli altri professionisti fornendo assistenza socio-sanitaria.

I fondamenti della pratica infermieristica generale corrispondono a:

- Assistere i pazienti nei loro basilari bisogni umani o nelle quotidiane funzioni di vita;
- Comunicare attraverso comportamenti verbali e non verbali e fornire cura che sia di basilare sostentamento (di nutrizione od allevamento), di supporto e di guida;
- Fornire sostegno ed ascolto ai pazienti, ai loro amici, e ai loro familiari quando e dove sia appropriato;
- Insegnare, guidare, consigliare, e fornire informazioni così che i pazienti e i loro altri significativi siano capaci di comprendere ed eseguire ciò che è richiesto per la salute dal prendersi cura infermieristico;
- Portare avanti trattamenti medici e di cura della salute come parte del piano clinico di cura del paziente;
- Monitorare e regolarmente rivedere le informazioni rilevanti sui pazienti e sulle loro condizioni attraverso l'osservare, il domandare, il valutare, e l'erogare assistenza infermieristica;
- Coordinare trattamenti di salute e medici prescritti ai pazienti, riferendo ad altri servizi di cura o sociali quando necessario;
- Collaborare con altri professionisti della salute e della cura che diano soddisfazione ai bisogni degli assistiti;
- Difendere e rappresentare i pazienti quando è

appropriato e supportare i pazienti più fragili e/o vulnerabili quando occorre;

- Raccogliere informazioni riguardanti l'assistenza di salute e medica per fornire un prendersi cura di alto standard e di qualità;
- Lavorare con i parametri definiti dal Codice Deontologico;
- Provvedere agli aspetti essenziali delle cure infermieristiche sopra elencati così come dispiegato nei modelli dei teorici dell'infermieristica:
- gli infermieri dovrebbero



Fig. 2 - Gerard Dou (1613-1675) - La donna idropica (particolare). Museo del Louvre (Parigi).

³ RCN: www.rcn.org.uk

⁴ Benner P, *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza*, tr. it. di C. Calamandrei e L. Raserio, McGraw-Hill, Milano 2003.

legare il processo di Nursing alle cure assistenziali,
 - gli infermieri lavorano in team multidisciplinari e spesso partecipano a piani di cura dove interagiscono obiettivi medici, obiettivi infermieristici e quelli di altri professionisti,
 - gli infermieri possono eseguire "autonomamente" le azioni infermieristiche predefinite dalla pianificazione assistenziale, dopo aver deciso quali azioni assistenziali dovrebbero essere fornite al particolare paziente e con quale priorità e con quali criteri valutazione.

Le differenze tra Medicina e Nursing

Considerato che nel Ventunesimo secolo la risposta ai bisogni di salute dei pazienti sempre più dipendono da team multidisciplinari, occorre saper distinguere tra il ruolo infermieristico e quello medico:
 - L'infermiere ha relazioni professionali con i medici e gli altri professionisti della salute.
 - L'infermiere è responsabile della promozione ed il mantenimento delle attività di vita quotidiane e dell'attuazione di tutti gli aspetti fondamentali dell'assistenza infermieristica. Queste attività costituiscono lo sfondo a tutte le altre attività di cura. L'infermiere pensa al trattamento della persona mentre gli altri professionisti intervengono nella diagnosi e

Differenze tra i ruoli infermieristico e medico*		
	Principale ruolo infermieristico	Principale ruolo medico o di team di cura
Focus	Identificare e monitorare l'assistenza al paziente e la sua risposta adattativi a problemi o preoccupazioni di salute attuali o potenziali (si può anche identificare problematiche in gioco fisiche, psicologiche o sociali).	Identificare e monitorare problemi fisiopatologici, responsi diagnostici e trattamenti. Può anche coinvolgere alcune questioni di caring oltre che di curing.
Identificazione del problema	Identificare e confermare la natura dell'assistenza prestata a problemi o preoccupazioni sociosanitarie, che è solamente responsabilità dell'infermiere (alcuni possono avere implicazioni mediche).	Identificare le diagnosi mediche.
Trattamento e cura	L'infermiere decide gli interventi più appropriati di assistenza e presa in cura basati su prove e ricerche. Potrebbe anche decidere su alcuni trattamenti medici per renderli più appropriati ma lo fa confrontandosi con il medico o seguendo protocolli concordati.	Il medico decide sui più appropriati trattamenti medici e valuta questi insieme alla restante parte del team multidisciplinare.
Responsabilità	L'infermiere è responsabile per tutti i trattamenti di assistenza infermieristica e per quegli aspetti di cura e trattamento medico che essi hanno incorporato all'interno del ruolo e della pratica clinica.	Il medico è responsabile per tutti i trattamenti e cure mediche che essi forniscono direttamente o per mezzo di altri.

* Da: Castledine G, *Writing documentation and communication for nurses*, Quay Books, Mark Allen Publishing, London 1995, modificato.





trattamento della malattia.

- L'infermiere svolge un ruolo di coordinamento portando ordine e continuità alle cure.

- L'infermiere ha premura della gestione ambientale per salvaguardare la qualità di vita alla persona assistita, il che rende possibile tutte le altre funzioni di cura. In un sistema di cura complesso l'infermiere detiene questo essenziale e distintivo ruolo accanto agli altri professionisti che contribuiscono a gestire la salute delle persone.

- L'infermiere è l'autorità sul mantenimento delle attività quotidiane di vita.

- I ruoli del medico e dell'infermiere sono complementari e così strettamente connessi che è proibita una relazione conflittuale tra i due professionisti e i ruoli che interpretano.

- E' presente una grande questione di riferimenti ed interazioni tra medico ed infermiere nella pianificazione delle cure del paziente.

- Gli infermieri formulano diagnosi infermieristiche, pianificano, attuano, valutano ciò che è richiesto dalle cure per i rispondere ai bisogni dei pazienti.

- La più importante funzione infermieristica è provvedere alla cura globale dei pazienti, assicurandosi che essi siano capaci di soddisfare alle attività di vita quotidiana e ai loro bisogni ambientali, contribuendo in tal modo alla salute e al benessere.

- Nella cura dei pazienti il contributo di ciascuna professione può essere predominante a seconda delle fasi di assistenza e cura; tuttavia, ci potrebbero essere fasi ed avvicendamenti di contributi da parte dei vari professionisti (ad esempio medici, infermieri, tecnici di radiologia, fisioterapisti, ecc.) in tempi diversi.

- Mentre l'interdipendenza dei professionisti della cura è importante, è ugualmente importante che ciascun professionista sviluppi e padroneggi il suo proprio unico contributo.

I concetti chiave del prendersi cura infermieristico

Ci sono concetti che stanno alla base di tutti i modelli di assistenza infermieristica. Questi modelli sono costruiti mentali degli essenziali fattori di assistenza infermieristica dai quali sono stati sviluppate le metodologie assistenziali, applicate per fare previsioni di cura e valutazioni dell'erogazione dell'assistenza.

Advocacy (patrocinio, avvocatura): può avere molte applicazioni nella cura della salute e nel *Nursing*. Il

termine è spesso usato per descrivere una persona che pubblicamente supporta una causa o una campagna per un cambiamento. Nell'Infermieristica la parola descrive la predisposizione, l'atteggiamento e l'azione di una infermiera o di un infermiere in difesa dei pazienti o in rappresentanza di essi quando questi chiedono aiuto.

Il patrocinio infermieristico: agisce col fine di raggiungere e tutelare gli interessi dei pazienti; interpella il professionista a farsi portavoce di ogni paziente per proteggerlo dai pericoli; acclama i valori e i bisogni culturali della professione e di coloro verso i quali questa si orienta; rappresenta i pazienti nei tempi e nei luoghi appropriati, durante il loro viaggio nel percorso di tutela della salute e cura della malattia; promuove la salute, le prese di decisione basate sulle evidenze scientifiche, lo sviluppo dell'*empowerment* del paziente e della sua sicurezza; promuove la soddisfazione dei desideri e delle volontà degli assistiti al fine di renderli liberi dalle sofferenze.

Nella pratica il termine *advocacy* rappresenta la rassicurazione che ciascun paziente riceverà, dagli infermieri, sufficienti attenzioni e cure adeguate nella malattia e nel dolore, verificando dettagliatamente che la persona assistita abbia chiaramente compreso il trattamento proposto o assicurandosi che il paziente sappia ciò che lo aspetta. L'*advocacy* comporta la comunicazione ai pazienti dei loro diritti, fornendo le informazioni così che essi possano decidere in base alle conoscenze raggiunte, supportandoli nelle prese di decisione e nei conseguenti atti.

Anticipazione: descrive l'abilità di un professionista infermiere di provvedere ad un bisogno o ad un problema che permette all'infermiere di agire a vantaggio del paziente. In pratica significa che l'infermiere esegue le attività per il paziente così da anticipare i bisogni del bere, dello stare comodi sul letto o di ogni altra richiesta di attività che assicurino *comfort*. Nell'infermieristica di comunità questo include l'anticipazione di bisogni più vasti quali il fare la spesa, il cucinare, il nutrirsi ed i bisogni di compagnia.

Care (curare e prendersi cura): azioni ed attività che sono eseguite dall'infermiere per assistere e supportare i pazienti durante la malattia per condurli al massimo dell'indipendenza. Le applicazioni pratiche del *Care* e del *Caring* sono mostrate nelle fondamentali pratiche



del *Nursing* quali il bagno del paziente, la cura del corpo, il vestirsi, la sua mobilitazione passiva ed attiva.

Comfort (conforto, comodità, benessere): è fornito a chi ha bisogno per alleviare il suo stato di disagio. Consiste di fattori fisici, psicologici, sociali, emozionali ed ambientali. Il comfort è a volte fornito dall'eseguire un normale giro di assistenza, ogni due ore, prendendo visione della pelle e delle aree di pressione, mantenendo la persona pulita, distendendo bene le lenzuola sotto il paziente, posizionando bene i cuscini, fornendo e condividendo informazioni, usando il contatto terapeutico, ed applicandosi affinché ogni altra assistenza infermieristica promuova il benessere del paziente. Queste pratiche non dovrebbero ovviamente essere ristrette nei giri ogni due ore, ma offerti ogni qual volta il paziente ne presenti necessità.

Compassione: si riferisce al senso di pietà ed è centrale per l'approccio che l'infermiere dovrebbe tenere nei confronti dei pazienti, specialmente quando questi sono più vulnerabili e malati. Mostrare un atteggiamento attento e gentile di umana simpatia è spesso essenziale per stabilire e mantenere la relazione infermiere-paziente.

Contatto o tocco terapeutico: è una abilità basilare del *Nursing*. Contatto può essere semplicemente fermare la tua mano sulla spalla del paziente, tenergli la mano durante una procedura fastidiosa, o stringerlo durante un momento doloroso o di ansietà. Toccarlo può dare al paziente la sensazione di essere assistito e preso in cura. Il contatto può anche essere usato per dimostrare la presenza dell'Infermiere. Gli infermieri dovrebbero essere consapevoli sulle differenze culturali e di sensibilità individuale riguardo al contatto.

