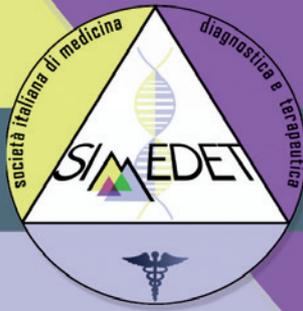


SIMEDET



"organo ufficiale della"
**SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA
DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA**

VOLUME 3 - NUMERO 1

2020

Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM)

IJPDTM Vol3. N°1. 2020.

Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine.

For personal use only. No other uses without permission.

Copyright © 2020 Simedet. All rights reserved.



SIMEDET.EU

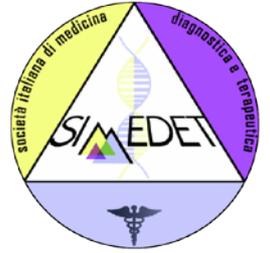


PODCAST



I J P
D T M

Italian Journal of Prevention,
Diagnostic and Therapeutic Medicine



JOURNAL BOARD

*Rivista Ufficiale della Società Italiana di Medicina Diagnostica e Terapeutica
(SIMEDET)*

DIRETTORE EDITORIALE/ MANAGING EDITOR

Giovanni Maria Vincentelli (Roma)

REDATTORE CAPO / EDITOR IN CHIEF

Maria Erminia Macera Mascitelli (Firenze)

COMITATO EDITORIALE / EDITORIAL BOARD

Fernando Capuano (Roma)
Paolo Diego L'Angiolocola (Gorizia)
Maria Erminia Macera Mascitelli (Firenze)
Manuel Monti (Assisi)

TYPESETTER

Sergio Monfrinotti (Roma)

COMITATO SCIENTIFICO E REVISORI / SCIENTIFIC BOARD AND REVIEWERS

Cesar Ivan Aviles Gonzalez (Cagliari)
Lucia Baratto (Stanford)
Giuliana Bardelli (Perugia)
Mirko Bernasconi (Roma)
Enrico Bologna (Roma)
Alessia Cabrini (Padova)
Gioia Calagreti (Città di Castello)
Fabio Canini (Velletri)
Letizia Di Francesco (Roma)
Claudio Di Veroli (Roma)
Alberto Ferrando (Genova)
Iginio Fusco Moffa (Perugia)
Gianfranco Gensini (Firenze)
Vincenza Gianfredi (Perugia)
Enza Giglione (Vercelli)
Renza Guelfi (Firenze)
Vito Mantini (Lugano)
Roberto Marchetti (Roma)
Gaetano Maria Fara (Milano)
Marco Marziali (Roma)
Marco Masoni (Firenze)
Giuseppe Murdolo (Perugia)
Chilufya Mwaba (Treviso)
Sandro Nalon (Udine)
Giulia Olivi (Assisi)
Antonio Panti (Firenze)
Michele Paradiso (Roma)
Patrizio Pasqualetti (Roma)
Francesco Passarelli (Roma)
Maria Rosaria Pirro (Roma)
Rosamaria Romeo (Roma)
Eirini Roumpedaki (Atene)
Riccardo Tartaglia (Firenze)
Sergio Timpone (Roma)
Davide Vetrano (Stoccolma)

IJPDTM

L'Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM) è la rivista ufficiale della Società Italiana di Medicina Diagnostica e Terapeutica (**SIMEDET**).

IJPDTM ha il fine di promuovere la ricerca, la cultura e l'aggiornamento sia all'interno che all'esterno della società, coinvolgendo le diverse figure professionali che ne fanno parte (medici, infermieri professionali, tecnici di laboratorio biomedico, tecnici di anatomia patologica...).

L'interdisciplinarietà rappresenta infatti un momento di crescita culturale e professionale, di grande utilità nella pratica clinica, sia per migliorare la gestione della cura del paziente che l'utilizzo delle risorse a disposizione.

Inoltre, il confronto programmatico delle diverse figure professionali che ruotano intorno alla figura del paziente è in grado, grazie alla ricerca di un percorso condiviso, di favorire la stesura di protocolli e/o linee guida più facilmente percorribili.