Dignità: è dare alla persona rispetto ed importanza e sostenere un senso di autostima che spesso si incrina durante le fasi della malattia. Essa si realizza alimentando nel paziente un senso di rispetto di sé e di autostima, e mediante l'apprezzamento della singola individualità. Praticamente, questo riguarda il bussare alla porta prima di entrare nella stanza del paziente, tirando le tende attorno al letto, parlando al paziente non attraverso di esse, senza esporre il corpo del paziente se non è necessario, e guardando al paziente come ad una persona e non ad una etichetta di tipo medico. Nell'Infermieristica di comunità, la dignità riguarda il riconoscimento che l'infermiere è stato invitato nella casa del paziente e la comprensione che

i desideri e le aspettative del paziente sono sovrani e prioritari.

Empatia: è come mettersi nei panni del paziente; è immaginare lo stato psicologico e i sentimenti profondi che egli può provare. Essenzialmente l'empatia consiste nel percepire lo stress emotivo e nel dimostrare calore, compassione, preoccupazione e comprensione. Il contatto terapeutico e trovare il tempo di ascoltare il paziente possono essere utili per dimostrargli empatia.

Presenza infermieristica: descrive l'abilità di un infermiere di essere disponibile e servizievole per il paziente e la sua famiglia, al tempo giusto. Questa corrisponde all'abilità dell'infermiere di riconoscere quando un paziente ha più bisogno di lui. La presenza è anche legata alla abilità infermieristica di presenziare in maniera dignitosa e di comportarsi con appropriatezza per le situazioni particolari. Per esempio, un infermiere dovrebbe sviluppare l'abilità di agire con sensibilità in situazioni di stress o di crisi. La presenza, o apertura di sé all'altro, è forse il più alto livello del prendersi cura. La presenza necessita quando l'infermiere è occupato in una relazione empatica di cura ed è ricettivo nell'interazione che è diretta all'incontro con tutti i bisogni del paziente. Fondamentali sono l'ascoltare, l'interagire, il comunicare. Il ruolo di professionista confidente può aiutare i pazienti e le loro famiglie a reagire allo stress derivato da malattie ed invalidità. Un professionista infermiere con elevato contegno, con personalità, giusto comportamento e sicurezza fornisce compagnia e relazione d'aiuto per il paziente.

Speranza: è multidimensionale. Per alcuni la speranza è avere una prospettiva positiva e per altri è poter riferire di essersi immersi nella fede. Questa fede non è necessariamente quella in un essere divino, ma può essere fiducia in se stessi, nei professionisti sanitari, negli infermieri, nei medici o nei trattamenti di cura. Il paziente potrebbe dire grazie a loro di non aver mai perduto del tutto la speranza dal momento in cui ha iniziato ad attraversare il periodo di malattia. Gli infermieri dovrebbero incoraggiare la speranza durante la malattia perché i pazienti potrebbero sperimentare differenti gradi di stress mentale. Incoraggiando e muovendo il paziente verso la speranza, l'infermiere può aiutare il paziente ad ottenere i suoi obiettivi personali per il recupero della salute e per sopportare la malattia. E' importante per gli infermieri avere essi stessi un buon sentimento di speranza.

**BERNARDO NARDI, MARZIA
DI NICOLÒ, SABRINA LAURENZI**

Psicopatologia Clinica e Psicopatologia
Università Politecnica delle Marche

L'emergere della coscienza

Terza parte: Coscienza e Adattamento.

La Coscienza in Crisi. La Crisi della Coscienza.

Adattamento

L'adattamento è stato a lungo concepito come la capacità di integrarsi e modellarsi sull'ambiente, ai fini della sopravvivenza. Viceversa, come ha messo in rilievo Guidano (1988, 1992), esso esprime la capacità individuale di trasformare l'interazione con l'ambiente in informazioni significative per il proprio ordine interno. Numerosi studi etologici e di sociobiologia hanno evidenziato che nelle specie filogeneticamente meno evolute le modalità di adattamento sono prevalentemente passive e seguono schemi fissi tipici della specie, mentre negli organismi più evoluti e complessi prevalgono processi di adattamento più attivi e flessibili, che consentono di modificare l'ambiente in relazione alle proprie necessità. A partire verosimilmente dall'*australopithecus* e certamente dall'*homo habilis*, con la comparsa dei processi culturali, le modalità di adattamento si sono espresse in una varietà di comportamenti tanto più complessi e dinamici quanto più complessa è la società in cui essi vengono emessi. I fenomeni umani di adattamento consentono di mantenere la coerenza interna, costruendo un proprio modo di sentirsi se stesso attraverso il rapporto con l'ambiente. In questo rapporto la *coscienza* gioca un ruolo primario, in quanto la percezione del mondo esterno non è una "fotografia" oggettiva della realtà, ma una rappresentazione che non può prescindere dalla soggettività dell'osservatore. L'osservatore infatti non è neutrale o indifferente durante l'osservazione della realtà, ma entra in essa, selezionando e attribuendo significati e colori a ciò che viene percepito.

Prendendo un riferimento letterario, i versi di Alda Merini, tratti dalla raccolta "La Volpe e il Sipario", possono fornire uno spunto per riflettere sulla complessità dell'adattamento: *"La mia poesia è alacre come il fuoco, trascorre tra le mie dita come un rosario. Non prego perché sono un poeta della sventura che tace, a volte, le doglie di un parto dentro le ore, sono il poeta che grida e che gioca con le sue grida, sono il poeta che canta e non trova parole, sono la paglia arida sopra cui batte il suono, sono la ninnananna che fa piangere i figli, sono la vanagloria che si lascia cadere, il manto di metallo di una lunga preghiera del passato cordoglio che non vede la luce."*

L'individuo è in costante rapporto dialettico con il suo mondo interno. È al tempo stesso regista e protagonista nell'esperienza che vive e questo aspetto riflessivo è legato alla reciprocità costruita fin dai primi anni di vita con le figure

genitoriali. Tanto più l'individuo ha un'idea sintonica di sé, tanto meglio riesce ad integrare nel senso di sé le esperienze che vive. Viceversa, tanto maggiore è la distanza tra "sé ideale" (quello che vorrebbe essere) e "sé reale" (quello che sente di essere), tanto maggiore è la sua difficoltà nel riuscire ad integrare le esperienze difficili o negative nel proprio senso di sé.

Come esprime il significato etimologico del termine (*in-dividuus*), l'individuo può essere considerato un sistema, demarcato dalla pelle, in rapporto dialettico con l'altro e, quindi, in relazione dinamica con l'ambiente (Cesari, 1995). Fin dalle prime fasi dello sviluppo, attraverso la relazione di attaccamento con le figure significative, inizia a differenziare ambiente interno (sé) e ambiente esterno (non sé), a sviluppare un proto-senso di sé e del mondo e a porre le basi della costruzione di un proprio significato personale.

Valenze adattive dei processi di attaccamento

I sistemi cognitivi umani si confrontano con due esigenze coesistenti ma contrapposte: quella di *stabilità*, che dà costanza all'identità, e quella di *cambiamento*, che consente all'identità di evolvere e maturare, affrontando compiti e problemi di crescente complessità. Alla stabilità e al cambiamento corrispondono le caratteristiche di *chiusura organizzazionale* e di *apertura strutturale* proprie di ogni organizzazione di significato personale (Nardi, 2001, 2007; Reda e Canestri, 2002; Rezzonico e Strepparava, 2002). Numerose ricerche condotte nell'ambito delle neuroscienze hanno aperto nuove frontiere nella comprensione delle interazioni tra genoma e apprendimento. Esse hanno consentito di focalizzare meglio sia le peculiarità del cervello umano rispetto a quello dei primati, scimpanzé incluso (con cui condivide il 98,5% dei geni, come avevano già messo in evidenza King e Wilson nel 1975), sia come esso evolva nel corso dello sviluppo. In particolare, esiste una sorta di "istinto ad imparare" del cervello umano, che è geneticamente predisposto ad apprendere e a ricordare i risultati delle proprie analisi (Marler 1991; Thompson et al., 2001; Posthuma et al., 2002; Marcus, 2004). Dal punto di vista genetico, il cervello presenta una configurazione di proteine molto più elaborata rispetto ad altri organi del corpo; la componente "ereditaria" va considerata in termini

di percentuale di variazione di un carattere attribuita ai geni, i quali possono agire da soli, in associazione tra loro e, comunque, in rapporto con l'ambiente. Come ha sottolineato Marcus (2004), le basi genetiche che consentono di acquisire informazioni, attraverso l'apprendimento, fanno sì che il cervello non sia una struttura rigidamente programmata, fissa ed immutabile ma, al contrario, flessibile e predisposta al cambiamento. A sua volta, con un effetto "epigenetico", l'ambiente modula e modifica nel corso di tutta la vita l'attività dei geni. Ad esempio, recenti studi hanno dimostrato che non solo gli interventi educativi ma



Forum tenuto dal Prof. Bernardo Nardi
in Facoltà il 19 maggio 2010.

Fig.1. Afro (Basaldella), "Salisano" (1939). Collezione Privata, Staffolo (Ancona).

anche la psicoterapia possono modificare la densità recettoriale e, quindi, la neurotrasmissione, con conseguente maggiore o minore vulnerabilità allo stress. L'ambiente può dunque influenzare la plasticità neuronale attraverso la regolazione dell'attività genica (McNab et al., 2009). La flessibilità comportamentale assicurata dal genoma umano fa emergere modalità soggettive altamente complesse, uniche ed irripetibili per ciascun individuo. Le basi genetiche che consentono di acquisire informazioni, attraverso l'apprendimento, permettono dunque al cervello di essere una struttura flessibile e predisposta al cambiamento: ne è la prova il *sistema dell'attaccamento*. Esso si sviluppa in parallelo e interagisce con altri sistemi comportamentali, quali quelli che regolano la ricerca di cibo, la difesa del territorio, l'agonismo, i rapporti di rango, l'accoppiamento, la riproduzione e l'accudimento della prole. L'attaccamento ha un valore adattivo fondamentale; esprime infatti la competenza che ha un soggetto, fin dalle prime fasi di vita, di ottenere l'accudimento genitoriale. Ad esempio, alcuni bambini imparano ad utilizzare prevalentemente il *canale emozionale* (con atteggiamenti affettuosi e "seduttivi", capricci, espressioni di fragilità, ecc.), se questo consente loro di sintonizzare l'attenzione del care-giver sui propri bisogni, ottenendo il massimo accudimento possibile ("*stile emozionale*"); viceversa, in contesti relazionali diversi, altri bambini sperimentano che solo reprimendo le proprie emozioni e privilegiando il canale cognitivo (responsabilizzandosi, facendo "i grandi" o "i bravi", collaborando, prendendosi cura dei loro genitori o divenendo precocemente autonomi) possono ottenere attenzione ed affetto dalle figure accudenti ("*stile cognitivo*"); in altri casi, infine, è il bilanciamento tra espressione emozionale e gestione cognitiva a favorire l'accudimento genitoriale ("*stile bilanciato*"). In tutti i casi, la spinta adattiva ad avere il massimo accudimento possibile seleziona le modalità di costruire il rapporto con la figura accudente.

Il mantenimento della vicinanza o il tentativo di ripristinarla (seguire la madre che si muove in una certa direzione) è solitamente specie-specifico, ma può essere modificato da processi precoci di *imprinting*. La maggioranza dei bambini risponde in modo differenziato alla madre rispetto ad altre figure già a 3-4 mesi. Il comportamento di attaccamento è evidente dopo i 6 mesi (pianti e proteste se la madre si allontana; sorrisi, attivazione psicomotoria e grida di gioia quando lei si avvicina). La prossimità alla madre è gestita da sottosistemi che attivano specifici comportamenti, i quali richiamano e avvicinano la madre (piangere, sorridere), consentono il contatto (succhiare, aggrapparsi), mantengono la prossimità (seguire con lo sguardo, l'orientamento posturale e il movimento). L'attaccamento è quindi un processo dinamico, con aspetti comuni a tutte le specie sociali, che, come hanno messo in evidenza Fonagy e Target (1977), Watson (1980), Trevarthen (1998), Crittenden (1992, 1997), Nardi (2001, 2007), nel corso dello sviluppo umano consente di: a) differenziare e organizzare un range di emozioni (coloriti soggettivi transitori, che si manifestano come risposte individuali a stimoli ambientali contingenti) e di affetti (stati soggettivi più stabili e legati alla costituzione individuale); b) modulare progressivamente l'intensità, la durata e la frequenza degli stati emotivi; c) organizzare il flusso senso-motorio in sentimenti (che esprimono la risonanza e la partecipazione soggettiva nelle relazioni significative con altri individui), favorendo l'acquisizione di una organizzazione soggettiva del dominio emozionale. Un attaccamento permette al bambino di percepirsi amato e, quindi, anche amabile, competente e in grado di

utilizzare le risorse di cui dispone; tutto ciò gli consente di esprimere una sufficiente autonomia, base indispensabile per esplorare e conoscere l'ambiente, senza correre quei rischi che le sue capacità non permettono ancora di fronteggiare (Nardi e Capecci, 2007).

Come è noto, gli studi sull'attaccamento (in particolare quelli di Bowlby, Ainsworth, Crittenden) si sono avvalsi soprattutto della osservazione etologica delle interazioni tra accudito e accudente durante un'esperienza di distacco e di successivo riavvicinamento, chiamata "*strange situation*" o "*situazione di estraneità*". Le varie forme di attaccamento, più che come categorie qualitativamente ben distinte le une dalle altre, possono essere viste lungo un continuum; questo può andare da modalità ben compensate ed equilibrate (*pattern* "*sicuri*", "*bilanciati*", "*organizzati*", "*integrati*") ad altre marcatamente alterate e scompensate (*pattern* "*disorganizzati*" e "*disorganizzanti*", "*spaventati e spaventanti*", "*disorientati e disorientanti*", "*non integrati*"), passando o attraverso *pattern* comportamentali "*evitanti*" e "*difesi*" (che utilizzano in prevalenza il canale cognitivo), oppure attraverso *pattern* "*coercitivi*" e "*resistenti*" (che utilizzano in prevalenza il canale emozionale). In ogni caso, la spinta adattiva ad avere il massimo accudimento possibile seleziona le modalità di costruire il rapporto con la figura accudente. Almeno nell'infanzia, queste modalità non possono essere considerate stabili e imm modificabili e, d'altra parte, le figure accudenti, specie in una società complessa, sono molteplici. Attraverso l'insieme delle interazioni con queste figure intrafamiliari, scolastiche e sociali, dallo stile di attaccamento emerge lo stile relazionale e affettivo tipico di ciascun individuo. Le varie forme di attaccamento rimandano quindi a modalità comportamentali che, gradualmente, nell'interazione reciproca con le figure significative, selezionano specifiche tonalità di attivazione emozionale e di lettura cognitiva dell'esperienza.

Adattamento e organizzazioni di significato personale

Un contributo interessante che il cognitivismo ha dato alle neuroscienze è la cosiddetta "teoria motoria della mente". Come ha osservato Guidano (Complessità del Sé, 1988, p.32) "*in una prospettiva evolutiva, la mente appare come un sistema attivo e costruttivo capace di produrre non solo gli output ma anche, in gran parte, gli input che riceve, incluse le qualità sensoriali che costituiscono il fondamento stesso di qualsiasi attività mentale*".

Facendo riferimento allo sviluppo encefalico, esiste una reciprocità tra comparsa dell'*homo sapiens* e comparsa della personalità, dato che quest'ultima si caratterizza, più che per una serie strutturale di abilità legate alle varie funzioni psichiche, per la capacità processuale di organizzarsi in maniera autoreferenziale, costruendo gradualmente la propria complessità interna, attivandosi emotivamente, riordinando l'esperienza percepita in maniera soggettiva e definendo, in tal modo, un senso di sé e del mondo. In ogni caso, qualsiasi cambiamento è possibile solo all'interno delle modalità processuali, in gran parte implicite ("*tacite*") e inconsapevoli, consentite dai processi di chiusura organizzativa di base, propri di ogni soggetto (Nardi, 2001, 2007). Seguendo questa impostazione, è possibile mettere a fuoco le potenzialità di adattamento che sono alla base di ogni specifica organizzazione: cosa ne ha favorito la comparsa e quali vantaggi ne derivano per cui, pur con percentuali diverse e variabili, essa continua ad essere presente nei diversi contesti storico-geografici e socio-culturali. L'unitarietà (da un lato) e la molteplicità (dall'altro lato) delle

caratteristiche psichiche e comportamentali rendono poco praticabili equazioni semplicistiche e meccaniche tra singole tonalità emotive e personalità o tra specifici tipi di attaccamento (che oltre tutto possono variare nel tempo) e personalità. Viceversa, si selezionano e si stabilizzano quegli assetti personali che risultano in grado di trovare soluzioni vantaggiose e di esprimere comportamenti adeguati rispetto all'ambiente in cui si cresce.

A questo proposito, l'esperienza clinica consente di individuare due direttrici fondamentali di sviluppo che, all'interno dei processi di attaccamento, determinano la comparsa delle diverse modalità di organizzare la personalità e di costruire il significato personale (*assi primari o "processuali"*, Nardi 2007). Una direttrice è relativa alla maggiore o minore *prevedibilità della figura accudente*, un'altra alla sua maggiore o minore disponibilità. Dalla prima dipendono la sincronia/asincronia dei ritmi fisiologici e delle attività emozionali del bambino, nonché la qualità, fisica/semantica, della relazione di reciprocità. La seconda direttrice è invece determinante nel definire la *distanza della figura accudente*, definendo quindi la dipendenza/indipendenza del bambino rispetto al contesto.

Quando la figura accudente è percepita come tendenzialmente stabile nelle sue attivazioni emozionali e, quindi, prevedibile, in contesti e situazioni quotidiane simili che si ripetono (pianto, fame, sonno, ecc.), è favorita la decodifica precoce dell'esperienza. La ripetitività e la sovrapposibilità delle risposte ambientali delimitano e selezionano i segnali da apprendere, ne facilitano il riconoscimento e ne consentono l'espressione. La *reciprocità* con la figura accudente è costruita sul piano *fisico*, per cui il soggetto regola la distanza tra allontanamenti e avvicinamenti in modo da star bene quando ha il controllo della situazione. Si definisce così una messa a fuoco dall'interno, ricavando le informazioni sull'ambiente dalle sensazioni e dalle attivazioni provate (organizzazioni *"inward"*).

Viceversa, quando i comportamenti e le attivazioni emozionali della figura di riferimento vengono percepiti come complessi, variabili in rapporto alle situazioni e, in definitiva, poco prevedibili, il bambino percepisce che è necessario decodificare questi messaggi e aggiorna la sua lettura dell'esperienza ogni volta che i cambiamenti esterni rendono necessario questo aggiornamento.

La *reciprocità* viene costruita sul piano *semantico*, ricavando, dall'approvazione o dal rispetto delle regole date dall'ambiente, un senso positivo/negativo di sé. In questi casi, la messa a fuoco avviene dall'esterno: il riconoscimento delle attivazioni interne e la percezione di sé avvengono a partire dalle richieste o dai criteri forniti dall'ambiente di appartenenza (organizzazioni *"outward"*).

Lo sviluppo inward consente di centrare il comportamento sulla percezione e sulla gestione di quanto ci si sente protetti o soli, orientando conseguentemente il comportamento esploratorio e il distacco dalle figure di attaccamento. Esso ha consentito

di sviluppare due essenziali strategie adattive dei *sapiens*: a) costruire l'identità individuando figure sicure e affidabili, discriminando persone e contesti benevoli da quelli ostili e gestendo in maniera efficace avversità e pericoli; b) adattarsi a situazioni di separazione, distacco, perdita, imparando a percepire la solitudine come punto di partenza per sviluppare le proprie competenze e abilità, acquisendo anche un senso di responsabilità verso se stessi e gli altri. Per questo motivo, le organizzazioni inward probabilmente sono state le prime a svilupparsi, fornendo competenze essenziali per la sopravvivenza in modo da gestire: a) situazioni di prossimità, disponibilità di aiuto, dipendenza, condivisione sociale o b) situazioni di separazione, assenza di aiuto, indipendenza, isolamento sociale.

Negli sviluppi inward, quando la reciprocità fisica è alta (indipendentemente dalla qualità – positiva o negativa – delle relazioni con le figure di attaccamento), l'identità è costruita attraverso l'equilibrio percepito tra i due bisogni opposti di protezione e di libertà. Le situazioni vengono gestite in base alla percezione di controllo delle proprie attivazioni interne, in condizioni di vicinanza o di allontanamento e il soggetto orienta le proprie strategie adattive nella selezione dei riferimenti di protezione e degli spazi di libertà. In tutti questi casi, inward ad alta reciprocità, si determina una chiusura organizzativa di tipo *"controllante"*.

Sempre negli sviluppi inward, quando invece la reciprocità fisica è bassa, l'identità è costruita sulla capacità di gestire le proprie attivazioni interne in condizioni di solitudine, che il soggetto percepisce come una dimensione abituale della propria esistenza. Egli parte da essa per esplorare le possibilità di condivisione, attraverso una precoce emancipazione ed una marcata auto-responsabilizzazione. In tutti questi casi, inward a bassa reciprocità, si determina una chiusura organizzativa di tipo *"distaccato"*.