Le principali aree di interesse della rivista sono la medicina interna e la medicina d'urgenza con coinvolgimento pertanto di numerose aree quali la rianimazione, la cardiologia, la endocrinologia, la pneumologia, la nefrologia, la neurologia, la gastroenterologia, la ematologia, le malattie infettive..., come ma anche la medicina preventiva e quella di base.

SIMEDET EDITORIALE

— Fernando Capuano, Manuel Monti —

Gentili lettrici e lettori,

La Società Italiana di Medicina Diagnostica e Terapeutica è nata con la finalità di promuovere l'eccellenza nella pratica clinica quotidiana attraverso la ricerca scientifica, l'elaborazione di linee guida condivise, la medicina basata sulle prove scientifiche, sottolineando la necessità di mettere al primo posto i principi etici di un approccio clinico fondato su umanità e solidarietà nei confronti di chi ha necessità di assistenza clinica e socio-sanitaria.

In SIMEDET la ricerca e la formazione degli operatori svolgono un ruolo centrale per i professionisti del mondo della sanità nell'ambito della ricerca clinica, nella cura dei pazienti, nella promozione della salute attraverso l'unione di conoscenza, competenze e di valori e principi etici di cura che devono essere alla base dell'eccellenza nel sistema sanitario italiano al fine di garantire un elevato standard e performance professionali ed il giusto ed equilibrato impiego di risorse umane e strumentali nell'ottica di evitare dispersioni economiche futili nello sviluppo razionale, armonico ed equilibrato della realtà ospedaliera.

I nostri **obiettivi fondamentali** sono quelli di:

- promuovere svolgere attività finalizzate ad adeguare le conoscenze professionali ed a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti dei Soci stessi al progresso scientifico e tecnologico, con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alle prestazioni sanitarie erogate;
- promuovere e realizzare la formazione professionale e l'addestramento permanente in ambito della Medicina Diagnostica e Terapeutica con riguardo anche alle nuove metodiche diagnostiche di laboratorio, alla prevenzione delle malattie cardiovascolari, alla medicina d'urgenza e delle medicina delle catastrofi.
- progetti e programmi che hanno come obiettivo la valorizzazione di stili di vita salutari.
- iniziative per la corretta comunicazione nelle scuole e negli ambienti di lavoro.

E' per raggiungere questi obiettivi che il consiglio direttivo ha deciso di creare l'**Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine**, la rivista ufficiale della Società Italiana di Medicina Diagnostica e Terapeutica e di affidarne la direzione editoriale al Dott. Giovanni Maria Vincentelli, professionista con esperienza pratica sul campo, che ha trascorso anni di carriera in corsia a contatto quotidiano con i pazienti oltre a essere autore di numerose attività di ricerca nell'ambito del rischio cardiovascolare e della trombo profilassi.

Consideriamo un grande onore poter creare e sviluppare questa rivista e ci impegneremo quotidianamente per aumentare la qualità della rivista e la partecipazione attiva di tutte le Professioni Sanitarie riconosciute dal nostro ordinamento e che concorrono al mantenimento dello stato di salute previsto dall'art. 32 della Carta Costituzionale.

La politica di open access della rivista garantisce che i documenti di alta qualità abbiano la massima accessibilità in tutto il mondo e tutti gli editori sentono la responsabilità nei confronti degli autori e dei lettori di fornire un processo di revisione equo, rapido e di alta qualità al fine di servire la vita della comunità scientifica nel modo migliore.

Noi incoraggiamo i nostri autori a pubblicare le loro scoperte e i loro risultati nel modo più dettagliato possibile, in modo che i nostri lettori possano veramente comprendere come hanno svolto le loro ricerche.

Per tutti questi motivi ti invitiamo a inviare i tuoi articoli e ad apprendere insieme a noi mentre intraprendiamo questo nuovo percorso.

Il Presidente

Fernando Capuano



Il Vicepresidente

Manuel Monti



SOMMARIO

6

CURA O PRENDERSI CURA?

AUTORE:*Prof. Antonio Panti*

EDITORIALE

8

POST GRADUATION ITALIAN
SURVEY IN PERFUSION
TRAINING**AUTORI:***Ignazio Condello,
Giuseppe Iacoviello*

ARTICOLO

17

LEUKEMIC NON-NODAL
MANTLE CELL LYMPHOMA.A CASE REPORT WITH A
FEASIBILITY STUDY OF THE
APPLICATION OF CYTOMATRIX TO
BONE MARROW EXAMINATION**AUTORI:***Antonella Bianchi,
Ombretta Annibali,
Stefano Fratoni,
Giuseppe Avisati,
Marcella Trombetta,
Silvia Taccogna,
Anna Crescenzi*

CASE REPORT

22

I VACCINI E IL LORO RUOLO
NEL MANTENIMENTO DELLO
STATO DI SALUTE DELLA
COMUNITÀ:
IL CASO DELLE VACCINAZIONI
NEL VIAGGIATORE
INTERNAZIONALE**AUTORI:***Vincenza Gianfredi,
Massimo Gigli,
Igino Fusco-Moffa*

REVIEW

34

LA PREVENZIONE VISTA
ATTRAVERSO LA PROSPETTIVA
DELLE ABITUDINI PERSONALI**AUTORE:***Mariani David*

REVIEW

40

LA RESIDENZA PER
L'EMISSIONE DELLE MISURE
DI SICUREZZA (REMS) IN
SARDEGNA:
STUDIO QUALITATIVO SUL
RUOLO INFERMIERISTICO**AUTORI:***Montisci Chiara,
Melis Paola,
Francesca Spina,
Massidda M. Valeria,
Pinna Maria Rita,
Aviles Gonzalez Cesar Ivan*

ARTICOLO

Info Authors :

¹ Membro Commissione deontologica FNOMCeO

Parole chiave:

curare, cura, terapia

Keywords:

healthcare, to treat, to take care

CURARE O PRENDERSI CURA?

Prof. Antonio PANTI ¹

Curare o prendersi cura: il vero problema è comprendere perché si discuta tanto di questo fondamento di ogni atto medico; dovrebbe essere del tutto pacifico che curare chi soffre è possibile e porta a risultati se anche ci si prende cura di chi chiede aiuto. Intuitivamente i due termini (to care e to cure, per dirlo come sempre in inglese) sono inscindibili e mai, nella millenaria storia della medicina, sono stati considerati oppositivi.

Eppure si amplia continuamente la già sterminata bibliografia su questo tema, a cui si dedicano convegni e congressi e diventa anche argomento politico, del contrasto tra una medicina umana e empatica, che tutti vorrebbero, e una tecnologia imperante, fredda ma spesso salvifica. Rimpiangiamo il vecchio condotto che ci teneva la mano e, nello stesso tempo, vogliamo le più moderne e sofisticate tecnologie quando abbiamo qualche problema di salute. Vorremo un buon dottore, competente e abile, e nello stesso tempo un dottore buono, comprensivo e accogliente. Un buon dottore non è tale se non è anche un dottore buono.

Il rapporto tra la società (i pazienti) e i professionisti della sanità è sempre stato ambiguo e il medico è stato, da Ippocrate a oggi, ricercato, amato e rispettato e anche deriso e tacciato di ignoranza e venalità.

Un tempo la medicina otteneva ben pochi risultati ma il medico era un sapiente e saggio accompagnatore nella malattia (la *tekné georgiké* di cui parla Aristotele).

Oggi la medicina può infinitamente di più, infonde sovente eccessive speranze, ma al prezzo di una sofisticatissima tecnologia che allontana il paziente. Un tempo il torace si auscultava con l'orecchio, poi lo si è tenuto lontano col fonendoscopio, oggi si

esamina solo una fredda lastra. La tecnologia non favorisce di per sé l'empatia e il Dr. House ha buon gioco nel porsi come colui che non si commuove ma sa riparare la macchina guasta, che poi è quel che vuole il paziente.

Ma vi sono altre questioni. La scelta di tutelare la salute come "diritto dell'individuo e interesse della collettività" ha condotto all'istituzione degli enormi, costosissimi e complessi servizi sanitari delle società avanzate e quindi all'aumento della domanda di salute, al continuo travolgente afflusso di persone malate o presunte tali nei servizi medici, sempre più in difficoltà nel conciliare il tempo per la relazione umana col tempo concesso dall'amministrazione per ciascuna prestazione.