Negli sviluppi outward, la complessità e la variabilità dei segnali ambientali orienta la costruzione degli schemi emozionali attribuendo una importanza rilevante all'autovalutazione cognitiva. Il soggetto impara a cogliere i messaggi delle figure significative come guida per decodificare e aggiornare le proprie percezioni, in termini di accettazione o rifiuto, alta o bassa amabilità, importanza o insignificanza personale. La comunicazione è centrata sulla

reciprocità semantica, in termini di approvazione, decodifica, regole, valori; pertanto la reciprocità si sviluppa lungo un asse processuale che va da alti a bassi livelli di reciprocità semantica. I percorsi evolutivi outward consentono di centrare il comportamento sulla percezione e sulla gestione degli atteggiamenti e delle richieste ambientali, promuovendo due altri tipi di risorse fondamentali dei *sapiens*: a) utilizzare (quando è possibile, anche anticipare) opinioni e giudizi esterni, per sviluppare comportamenti condivisi e di successo, aggiornandoli e modificandoli ogni qual volta vengano a cambiare gli atteggiamenti esterni o b) affinare modelli e teorie per comprendere

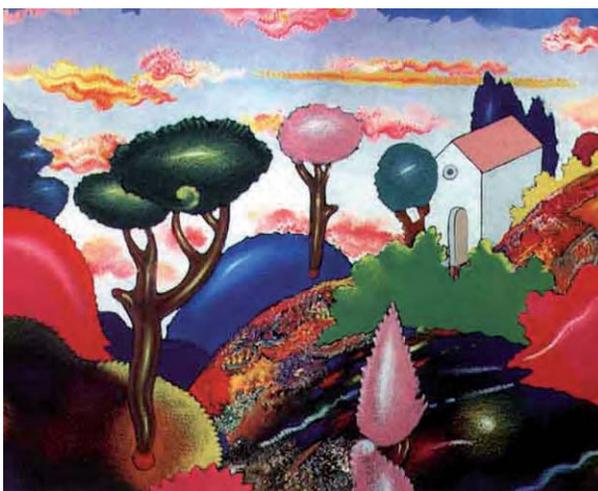


Fig. 2 - Alinari, "Paesaggio Classico". Collezione Privata, Staffolo (Ancona).

adeguatamente l'esperienza, riordinandola in maniera unitaria e globale nonostante le contraddizioni e le ambivalenze che essa presenta e nonostante i propri limiti conoscitivi.

Negli sviluppi outward, quando la reciprocità semantica è alta, l'identità è costruita "in tempo reale", volta per volta, basandosi sui segnali percepiti dal contesto esterno, in termini di approvazione o disapprovazione, conferme o disconferme, successi o fallimenti. Una rilevante importanza viene attribuita al confronto con gli altri, ai risultati ottenuti e, quindi, alla ricerca adattiva di persone, situazioni, attività tali da poter ricavare la migliore autostima possibile. Il soggetto controlla la propria adeguatezza in base a quanto si sente accettato o rifiutato, vincente o perdente. La selezione delle strategie adattive si basa sulla ricerca di conferme "viabili" e sulla gestione delle disconferme esterne. In tutti questi casi, outward ad alta reciprocità, si determina una chiusura organizzativa di tipo "contestualizzato".

Sempre negli sviluppi outward, quando la reciprocità semantica è invece bassa, l'identità è costruita sulle regole e sui criteri percepiti come giusti e certi, per poter distinguere ciò che è giusto o sbagliato, buono o cattivo, vero o falso, gestendo in questo modo gli aspetti ambivalenti e antitetici dell'esperienza, che possono destabilizzare in quanto generano dubbi, incertezze e difficoltà di scelta. Sul piano adattivo, il controllo delle situazioni e, quindi, la propria adeguatezza cognitiva vengono ricavati dalle certezze o dai dubbi percepiti. I parametri fondamentali in base ai quali valutare il proprio operato non sono i risultati (come avviene nelle organizzazioni contestualizzate) ma il proprio impegno e la propria adesione a ciò che si sente "giusto". La ricerca della reciprocità viene conseguita sulla base della compatibilità con i propri schemi emozionali di autovalutazione. Il soggetto è centrato sugli aspetti conoscitivi ed esplicativi della vita, ma anche sulla ricerca di una teoria sul fine e sul senso dell'esistenza umana. In tutti questi casi, outward a bassa reciprocità semantica, si determina una chiusura organizzativa "normativa".

Adattamento e crisi

L'esistenza si articola attraverso periodi sostanzialmente lineari e momenti in cui i cambiamenti sono più rapidi o anche improvvisi, tanto che vengono indicati come "critici", coinvolgendo sia gli aspetti fisici, sia quelli psichici e sociali. La *crisi* (dal greco *krisis* = scelta, decisione, giudizio, quindi anche evento, esito, risoluzione) caratterizza ogni fase della vita. In alcuni periodi, infatti, la maturazione è

sostanzialmente continua, sia per quanto concerne gli aspetti somatici che quelli psichici; i cambiamenti bruschi sono scarsi e poco appariscenti, mentre le lente trasformazioni fisiche appaiono più facilmente assimilabili anche sotto il profilo psico-comportamentale. In altri periodi, viceversa, specie nelle prime fasi dello sviluppo e intorno alla pubertà, la crescita psico-fisica si manifesta più discontinua, ad onde se non a picchi, con momenti più tranquilli alternati ad altri di rapida perturbazione. Questi fenomeni maturativi transitori sono in genere fisiologici, sebbene comportino disagio nel soggetto e in chi gli è vicino; risultano infatti assimilabili senza conseguenze negative, portando ad una ulteriore maturazione delle risorse e delle capacità adattive. La continuità e la crisi degli stati di coscienza sono le due facce fisiologiche della nostra coscienza, che ci consentono di articolare il senso di noi e del mondo, continuando a sentirci noi stessi nonostante i cambiamenti sperimentati nel corso del ciclo di vita. Ricorrendo di nuovo ad una suggestione letteraria, per considerare la crisi come risorsa, ci vengono in aiuto le parole di S. Juan de la Cruz: "se vuoi raggiungere il punto che non conosci, devi prendere la strada che non conosci".

Non sempre, tuttavia, l'assimilazione dell'esperienza appare al soggetto compatibile con il senso di sé che si era costruito fino a quel momento. Del resto, ogni trasformazione non è mai del tutto indolore: ogni volta che il sistema va incontro ad una fase di instabilità, inevitabilmente deve affrontare anche un riassetto del senso di sé e, quindi, della propria identità e del proprio significato personale.

L'adolescenza, specie nella sua fase puberale (per le profonde trasformazioni somatiche e neuroendocrine, le attivazioni emozionali associate e la comparsa del pensiero astratto) rappresenta il periodo critico della vita per eccellenza. La crisi nell'adolescenza coinvolge

il soggetto nella sua globalità psico-fisica. L'emergere del pensiero astratto comporta una relativizzazione dell'immagine di sé e del mondo e una rilettura in chiave personale di tutte le conoscenze fino ad allora acquisite. Si pone il problema della scelta di come si vuole essere, tenendo conto che il pensiero astratto fa mettere a fuoco il fatto che i bisogni interni e le richieste esterne possono non coincidere e a volte risultano in contrasto. Le insicurezze legate ai cambiamenti psico-fisici e relazionali dell'adolescenza possono allora attivare sia processi di isolamento e ripiegamento verso il mondo interno, sia atteggiamenti di sfida, ricercando attraverso comportamenti provocatori (esibizionistici, trasgressivi, oppositivi, ecc.) risposte esterne al proprio bisogno di



Fig. 3 - Donzelli, "Sironiana con bandiera italiana" (2005). Collezione Privata, Staffolo (Ancona).

sperimentarsi (lo stesso bisogno che è stato alla base del "no" nella prima infanzia), per cercare di capire quanto si vale. Di fronte ai rapidi mutamenti avviati con la pubertà, l'instabilità adolescenziale porta inoltre a cercare nuove figure di riferimento. In questi precari e transitori equilibri raggiunti sono i rischi di un periodo cruciale della vita in cui si cambia in maniera radicale e tumultuosa, nel quale si perdono il rassicurante aspetto infantile e le certezze fornite dal pensiero concreto e si evolve, spesso in modo disarmonico e non sincrono verso qualcosa di cui, anche sotto il profilo fisico, non si intravedono bene i contorni. L'instabilità fisiologica degli adolescenti si esprime così nell'oscillare e nel sovrapporsi di due bisogni opposti: quello di cercare una propria indipendenza e una propria progettualità e quello, ugualmente pressante, di sentirsi confermati e condivisi da parte degli altri. Occorre tuttavia ricordare che i cambiamenti critici sono riscontrabili anche nel bambino e nell'adulto. I principali momenti di crisi dell'infanzia accompagnano la comparsa della consapevolezza di sé come individuo separato dalla madre: crisi di pianto se non si è accuditi; paura dell'estraneo intorno al 7-8 mese; timore di essere abbandonati dalle figure di riferimento; esigenza, spesso associata a timore, di iniziare ad esplorare il mondo; scoperta del "no" all'inizio del linguaggio come modo di verificare se è consentito o meno dalle figure di accudimento fare qualcosa di diverso rispetto alle richieste. Nell'adulto, intorno ai 30-35 anni, emerge spesso un altro momento critico, definito "transizione dei 30 anni", in cui si verifica un cambiamento del senso del tempo e si comincia a fare un bilancio, attraverso il quale si confrontano i sogni e le aspettative adolescenziali con ciò che si è realizzato. Più avanti, tra i 40 e i 50 anni, si verifica comunemente un periodo di crisi ancora più marcato: la "midlife transition", la transizione, il cambiamento della mezza età. Durante questa fase critica, il futuro non solo è visto in maniera più compatta, ma diventa sempre più "presentificato", cioè appare sempre più conoscibile, per cui il soggetto cerca di organizzarlo in rapporto all'esperienza acquisita, oppure prova a riprogrammarlo, rompendo col passato. Anche nell'età senile si osservano di solito almeno due o tre periodi di crisi, in cui la connotazione più forte è proprio la tendenza a vivere nel "qui e ora" (*hic et nunc*), con una presentificazione marcata dell'esperienza.

Quando nei momenti di crisi non viene superata la soglia individuale di stabilità, una perturbazione può essere assimilata nel senso di sé senza grandi problemi e sofferenze; il riordinamento del

proprio atteggiamento nei confronti del mondo esterno avviene senza modificazioni significative nella percezione della propria identità. Si tratta, in questi casi, di *cambiamenti superficiali*. Viceversa, oscillazioni di intensità e qualità che superano la soglia di stabilità per la discrepanza che rivestono rispetto all'immagine di sé, innescano sempre *cambiamenti profondi*, con modificazioni del senso di identità personale. In questi casi la crisi comporta una esperienza soggettiva di discontinuità (non sentirsi più se stessi, "quelli di prima"). La rottura dell'equilibrio interno produce una situazione di instabilità, la cui gravità e durata e i cui esiti sono, in qualche misura, imprevedibili, nel continuum esistente tra normalità e patologia. Contrariamente a quanto si ritiene comunemente, la crisi non va considerata come un evento necessariamente negativo: come si è detto, molti cambiamenti legati alla maturazione compaiono in maniera critica e producono un'evoluzione verso livelli di consapevolezza e di gestione superiori ai precedenti.