Il tempo non è una variabile indipendente per il prendersi cura.

L'incremento del numero delle prestazioni per unità di tempo è il fondamento della maggior produttività che è fonte della ricchezza moderna. Ma giustamente William Baumol, un economista del secolo scorso, osserva che una sonata di Mozart ha la stessa durata sia in una moderna sala da concerto che eseguita dall'autore di fronte all'Imperatore. Il che pone il tema arduo ma non impossibile del superamento dei contratti fordisti, oggi in uso nella sanità, per passare alla retribuzione per performances.

Altrimenti la scarsità di tempo disponibile dissuaderà i professionisti dal prendersi cura del paziente.

Inoltre la popolazione invecchia e l'età porta infermità e aumento delle richieste di cura e, più che altro, di prendersi cura. Allora occorre superare la separazione tra sanità e assistenza sociale e garantire nel sistema del welfare la presenza di equipe sociosanitarie e il coordinamento delle prestazioni.

Gli anziani hanno lo stesso bisogno di essere accuditi, accolti e curati delle loro innumerevoli patologie

Infine i costi aumentano e quindi l'amministrazione diventa più stringente, burocraticamente oppressiva e attenta alla quantità piuttosto che alla qualità delle prestazioni, in quest'epoca in cui i cittadini diventano sempre più esigenti e consapevoli dei propri diritti.

Il paziente google dipendente vuole una diversa considerazione e ormai dispone di differenti sistemi di comunicazione, i cosiddetti social, il cui uso non è ancora sinergizzato con i professionisti della sanità. La sudditanza psicologica del paziente esiste sempre ma all'interno di una sorta di ribellismo all'autorità costituita, rappresentata dal sistema dei servizi medici e da chi vi opera.

In conclusione ci troviamo di fronte a una sorta di ossimoro sociale. Se da un lato i pazienti aspirano a una medicina sempre più risolutiva e quindi tecnologicamente asettica, dall'altro vorrebbero dedizione e affetto, umanità e disponibilità, tutte cose che contrastano con lo stato giuridico dei professionisti e che non si insegnano all'università.

Altresì, e lo abbiamo già detto, to care e to cure sono due facce dello stesso agire medico, anzi non può esistere l'una senza l'altra. L'uomo è un complesso psicofisico e la malattia ha una genesi eco bio psico sociale; l'uomo vive in un preciso contesto di vita, di lavoro e di famiglia. La medicina è un'arte complessa che si avvale di scienze e agisce in un mondo di valori.

Non esiste una medicina che affronti una parte dell'uomo e non esiste una sanità che tutela la salute dell'individuo senza connetterla con quella della collettività. Occorre prendersi cura e curare tutta la comunità, altrimenti non si cura l'individuo, e lo dimostrano i problemi di salute legati ai rischi ambientali.

Però non possiamo limitarci a un facile buonismo ponendo tutta l'enfasi sull'empatia, cioè sul mettersi nei panni dell'altro e comprenderne il vissuto e il contesto. Ciò è indispensabile ma non basta; il paziente ha bisogno non solo di essere affettivamente aiutato e sostenuto, ma attende dal medico consigli e decisioni professionali.

Questo è il senso della professionalità quello di saper rispondere, nei limiti del possibile, alle domande dei pazienti, talora perfino alle domande di senso che ciascuno si pone nella sofferenza e nella malattia.

La medicina moderna deve promuovere la salute, prevenire e curare le malattie, il che significa prendersi cura dei pazienti e della collettività non solo nel senso umano ed empatico del termine ma nel senso politico dell'affrontare i problemi sociali della sanità. La medicina è fatalmente un'arte politica non solo perché fa uso del denaro pubblico ma perché connette la salute al modello produttivo della società.

In questo quadro irrompe l'Intelligenza Artificiale, un supporto ai professionisti, una raccolta di dati di ogni tipo (chi li controlla?), uno strumento di autodiagnosi ovvero di empowerment del paziente, un mezzo importante per il monitoraggio a distanza, in particolare dei cronici.