Viceversa, quando i cambiamenti che superano la soglia di equilibrio del sistema non vengono assimilati, possono creare un disagio che, se non viene gestito tempestivamente ed adeguatamente, può dare origine ad uno scompenso psicopatologico. Il cambiamento funge da *stressor* che va a turbare l'equilibrio omeostatico rappresentato dalla coerenza interna, funzionale alla costruzione dell'identità. Il soggetto può prendere percorsi disadattivi, espressione di un disagio che viene espresso attraverso i sintomi tipici dei vari disturbi mentali.

La normalità o la patologia di una crisi si collocano all'interno di un continuum, spesso senza evidenti discontinuità tra una condizione e l'altra; vanno pertanto considerate come differenti dimensioni nel livello di elaborazione e di integrazione dell'esperienza in rapporto alla organizzazione di significato personale. I disturbi psicopatologici infatti si caratterizzano per una compromissione quantitativamente crescente dei seguenti parametri: a) la capacità di *flessibilità* adattiva rispetto ad una data situazione o contesto; b) la capacità di *generatività*, individuando comportamenti e strategie utili sul piano

progettuale; c) la capacità di *astrazione*, che consente di guardare oltre gli aspetti contingenti delle situazioni e di monitorare nel tempo la propria esperienza; d) la capacità di *autointegrazione*, collocando l'esperienza in una visione coerente e definita di sé e del mondo. Il passaggio da condizioni di normalità a condizioni di patologia (indicate come condizioni di "nevrosi" e di "psicosi"), può essere anche reversibile. Inoltre, quando si pensa alla crisi e ai disturbi mentali, si tende a centrare



Fig.4. Monachesi, "La Senna" (1960). Collezione Privata, Staffolo (Ancona).

l'attenzione sull'insieme di sintomi, sui problemi ad essi connessi e sulle limitazioni del funzionamento sul piano personale, sociale e lavorativo. Vengono invece spesso trascurati o sottovalutati elementi che risultano decisivi per impostare una strategia di intervento efficace. Attraverso una lettura esplicativa del disagio e della crisi, si può notare che il sintomo nasce quando l'assimilazione di una nuova esperienza diventa perturbante e non può essere autoriferita in maniera positiva né inserita nel senso di sé senza provocare un'alterazione della coerenza interna.

L'approccio cognitivista, nelle sue moderne evoluzioni post-razionaliste e sistemico-processuali, pone l'accento sul significato soggettivo e interno dei sintomi, consentendo di cogliere come aspetti apparentemente simili, classificabili in modo sovrapponibile secondo il metodo descrittivo, rivestano invece significati profondamente diversi da soggetto a soggetto, sulla base di come ciascun individuo ha imparato a sperimentare e a riferirsi le esperienze vissute. Uno stato d'ansia, una depressione del tono dell'umore o un delirio, così come qualsiasi altro sintomo, sono apparentemente manifestazioni omogenee e condivise da tutti quelli che ne sono affetti, mentre contengono informazioni importanti sullo specifico modo di funzionare del singolo individuo. Il sintomo rappresenta l'espressione di un tentativo di adattamento, il migliore tra quelli disponibili o forse anche l'unico che il soggetto trova utilizzabile (a livello implicito, tacito), anche se non viabile, caratterizzato da modalità più o meno rigide e concrete. In un'ottica esplicativa quindi, i sintomi costituiscono una chiave di accesso per comprendere le modalità soggettive con le quali il soggetto riferisce a sé l'esperienza e la utilizza nella costruzione del proprio significato personale. Il fine di un intervento terapeutico non è pertanto semplicemente quello di antagonizzare e sopprimere i sintomi, quanto piuttosto quello di individuare risorse e percorsi alternativi, migliori sotto il profilo adattivo, che consentono comunque al soggetto di riconoscersi e di mantenere una sua coerenza interna.

Il disagio può esprimersi attraverso diverse manifestazioni cliniche che possono comprendere sintomi affettivo-emozionali, sintomi cognitivi, sintomi somatici (della sfera neurovegetativa, muscolo-scheletrica, endocrino-metabolica, gastroenterica, etc.), o possono comportare modificazioni comportamentali, con una disregolazione, una instabilità, fino ad una vera e propria devianza. Le modificazioni comportamentali possono avvenire sia nel senso di una attivazione, quindi con iperattività, che nel senso di una inibizione, quindi con blocco dell'esplorazione, del comportamento o con depressione. Ma, a fronte di queste manifestazioni sintomatologiche, la psicopatologia fornisce una chiave di lettura della personalità e permette di esplorare i bisogni individuali e le modalità soggettive di dare un senso alla propria esperienza. Dal rapporto tra flessibilità e rigidità organizzativa deriva la vulnerabilità agli scompensi emotivi. Un'organizzazione eccessivamente rigida o eccessivamente elastica è più esposta al rischio di scompensarsi di fronte a situazioni nuove.

Ovviamente, tutte le organizzazioni di significato personale possono dar luogo a crisi o scompensi: ogni organizzazione ha infatti sue specifiche vulnerabilità, cioè degli aspetti critici nei processi di assimilazione e ordinamento dell'esperienza e di mantenimento della coerenza interna. I sintomi sono infatti da considerare trans-organizzazionali, ciò che cambia è il loro significato. Nelle *organizzazioni controllanti* (inward ad alta reciprocità fisica), la crisi è generalmente legata a vissuti di perdita di controllo, di non protezione o di costrizione. A volte per questi soggetti il passaggio

da una percezione di efficienza fisica e di controllo ad una di inaiutabilità e di impossibilità a gestire è brusco, tipo top/down ("posso fare tutto/non posso fare niente"). Nelle *organizzazioni distaccate* (inward a bassa reciprocità fisica) la crisi può accendersi, con disperazione o rabbia, a seguito di un'esperienza percepita come perdita insopportabile, che rimanda ad un destino di solitudine e di separazione dagli altri. Nelle *organizzazioni contestualizzate* (outward ad alta reciprocità semantica) risultano critiche le situazioni percepite come fallimenti personali, legate generalmente a difficoltà nella gestione della mancanza di conferme esterne. Le crisi infatti possono attivarsi o riacutizzarsi per esperienze di insopportabile disconferma in settori critici della propria esperienza. Nelle *organizzazioni normative* (outward a bassa reciprocità semantica) la crisi può muovere da un intollerabile senso di colpa per non avere raggiunto le certezze auspiccate, per non riuscire ad essere perfetti ed eticamente giusti come si dovrebbe, quando non si riesce a fare le scelte "giuste". In questi soggetti sono percepite come particolarmente perturbanti le esperienze che comportano la perdita delle certezze personali e l'aumento di dubbi ingestibili.

Pur essendo le crisi trans-organizzazionali, esse presentano in ciascun soggetto modalità peculiari. La possibilità di mettere in luce le specifiche modalità soggettive di riferire a sé le esperienze perturbanti e di manifestare un disagio conseguente alla rottura dell'equilibrio preesistente consente di utilizzare le strategie di intervento che appaiono più adeguate a migliorare le risorse individuali e di individuare percorsi più adattivi, sul piano della gestione delle emozioni negative, dell'incremento delle capacità astratte e dell'integrazione del sé. Abbiamo bisogno di continuare a percepirci noi stessi nonostante i cambiamenti e le trasformazioni sperimentate nel ciclo di vita. Nella costante dialettica tra l'esperire e lo spiegare, il fare esperienza in maniera globale e scarsamente consapevole e l'utilizzare l'esperienza in corso per costruire una coerenza personale, esistono dei *pattern di autoinganno* che limitano la "pericolosità" delle esperienze perturbanti. Viviamo e condividiamo un mondo oggettivo senza renderci conto che lo vediamo da un punto di vista irriducibilmente soggettivo. Dalla capacità di ognuno di articolare il senso di sé in livelli crescenti di complessità deriva il fatto che le crisi fisiologiche incontrate nel corso del ciclo di vita abbiano sviluppi crescenti, costruttivi e progettualmente percorribili sul piano adattivo o, viceversa, attivino instabilità crescenti da cui non si vedono vie di uscita ma solo nocivi, intrusivi e disadattivi stati di disagio.

Come hanno osservato Maturana e Varela (1987, 1988), la capacità di sistemi conoscitivi complessi come quelli umani di uscire dalla crisi si gioca sulla possibilità di scegliere percorsi "viabili", quindi maggiormente adattivi. Nell'interazione con una realtà multiforme e continuamente mutevole, la ricerca di cambiamenti praticabili – "cambiamenti viabili", cioè percorribili per il soggetto, progettuali rispetto al suo mondo interno, adatti alle sue caratteristiche individuali – è molto più importante della loro generica "validità" oggettiva e di quanto essi siano condivisibili dagli altri. Il percorso adattivo di ogni individuo parte dalle potenzialità di cui dispone. Un approccio adattivo alla personalità è quindi utile, non solo in condizioni fisiologiche, ma soprattutto in quelle patologiche, consentendo di far leva proprio sulle risorse individuali, residue o latenti che siano.

La Bibliografia comparirà al termine della quarta parte

PATRIZIA TRIMBOLI

Sociologa
Università Politecnica delle Marche

La poesia che fa

A volte nella frenesia di esistere, si elude il senso ed il compiersi del nostro destino.

Nell'Unità Risvegli, in rianimazione, ho scoperto la forza e l'immenso compito di trasformazione della poesia. Ogni sguardo, ogni vaga luce su un volto, ha lasciato una lucerna accesa nella mia memoria, occhi che m'inchiodano alla responsabilità.

Da qui, dalla consapevolezza del potere della poesia, il dovere etico di fare testimonianza, dentro e attraverso le voci della poeti contemporanei, della vita nella vita. Esprimere, senza cedimenti, la propria vicinanza con la penna di un gesto, o un intero libro nella sfumatura della voce, è l'accordo invisibile tra orecchio e cuore.

Mi ricordo A., un ragazzo appena trentenne totalmente paralizzato, capace di dare parola a battiti di palpebre, e trarre da quell'intraducibile profondità delle metafore, la forza per liberare la sua voglia d'identità, di stringere i pugni, di sfogare la disperazione, con l'estrema semplificazione del cuore, un cuore che non dorme:

"Il cuore che non dorme / dice al cuore che dorme. Abbi paura. / Ma io non sono il mio cuore, non ascolto / né do la sorte, so bene che mancanti, / non perderti, era l'ultima sventura.

Ti muovi nel sonno. Non girarti, / non vedermi vicino e senza luce! / Occhio per occhio, parola per parola, / sto ripassando la parte della vita. Penso se avrò il coraggio / di tacere, sorridere, guardarti che mi guardi morire

Solo questo domando: esserti sempre, / per quanto tu mi sia cara, leggero.

Ti giri nel sonno, in un sogno, a poca luce."

(Giovanni Raboni, *Tutte le poesie*, Garzanti, 2000)

Quante volte, ascoltando un testo poetico, ho ritrovato una lingua totalmente "altra", capace di comprendere che ci può essere ancora vita, gioia, là dove la malattia ci ha travolti e ci ha reso paurosi. E' difficile comunicare quanto una parola vicina e profonda possa aiutare ad attraversare il deserto della disperazione, della solitudine, quel luogo oscuro in cui non si scorge la fine. Così come non avrei immaginato quanta vita e forza potessero sprigionarsi dall'idea di portare a termine un tale compito. Il compito di rendere testimonianza, come risposta collettiva, alla comunicazione con il malato terminale.

Alla congiura del silenzio, all'esproprio, che confina e colpisce il malato, sopraggiunge il valore della poesia, come se quella vibrazione dell'anima non riguardasse da vicino solo chi la pronuncia, ma anche chi l'ascolta, proprio come se a propagarsi fosse un suono d'anima, da anima a cuore.

E come recita Tagore:

Ho ricevuto il mio congedo / Ditemi addio, fratelli miei! / inchino a voi tutti e prendo commiato. / Ecco, rendo le chiavi della mia porta, / rinuncio ad ogni diritto sulla mia casa. / Vi chiedo soltanto ultime parole gentili. / Per molto tempo fummo vicini di casa, / ma ho ricevuto più di quello che

potevo dare. / Ora si fa giorno, e la lampada che rischiarava / il mio buio cantuccio s'è spenta. / E' giunto un richiamo / e sono pronto al mio viaggio.

In particolare la riflessione in questo breve articolo, si posa sul libretto "Amici in Spirito – Il Fuoco dei Poeti", distribuito nel reparto di Emergenze Medico Chirurgiche di alcuni Ospedali italiani. Specchio di contemporaneità e di una volontà tempestiva volta a rileggere il mandato del percorso poetico.

Quali rapporti intercorrono tra medicina e poesia?

Si può immaginare che la scienza della guarigione possa assumere la sua massima espressione partendo dalla poesia?

Queste poche pagine di letteratura, che potrebbero far rivivere il luogo in cui aprire nuovi orizzonti, attraverso l'incessante risveglio della ricerca della verità, chiamano a ritrovarsi, a svelarsi, con la voce della parola. La parola vera, che sia carne del suono latente, capace di cogliere sotterranei sentimenti e presagire un nuovo pensiero.

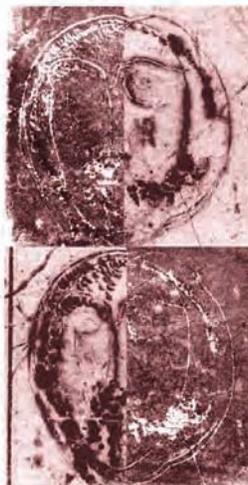
L'offerta della poesia è la via, l'incontro con il mistero dell'altro, il valore di ciò che resta indiviso, l'arte di evocare quel richiamo vissuto prima nel suono, o nel "cantuccio" ove "s'è spenta" la luce. L'universo della creazione poetica schiude e lascia intravedere ciò che si credeva perso: il miracolo della vita. In questa funzione il poeta accompagna il morente al grande viaggio "con gli occhi rimasti tutti nudi, (...) nudi e immensi come gli occhi di un bimbo" per echeggiare amore (Hikmet, 2007). E "quando c'è l'amore non c'è la morte" (M. De Hennezel, da: *Morire ad occhi aperti*, 2006).

Proprio nel momento in cui ci si sente nessuno, si condivide il più grande segreto, il significato ed il valore dell'esperienza, il quid imponderabile, originario, a partire dalla sua irresistibile chiamata, per portare a compimento la propria vita, consapevolmente. "Perché noi siamo solo la buccia e la foglia. La grande morte, che ognuno ha in sé, è il frutto, attorno a cui ogni cosa ruota" (Rainer Maria Rilke).

Sono convinta che di fronte al dolore che ci accompagna possiamo stringere un'alleanza ed avere fiducia nella forza interiore, nel monito della sillaba nascosta in ognuno di noi. E' per questo che, con il contributo del poeta Luigi Fontanella, alcune voci significative della poesia contemporanea si sono sentite solidali ad un dovere etico che trasferisce alla poesia, nella piena accezione del termine, il suo naturale e inalienabile accordo tra linguaggio, cuore, e impegno verso chi "si prende cura degli altri", fa ricerca, o semplicemente necessita attenzione e dedizione curante, negli Ospedali.

Per cogliere la passione dell'appartenenza, il Fuoco dei versi, in quel punto misterioso di equilibrio della coscienza dell'uomo.

Si è deciso di segnalare i poeti partecipanti al progetto complessivo dell'antologia *Amici in Spirito - Il fuoco dei poeti*: Maurizio Cucchi, Franco Manzone, Eugenio De Signoribus, Luigi Fontanella, Giancarlo Pontiggia, Giorgio Luzzi, Ito Ruscigni, Gabriela Fantato, Lorenzo Gattoni, Antonio Spagnuolo, Gabriella Sica, Paolo Ruffilli, Michele Caccamo, Plinio Perilli, Maria Pia Quintavalla, Antonella Anedda, Mariella Bettarini e l'artista Vincenzo Balena.



AMICI IN SPIRITO Il Fuoco dei Poeti



Presentazione

L'incontro tenutosi ad Osimo nel maggio del 2010 si prefiggeva l'ambizioso obiettivo di fare il punto sul ventaglio delle patologie che posso colpire le arterie.

Il corso di formazione era stato articolato in modo da rendere l'argomento fruibile all'uditorio, non trascurando l'elemento essenziale che era quello di rendere partecipi gli uditori alle problematiche trattate, sollecitandoli con quesiti in modo da renderli direttamente partecipi durante la trattazione. Non veniva però dimenticato di dare allo stesso tempo dei messaggi chiari ed aggiornati, facilmente applicabili al lavoro quotidiano di ogni medico. Le malattie del sistema cardiovascolare, come è

a tutti noto, rappresentano la principale causa di morbilità e mortalità nel mondo industrializzato. I progressi della medicina cardiovascolare in questi ultimi anni sono stati immensi, impensabili. La comprensione della biopatologia è progredita costantemente, e si sono verificati degli enormi progressi nella diagnosi, terapia e prevenzione. Sono quindi stati affrontati con letture magistrali e con casi clinici esemplificativi il rischio cardiovascolare globale nelle sue fasi diagnostiche e nel trattamento, nel rispetto delle linee guida internazionali. Il tema è stato dottamente ed esaurientemente trattato dal prof. Rappelli. Le problematiche del paziente con claudicatio, sono state introdotte da un caso clinico presentato dal dr. Guido Sanpaolo. Sull'argomento si è articolata la discussione dei partecipanti, permettendo ai relatori (dr. Antico, dr. Catalini, dr. Frausini) di proporre i più moderni metodi di indagine, la loro corretta indicazione e le implicazioni terapeutiche che ne scaturiscono. La parte dedicata alle vasculiti è stata egregiamente rappresentata dalla problematica della sindrome di Raynaud, esposta dalla dr.ssa Del Prete mediante la presentazione di un esemplare caso clinico. La discussione che ne è scaturita ha coinvolto un grande numero di colleghi partecipanti all'incontro, che hanno chiesto ed ottenuto risposte ai loro quesiti, grazie all'irrinunciabile contributo culturale della professoressa Maria Giovanna Danieli. La parte dei provocatori, così utile per far emergere i problemi più ostici e alle volte misconosciuti, è stata condotta sapientemente dal dr. Marco Candela, mentre il dr. Fiorini ha presentato un filmato che non poco ha fatto riflettere tutti i presenti sui problemi etici legati alla rapporto tra medico e paziente. Il prof. Armando Gabrielli ci ha preso per mano e condotto attraverso le più innovative, e solo apparentemente fantascientifiche, metodologie

diagnostiche molecolari. Alla fine della relazione tutti gli astanti hanno potuto comprendere di come non si tratti di condizioni avveniristiche: molte di queste scoperte sono già applicate quotidianamente sui pazienti, e la concretezza dei messaggi comunicati è apparsa come un indispensabile bagaglio, da applicare correntemente sui malati stessi. La riunione si è conclusa con la presentazione di un caso clinico potenzialmente fuorviante, che ha permesso alla platea tutta di prendere coscienza sulla necessità di vagliare tutte le ipotesi diagnostiche: ciò è stato possibile grazie alla raffinata esposizione della dottoressa Capriotti. Il dr. Carbonari ha inviato messaggi chiari ed inequivocabili sulle indicazioni tanto delle tecniche diagnostiche, tanto della chirurgia vascolare dei vasi sovraortici. Da parte mia ho cercato di rendere l'incontro piacevole, non rinunciando alle mie conosciute doti di attore, non trascurando, secondo le ferree indicazioni del Prof. Danieli, di fare un modo che ognuno uscisse dall'incontro con messaggi chiari per il management quotidiano dei pazienti. Il contributo dei vari relatori non è ancora disponibile al momento di andare in stampa. Siamo certi che nei prossimi numeri potremo leggere le loro relazioni.

Francesco Pellegrini

Il paziente con perdita di coscienza MARILENA CAPRIOTTI (SIMG), LUCIANO CARBONARI (AO) OSPEDALI RIUNITI ANCONA), FRANCESCO PELLEGRINI (MEDICINA INTERNA, ZT OSIMO)

Le ultime linee guida ESC del 2009 hanno ben puntualizzato la corretta classificazione della sincope. Troppo spesso infatti siamo soliti etichettare come "sincope" altre condizioni, che nulla hanno a che vedere con la perdita di coscienza prolungata. Di seguito viene riportata una tabella in cui sono elencate quelle condizioni che nella pratica clinica abituale vengono indicate come "sincope".

Disordini con parziale o completa perdita di coscienza senza ipoperfusione cerebrale globale

Epilessia
Disordini metabolici inclusi ipoglicemia, ipossia, iperventilazione con ipocapnia
Intossicazioni
TIA vertebrobasilare

Disordini senza disturbo della coscienza

Cataplessia
Drop attacks
Cadute
Funzionali (pseudosincope psicogena)
TIA di origine carotidea

Tab. 1 - Condizioni erroneamente diagnosticate come sincope.