Che effetto avrà sul prendersi cura? Le tecnologie sono anodine e il loro valore positivo o negativo dipende dall'uso che ne fa l'uomo. Quali rimedi adottare di fronte alla difficoltà del prendersi cura nella medicina moderna?

Un rinnovato patto tra medicina e società è assolutamente necessario e urgente. Bisogna migliorare gli strumenti informativi verso la popolazione e contrastare il fenomeno sempre più grave delle fakes news.

Bisogna migliorare la formazione dei professionisti introducendo la psicologia clinica nel corso universitario. Bisogna riformare la sanità in modo che il tempo di relazione sia realmente compreso tra le attività di cura e non lasciato alla buona volontà dei professionisti.

In questo periodo storico troppe novità scientifiche e tecniche, troppi cambiamenti sociali, troppi aggravii amministrativi rendono difficile il lavoro dei professionisti della sanità. Eppure non possiamo trascurare questo tema, del riallineare la cura scientifica con l'umanità della relazione, pena un sempre maggior distacco tra i successi della medicina e il ruolo sociale degli operatori.

Info Authors :¹ Dipartimento di cardiocirurgia Anthea Hospital, Bari**Parole chiave:**Professioni sanitarie, TFC,
Frequentazione volontaria
post-laurea**Keywords:**survey, perfusion, training,
healthcare professionals

POST GRADUATION ITALIAN SURVEY IN PERFUSION TRAINING

TECNICHE DI FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE
CARDIOVASCOLARE STATO DEL CORSO DI LAUREA*Giuseppe Iacoviello¹, Ignazio Condello¹*

RIASSUNTO

In questo breve articolo viene evidenziata la necessità di una buona parte dei perfusionisti neo laureati italiani di completare la propria formazione con un periodo di praticantato post laurea che aiuti il perfusionista ad interfacciare quelle che sono le difficoltà relative all'espletamento della propria professione.

Da questo punto di vista l'obiettivo sarebbe quello di provare ad avviare una collaborazione tra università e varie cliniche (pubbliche e private) per far sì che gli addetti ai lavori possano trarne vantaggi dal punto di vista formativo e arricchire quello che è il bagaglio culturale e professionale degli studenti laureandi.

ABSTRACT

In this brief article we will highlight the necessity of the Italian recent graduates in Cardiopulmonary Perfusion to further complete their training with a period of post-graduate internship which will help the perfusionist to interface the actual difficulties in dealing with the profession.

From this point of view, the objective would be to try to engage a collaboration between universities and public or private hospitals/clinics, so that the sector operators could gain advantages and enrich their cultural and professional background.

INTRODUZIONE

Il perfusionista è quella figura professionale che si avvale di una particolare macchina: la macchina cuore polmone interessata nelle metodiche di circolazione extracorporea.

Il perfusionista trova il suo impiego in cardiocirurgia, chirurgia dei trapianti e in misura minore in oncologia.

Durante un intervento chirurgico il perfusionista ha il compito di fermare il cuore ed isolarlo insieme ai polmoni così da poter eseguire un intervento a cuore aperto con cuore non battente e con campo esangue.

Col passare degli anni la figura del perfusionista ha acquisito sempre più rilevanza, questa rilevanza ha portato la professione ad ampliare i propri campi di applicazione non solo alla cardiocirurgia ma anche alle emodinamica, all'elettro fisiologia e all'ecocardiografia.

Il ruolo del perfusionista in cardiocirurgia risulta essere cruciale nella riuscita dell'intervento e della procedura.