Il meccanismo fondamentale della sincope è caratterizzato da una bassa pressione arteriosa sistemica, che si estrinseca in un'ipoperfusione cerebrale globale. Le basi fisiopatologiche di tale problematica sono dovute a tre grandi gruppi di cause, e precisamente:



- la sincope riflessa
- la sincope cardiogena
- la sincope secondaria ad ipotensione ortosta

Viene di seguito presentato in maniera sintetica il corretto impiego di alcuni test neurologici, secondo le linee guida emanate dalla Società Europea di Cardiologia nel 2009, e precisamente l'impiego dell'elettroencefalografia, della TC cerebrale, della RMN, e dell'ecodoppler dei vasi carotidei. Piace sottolineare che se tutti noi ci atteniamo alle indicazioni delle linee guida, facendo lavorare di più il potere critico, ridurremo di molto l'esecuzione degli esami diagnostici, con risparmio di risorse e ad unico vantaggio di accorciare le liste d'attesa, effettuando esami ai soli pazienti che ne hanno indicazione.

Indagini neurologiche
Elettroencefalografia

Gli EEG tra due episodi critici sono normali nella sincope. Un EEG normale, eseguito tra due episodi critici, non può escludere l'epilessia, ma deve sempre essere interpretato in un contesto clinico. Quando è incerto è preferibile posporre la diagnosi di epilessia piuttosto che fare una falsa diagnosi. L'EEG non è raccomandato quando la sincope è la più probabile causa di perdita di coscienza, ma lo è quando l'epilessia è la causa più probabile o quando i dati clinici sono equivoci. Le EEG può essere utile per riconoscere una pseudosincope psicogena, se è registrato durante un attacco provocato.

Tomografia computerizzata e risonanza magnetica

Non vi sono studi che valutino l'utilità delle tecniche d'immagine nella sincope. TAC o RM dovrebbero essere evitate nella sincope non complicata. Le tecniche d'immagine possono essere necessarie solo sulla base di una valutazione neurologica

Studi neurovascolari

Non vi sono studi che suggeriscano che l'ecodoppler carotideo sia valido nella sincope tipica.

In troppe occasioni consideriamo nella diagnostica differenziale della sincope i TIA. Nella fattispecie, non è indicato considerare TIA, sulla base della definizione dell'OMS (improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale cerebrale e visivo, attribuibile ad insufficiente apporto di sangue, di durata inferiore alle 24 ore) la perdita di coscienza, la vertigine, l'amnesia globale transitoria, i drop attacks, l'astenia generalizzata, lo stato confusionale, e l'incontinenza sfinterica, quando presenti isolatamente.

Si raccomanda di porre diagnosi di TIA o di ictus in base a criteri clinici. In entrambi i casi una TC o una RM sono indicate per la diagnosi differenziale con altre patologie che possono mimare il TIA o l'ictus.

In base alle linee guida SPREAD emanate nel 2010, sulla scorta

dell'evidenza fornita dalle moderne tecniche di neuroimmagini, è stata proposta una nuova definizione di TIA (AHA, Stroke 2009; 40:2276-93): "episodio di disfunzione neurologica causato da ischemia focale dell'encefalo, midollo spinale o della retina senza infarto acuto".

Passiamo ora a considerare l'importanza della stenosi carotidea sulla genesi degli episodi ischemici cerebrali o retinici.

Per convenzione derivata dagli studi clinici, una stenosi carotidea si definisce sintomatica se l'ultimo episodio ischemico cerebrale o retinico congruo si è verificato nei sei mesi precedenti. Sulla base di recenti revisioni degli stessi studi è indicato ridurre tale intervallo a non più di tre mesi. Ne deriva che l'intervento di endarteriectomia in caso di stenosi carotidea asintomatica maggiore al 60% è indicato solo se il rischio perioperatorio di complicanze gravi (morte, ictus disabilitante) risulta minore del 3%.

A tale proposito secondo le linee guida SPREAD 2010 la terapia chirurgica delle stenosi carotidee sintomatiche comporta un netto, anche se modesto, beneficio rispetto alla terapia medica per stenosi tra il 50 e il 69% (NNT=22 per ogni ictus ipsilaterale, NNT non significativo per ictus disabilitante e morte), ed un elevato beneficio per stenosi tra il 70 e il 99% (NNT rispettivamente 6 e 14) purché in assenza di *near occlusion*. In pazienti con elevato punteggio di rischio di stroke con la sola terapia medica il beneficio dell'intervento è elevato (NNT=3).

Il paziente con *claudicatio*

Rilevanza, pertinenza e problema sociale dell'Arteriopatia Obliterante Periferica

GUIDO SAMPAOLO (SIMG), ORIANA ZINGARETTI (AOU Ospedali Riuniti di Ancona)

L'Arteriopatia Obliterante Periferica (AOP) è una patologia ad elevato impatto sociale ed economico. Poiché determina le manifestazioni cliniche tipiche di una patologia cronico - degenerativa, può essere presa a paradigma di malattia che richiede un modello di gestione integrata multidisciplinare. L'AOP rappresenta una delle tante manifestazioni della malattia aterosclerotica con tipico interessamento delle arterie degli arti inferiori.

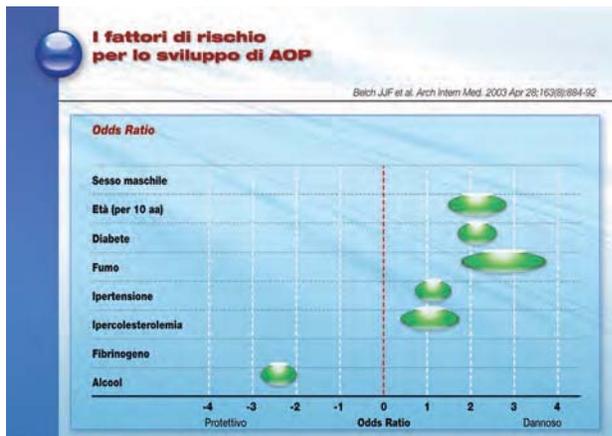
Uno studio condotto sul data base Health Search – Thales della SIMG (Società Italiana Medicina Generale), nel setting della Medicina Generale (MG) Italiana, ha rilevato su un campione di 464.382 soggetti seguiti per un periodo di oltre 20 anni, la presenza di 3.267 pazienti con diagnosi di arteriopatia sintomatica degli arti inferiori (1.536 erano di sesso femminile). La prevalenza è incrementale al crescere dell'età, con un minimo del 4.8‰ al di sotto dei 40 anni; nella fascia di età compresa tra 40 e 60 anni la prevalenza è del 9.9‰; al di sopra dei 60 anni è del 17‰. E' fortemente deficitario, in questa popolazione affetta da malattia aterosclerotica sintomatica, l'uso di farmaci cardiovascolari appropriati: solo il 30% dei pazienti affetti da *Cludicatio* assume una terapia anti aggregante o anticoagulante; solo il 20% assume una statina; solo il 42% assume un bloccante del sistema renina – angiotensina - aldosterone (ACE-I o Sartano). Altrettanto insoddisfacente è il controllo dei principali fattori di rischio: solo il 50% ha una pressione arteriosa ed una colesterolemia totale a *target*.

Se ne deduce che si tratta d'una patologia sotto sospettata, sotto



stimata, sotto studiata e sotto trattata.

L'età avanzata ed il sesso maschile sono fattori di rischio per lo sviluppo di AOP. La loro presenza si associa con quella di AOP in misura 2-3 volte superiore rispetto ai soggetti più giovani o di sesso femminile. Anche il fumo di sigaretta ed il diabete sono potenti fattori di rischio per la presenza di AOP (Fig. 1). Si stima che fino al 50% dei soggetti diabetici possa essere affetto da AOP. Meno forte è l'associazione con ipertensione arteriosa, dislipidemia, iperfibrinogenemia. Questi fattori di rischio sono predittivi della presenza di AOP e non delle complicanze cardiovascolari che spesso si verificano nel paziente con AOP. Definire questi fattori risulta pertanto molto utile per un programmi di *screening* su popolazioni selezionate, in cui la presenza di AOP risulti più elevata. Il paziente con AOP frequentemente presenta la coesistenza di altre localizzazioni di malattia cardiovascolare (CV). Questo significa che nello stesso paziente, sia di sesso femminile sia di sesso maschile, quando è presente l'AOP, aumenta significativamente anche la probabilità di una coesistente malattia aterosclerotica a livello coronarico o a livello cerebrale. Ricercare altre localizzazioni della malattia aterosclerotica in altri distretti è, insieme alla misurazione dell'indice caviglia-braccio (ABI), la strada per aumentare la predittività di eventi in soggetti portatori di una malattia pluridistrettuale.



L'AOP è quasi sempre espressione di un processo aterosclerotico
 Fig. 1 - Fattori di rischio per l'AOP.

avanzato, grave e diffuso; quanti ne sono colpiti presentano un rischio elevato di complicazioni cardiache e cerebrovascolari, soprattutto se non ricevono consigli e indicazioni per attuare adeguati interventi di prevenzione e terapia. L'AOP si associa frequentemente a eventi vascolari gravi quali IMA e Ictus: *almeno il 1/3 entro 5 anni e quasi il 50% delle persone affette da AOP riportano entro 10 anni un evento cardiovascolare maggiore: nel 60% dei casi si tratterà di un IMA e nel 12% di un Ictus.* E' pertanto necessario valutare la presenza e la gravità della patologia aterosclerotica negli altri distretti; fondamentale per riconoscere il rischio del paziente, valutare la presenza dei danni d'organo e procedere alla loro prevenzione e al loro trattamento.

La misurazione dell'ABI (o *Ankle Brachial Index*) è il metodo raccomandato per il *depistage* delle forme di AOP definite asintomatiche, molto più frequenti di quelle che presentano i tipici sintomi come la *Claudicatio Intermittens*. Come si misura l'ABI? Si tratta del rapporto tra la pressione arteriosa sistolica, misurata a riposo sulle arterie tibiali di un lato e sull'arteria brachiale dallo stesso lato. La tecnica prevede

l'utilizzo di un manicotto di adeguate dimensioni e di una sonda doppler ad onda continua (CW). Ogni rilievo pressorio dovrebbe essere eseguito due volte e la media dei due valori andrebbe riportata. Nel caso di riscontro di valori differenti alle arterie brachiali dei due diversi lati si terrà conto del valore più elevato. Analogamente, in caso di valori differenti alle tibiali, quella anteriore e quella posteriore, si terrà conto del valore più elevato da quel lato. I valori di ABI considerati normali vanno da 1,2 fino a 0,9. Valori inferiori a 0,9 si considerano patologici ed in grado di far porre diagnosi di AOP. Valori superiori a 1,2 fanno sospettare la presenza di calcificazioni vascolari, tipiche del soggetto diabetico, che rendono il vaso incompressibile e l'esame, in tal caso, andrebbe sostituito con la misurazione dell'indice dito-braccio. Non è indispensabile disporre di una sonda doppler per la misurazione della pressione arteriosa. Una palpazione digitale può dare un risultato altrettanto affidabile.