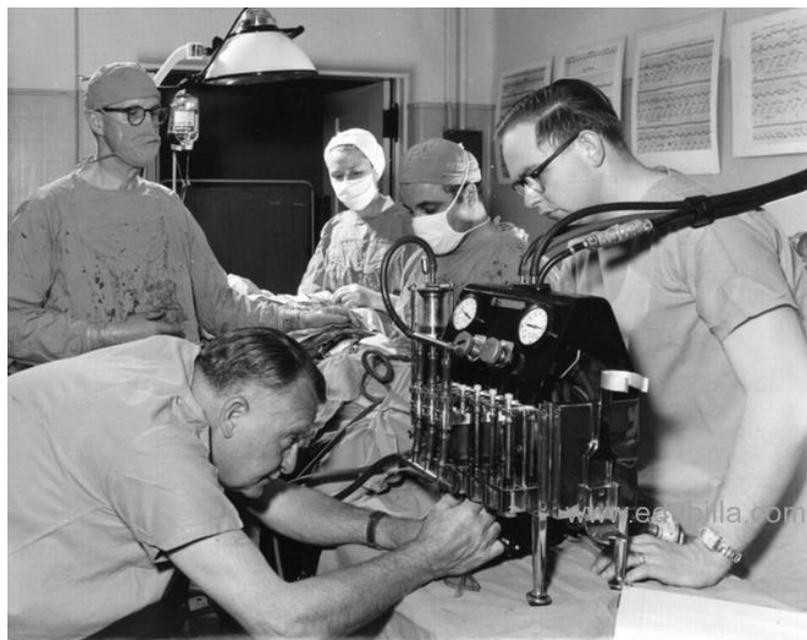
Per questo motivo la formazione del perfusionista deve essere completa e soprattutto altamente specifica nel proprio campo di applicazione.

STORIA DELLA PERFUSIONE

L'idea della circolazione extracorporea è attribuita al dottor John Heyshman Gibbon Jr. che discendeva da una famiglia di medici e lavorava assieme al dottor Churchill alla Havard Medical School. Nel 1930 una paziente di sesso femminile, sottoposta due settimane prima a colecistectomia ebbe un collasso dovuto a una trombo-embolia polmonare.

Il dottor Churchill eseguì una embolectomia polmonare, ma a quell'epoca questa procedura non comportava sopravvissuti.

Questo caso portò allo sviluppo di un'idea da parte del dottor Gibbon il quale, vedendo la pazienze, che versava in gravi condizioni ed essendo impotente di fronte a questa situazione in cui il sangue tendeva



a diventare sempre più scuro e le vene sempre più distese, pensò che forse era possibile prelevare del sangue blu da quelle vene, ossigenarlo e permettere che l'anidride carbonica venisse rimossa e quindi di rimettere sangue ossigenato nelle arterie della paziente. Avrebbero bypassato l'embolo ostruente e svolto parte del lavoro del cuore e dei polmoni dall'esterno del corpo della paziente. Il dottor Gibbon con sua moglie passò i successivi 20 anni a cercare di brevettare una macchina cuore-polmone. La prima macchina cuore polmone fu costruita nel 1949 nei laboratori dell'International Business Machine (IBM) ⁽¹⁾.

Nel 1951 fu costruita una macchina per uso clinico.

Nel 1953 fu possibile chiudere con successo un difetto interatriale in circolazione extracorporea. Gibbon successivamente operò altri 4 pazienti ma morirono tutti così da diventare scettico sull'effettiva applicazione della macchina cuore polmone. Negli anni a seguire John Kirklin modificò il primo modello della macchina salvando 4 pazienti su 8 di cui solamente 1 morì per le complicanze causate dalla CEC.

Il primo trattamento dell'insufficienza respiratoria risale al periodo tra il 1950 e il 1960 con l'applicazione della ventilazione meccanica al fine di normalizzare i valori di PaO₂ e PaCO₂.

Tale metodica non era scevra da effetti collaterali come il volutrauma e il barotrauma legati agli alti volumi e a pressioni troppo elevate nelle vie aeree.

Il concetto nuovo di supportare la funzione polmonare mediante la circolazione extracorporea aveva implicazioni così importanti che suscitò un enorme interesse. Tuttavia, gli ossigenatori a bolle, che si utilizzavano in quel periodo, non consentivano un utilizzo prolungato del bypass cardiopolmonare, perché il contatto sangue-aria, necessario per gli scambi gassosi, produceva emolisi e forte attivazione proteica.

Con lo sviluppo del silicone e la scoperta delle sue alte capacità di permeabilità ai gas, poteva essere disegnato un nuovo

tipo di ossigenatore.

La membrana al silicone separava il sangue dai gas, preservando così le emazie e riducendo il rischio di emolisi. Il primo successo di un supporto di tale tipo in un paziente adulto venne riferito da Hill et al. nel 1972 ⁽²⁾.

Negli anni successivi questa tecnica così rivoluzionaria continua ad evolversi, Nel 1989 nasce Extracorporeal Life Support Organization (ELSO) con lo scopo di archiviare tutti i casi, facilitare la comunicazione tra i centri e promuovere la ricerca.

UNIVERSITÀ ITALIANE E PROGRAMMA UNIVERSITARIO

Essendo un corso di laurea che ha preso piede relativamente da poco nella realtà italiana, la facoltà risulta essere presente solo in alcune città italiane. Il corso infatti oltre ad essere poco comune è limitato dalla presenza di poche sale operatorie e pochi casi rispetto al numero effettivo degli studenti per corso.

La figura qui accanto mostra le varie università che attualmente presentano il CDL.

Ogni università ha un percorso di studi simile che dura 3 anni con un tirocinio formativo di circa 1500 ore.



TAB. 1 - PRIMO ANNO

ESAMI	CFU
FISICA STATISTICA E INFORMATICA	6
INGEGNERIA BIOMEDICA	6
INGLESE SCIENTIFICO	3
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	7
SCIENZE BIOMEDICHE 1	6
SCIENZE BIOMEDICHE 2	6
SCIENZE MORFOLOGICHE E FISILOGICHE	5
SCIENZE TECNICO MEDICHE APPLICATE	5
TIROCINIO 1	20

Nel primo anno vengono trattate varie materie perlopiù in maniera generale per fornire agli studenti un quadro globale della professione e per apprendere le norme e i comportamenti da adottare nell'ambiente lavorativo ospedaliero.

Dal secondo anno si entra più nello specifico svolgendo il vero e proprio tirocinio formativo in sala operatoria che porta lo studente ad approfondire le varie tecniche chirurgiche e allo stesso tempo cominciare a praticare la professione in modo più caratteristico andando specificatamente a riconoscere e mettere in pratica gli insegnamenti appresi dagli esami itineranti.

TAB. 2 - SECONDO ANNO

ESAMI	CFU
MALATTIE DELL'APP.CARDIOVASCOLARE 2	8
MALATTIE DELL'APP.CARDIOVASCOLARE 3	6
SCIENZE CLINICHE INTERDISCIPLINARI 2	7
SCIENZE CLINICHE INTERDISCIPLINARI 3	6
SCIENZE INFERMIERISTICHE	6
SCIENZE MEDICO CHIRURGICHE	6
TIROCINIO 2	20

Nel terzo anno il perfusionista deve in un certo modo continuare a specializzarsi il più possibile nel proprio campo d'applicazione così da poter essere pronto ad affrontare quello che è il mondo del lavoro.

Dal punto di vista teorico oltre ad approfondire le materie itineranti nel programma universitario compaiono materie giuridiche legate all'espletamento della professione oltre alla prova finale che consente al perfusionista di praticare la propria professione.

TAB. 2 - TERZO ANNO

ESAMI	CFU
MALATTIE DELL'APP. CARDIOVASCOLARE 4	9
ASPETTI ETICO GIURIDICI DELLA PROFESSIONE	7
CARDIOCHIRURGIA MINI INVASIVA E TECNICHE DI TIPO IBRIDO	6
LABORATORI PROFESSIONALI	3
PROVA FINALE	6
TIROCINIO 2	20

Nonostante l'attività di tirocinio una buona parte degli studenti del CDL competano la loro formazione con ulteriori tirocini formativi così da essere pronti a svolgere l'attività lavorativa al meglio in quanto la professione del perfusionista è una delle professioni che richiedono molta responsabilità dato la possibilità di incorrere in errori dovuti al rischio delle procedure.

MATERIALI E METODI

In Italia è sempre più comune un periodo di frequentazione volontaria per i perfusionisti neo laureati che si affacciano per la prima volta al mondo del lavoro.

Il carico di lavoro elevato nella formazione altamente specializzata dei neo laureati è importantissimo in quanto l'esperienza è fondamentale per conoscere al meglio la professione.

Data la difficoltà di una buona parte dei perfusionisti di trovare subito lavoro nel periodo seguente la laurea è stato adibito un questionario per discutere di questa problematica

QUESTIONARIO

IL QUESTIONARIO CHE SEGUE E' STATO CREATO PER STABILIRE QUANTO SIA UTILE UN' ESPERIENZA DI FREQUENTAZIONE VOLONTARIA POST-LAUREA PER IL COMPLETO ESPLETAMENTO DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA.