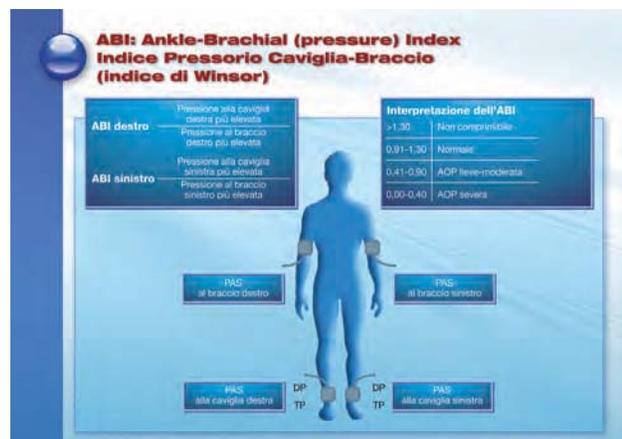


Fig. 2 - Misurazione dell'ABI (Ankle Brachial Index).

Ancora oggi i pazienti con AOP rischiano di non ricevere una *Diagnosi tempestiva*, sia che presentino sintomi, sia che siano asintomatici, ma tuttavia ad altissimo ischio (pazienti affetti da DM, Sindrome Metabolica, Pregresso evento CV, etc.). L'allungamento della vita dovuto alle migliori condizioni di vita, ai progressi tecnologici e farmaceutici della medicina ha determinato un incremento di tali patologie che gravano in modo pesante sui bilanci e sull'attività della Medicina del Territorio e di quella Ospedaliera di secondo e terzo livello. Da un lato, infatti, a causa del progressivo aumento di fattori di rischio come l'obesità e dell'invecchiamento della popolazione, l'incidenza di queste malattie sta aumentando in modo epidemico, dall'altro le tecnologie biomediche trasformano malattie, un tempo letali, in malattie a lunga sopravvivenza che necessitano di regolari controlli. Questo fenomeno ha prodotto e produrrà un sempre maggior assorbimento di risorse che metterà a rischio l'esistenza stessa del nostro servizio sanitario, come oggi lo conosciamo. La nostra società dovrà adattarsi ai nuovi bisogni, mirando a rallentare l'incidenza di malattie croniche e disabilità, a ridurre l'impatto degli stili di vita nocivi per la salute e ad affrontare queste patologie con modelli assistenziali adatti a malattie che non guariscono. Già oggi, in risposta a tali cambiamenti, i modelli assistenziali tendono a modificarsi: i servizi residenziali non sono più soltanto l'ospedale e i servizi territoriali non sono più soltanto



rappresentati da medici e pediatri di famiglia, poliambulatori specialistici, ma si creano forme assistenziali nuove che modificano la nostra idea di assistenza residenziale e territoriale. Si tratta, però, di "isole" molto spesso mal collegate tra loro, che lasciano all'assistito, nel suo "guscio di noce", il problema di integrare servizi e informazioni, costringendolo inconsapevolmente e senza averne sempre gli strumenti ad assumersi il ruolo di case manager della propria condizione patologica.

L'AOP può essere presa a paradigma di malattia cardiovascolare multifattoriale e la cui gestione ottimale è di tipo multidisciplinare. Esiste un'enorme differenza tra agire su un solo fronte come curare la pressione, curare il diabete, effettuare esami di alta tecnologia, praticare interventi di rivascolarizzazione e *Prendersi cura* di una persona affetta da una patologia cronica degenerativa.

Solo una *Gestione Integrata* e condivisa da tutti i professionisti del sistema può arrivare ad una *Assistenza Sostenibile* assieme ad un miglioramento della *Qualità* delle prestazioni erogate dai singoli professionisti. L'individuazione precoce, l'ottimizzazione degli esami diagnostici, dei *follow-up*, delle terapie dei percorsi, dei *timing* dei controlli, la gestione delle complicanze, la consapevolezza e collaborazione dei pazienti sono necessari per uscire dalla fase della medicina di attesa alla sistematica medicina di iniziativa, proattiva, non passiva, ma capace di *Orientare* il paziente verso la giusta scelta per la sua salute. Un paziente informato è un paziente educato a collaborare alla gestione della propria patologia, ad adoperare le risorse in maniera razionale, che sa rivolgersi al professionista giusto (medico generalista, specialista, infermiere, fisioterapista, dietista etc.) in maniera costruttiva e consapevole, partecipando al percorso di cure che lo riguarda. Nella Figura 3 viene riportato un modello di "disease management".



Fig. 3 - Modello di Disease Management.

I "care management programs" applicano sistemi organizzativi e tecnologici, conoscenze scientifiche, incentivi ed informazione per migliorare la qualità delle cure ed aiutare i pazienti a gestire più efficacemente le loro condizioni di salute. L'obiettivo dei programmi di gestione integrata è di ottenere un miglioramento dello stato di salute del paziente e, contemporaneamente, di contenere/ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane ed economiche, adoperando strategie per modificare i comportamenti di pazienti e medici, da parte dei quali è spesso difficile ottenere rispettivamente una adesione ai piani di cura e la condivisione e l'utilizzo di linee guida per la pratica clinica. L'AOP per sua natura, come tutte le patologie croniche e degene-

native, richiede una *Gestione integrata* vale a dire un vero e proprio *Percorso Diagnostico Terapeutico* condiviso tra Medicina dell'Ospedale e Medicina del Territorio che i basa su tre elementi cardine:

1. L'adozione di un *Protocollo diagnostico terapeutico* che riguarda tutti i soggetti interessati: MMG, Internisti, Radiologi Interventisti, Chirurghi Vascolari, Infermieri Professionali, Operatori Socio Sanitari, Medici e Personale Distretto (ADI), nonché i pazienti.
2. Individuazione e realizzazione di un Piano di formazione degli operatori sull'AOP e le sue complicanze con un approccio che parta dai bisogni formativi del Team Multidisciplinare.
3. Coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura, il cosiddetto *patient empowerment* che consiste nel fornire al paziente gli "strumenti" per assumere un ruolo più attivo nella gestione del proprio stato di salute.

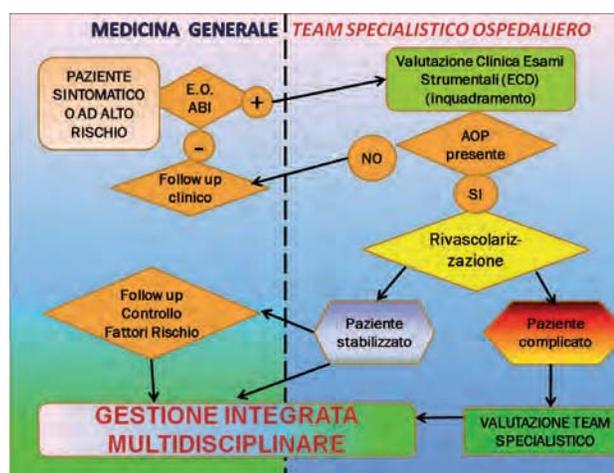


Fig. 4 - Modello di Gestione Integrata Multidisciplinare.

Legenda : EO: esame obiettivo; ABI: Ankle Brachial Index; ECD: Ecocolor Doppler

Nella figura 4 viene raffigurata una proposta di corretto percorso diagnostico – terapeutico dell'AOP che integra le competenze e le professionalità della Medicina Generale e del Team Specialistico Ospedaliero, definendo reciproci ruoli e attività. La condivisione, l'applicazione e l'implementazione di un modello siffatto determina per l'AOP (ma in generale per qualunque affezione cronica) l'ottimizzazione delle risorse e dei *timing* con un netto miglioramento dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica. Si evitano così la ripetizione degli interventi professionali e la conseguente ridondanza di procedure diagnostiche, contribuendo in definitiva a ridurre le liste di attesa.





Calendario didattico 2010-2011

Settimana Introduttiva alla Facoltà. Dal 30/09/2010 al 9/10/2010

1° semestre

Dal 4/10/2010 al 10/12/2010 Attività formative didattiche e professionalizzanti dei CLM in Medicina e Chirurgia, del CLM in Odontoiatria e Protesi Dentaria e dei CdL triennali (2° e 3° anno)

Dal 11/10/2010 al 17/12/2010 Attività formative didattiche e professionalizzanti dei CdL triennali (1° anno)

Dal 13/12/2010 al 17/12/2010 Prolungamento Appello III sessione*

Dal 20/12/2010 al 7/1/2011 Interruzione delle attività formative

Dal 10/1/2011 al 11/2/2011 Attività formative didattiche e professionalizzanti

Dal 14/2/2011 al 11/3/2011 1°-2° appello I sessione

* Non attivato per gli Studenti iscritti al I anno

2° semestre

Dal 14/3/2011 al 20/4/2011 Attività formative didattiche e professionalizzanti

Dal 21/4/2011 al 27/4/2011 Interruzione delle attività formative - Appello di esami**

Dal 28/4/2011 al 24/6/2011 Attività formative didattiche e professionalizzanti

Dal 27/6/2011 al 22/7/2011 1°-2° appello II sessione

Dal 25/7/2011 al 2/9/2011 Interruzione delle attività formative

Dal 5/9/2011 al 30/9/2011 1°-2° appello III sessione

** Attivato in relazione alla disponibilità dei Docenti.

Nella prima settimana del II semestre (14-18 marzo 2010) le lezioni potranno essere previste anche al pomeriggio.

L'appello di Settembre 2010 avrà un prolungamento dal 12 al 17 dicembre dello stesso anno.

Non è prevista attività didattica nei giorni:

1 Novembre: Festa di tutti i Santi - 8 Dicembre Festa dell'Immacolata Concezione - 25 Dicembre: Santo Natale - 26 Dicembre: Santo Stefano - 1° Gennaio: Capodanno - 6 Gennaio: Epifania - 25 Aprile: Lunedì dell'Angelo e Anniversario della Liberazione - 1 maggio: Festa del lavoro - 4 maggio: Festa di S. Ciriaco - 2 giugno: Festa della Repubblica - 15 agosto: Assunzione della B.V. Maria



All'interno:

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

(da I. Schwarz-Winklhofer, H. Biedermann "Le livre de signes et des symboles." Parigi, 1992)

LETTERE DALLA FACOLTÀ

Bollettino della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche Anno XIII - n° 5 Settembre - Ottobre 2010 Registrazione del Tribunale di Ancona n.17/1998 Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale 70% DCB Ancona

Progetto Grafico Lirici Greci Stampa Errebi Grafiche Ripesi

Direttore Editoriale
Tullio Manzoni

Comitato Editoriale
Francesco Alò, Fiorenzo Conti, Giuseppe Farinelli, Stefania Fortuna, Loretta Gambini, Giovanni Muzzonigro, Ugo Salvolini

Redazione
Antonella Ciarmatori, Francesca Gavetti, Maria Laura Fiorini, Giovanna Rossolini
Segretaria di redazione: Daniela Pianosi
Via Tronto 10 - 60020 Torrette di Ancona
Telefono 0712206046 - Fax 0712206049

Direttore Responsabile
Giovanni Danieli