I RISULTATI DEL QUESTIONARIO SARANNO COMPLETAMENTE ANONIMI.

Università di provenienza

Attività di frequentazione volontaria post-laurea

Si

No

Tempo impiegato nell'attività di tirocinio/frequentazione volontaria per raggiungere una conoscenza consona all'espletamento dell'attività lavorativa

3 anni (anni del CDL)

4 anni

più di 4 anni

Ritieni che la tua professione sia fondamentale nel raggiungimento di un buon risultato per la salute del paziente

Si

No

La frequentazione volontaria ha avuto un ruolo fondamentale nella formazione completa della figura professionale

- Si
- No

Sarebbe stato sufficiente solo il CDL?

- Si
- No

Quali sono le modifiche che apportaresti al CDL?

- esami più specifici
- attività di tirocinio più intensa
- simulazioni più frequenti
- attività di tirocinio meno specifica ma che fornisca un quadro completo delle varie professioni che possono essere svolte con il CDL

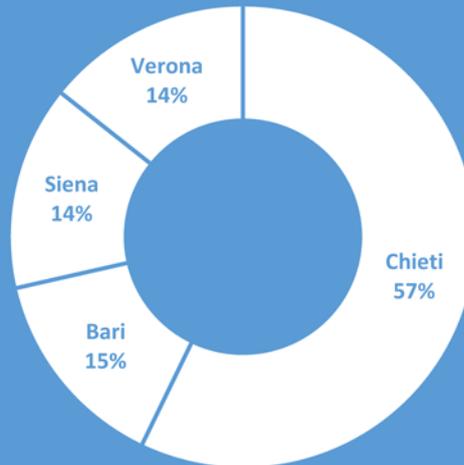
All' estero vengono adibiti dei "laboratori" in cui è possibile fronteggiare delle situazioni che potrebbero presentarsi durante la carriera lavorativa. Secondo te risulta essere più consono fronteggiare delle procedure particolari in prima persona con delle simulazioni o imparare queste procedure direttamente nel tirocinio svolto in sala operatoria

- sarebbe utile adibire dei "laboratori"
- preferisco vedere queste procedure direttamente in sala operatoria

RISULTATI

I soggetti a cui è stato sottoposto il questionario hanno frequentato le seguenti università.

UNIVERSITÀ DI PROVENIENZA

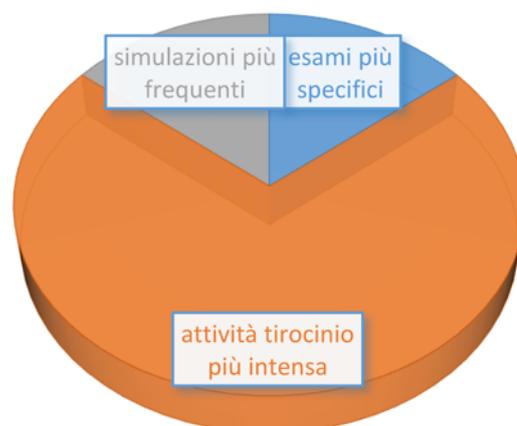


Il 90 % di loro è attualmente occupato dal punto di vista professionale e non avrebbe raggiunto questo importante risultato senza la frequentazione volontaria post-laurea.

È ormai noto che il ruolo del perfusionista svolge un ruolo fondamentale nella buona riuscita di un intervento cardiocirurgico e la sola attività di tirocinio di laurea non basta per raggiungere un livello di esperienza tale da poter garantire al paziente un buon follow-up.

A tal proposito sono state proposte vari suggerimenti da apportare al CDL.

MODIFICHE CDL



DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Il questionario è stato sottoposto a perfusionisti neo laureati e non ed ha evidenziato quanto sia importante e fondamentale il periodo di frequentazione volontaria per quanto riguarda il periodo successivo alla laurea, infatti la maggior parte dei partecipanti è riuscita a realizzarsi dal punto di vista lavorativo dopo aver effettuato la frequentazione volontaria.

Da questo questionario però emerge un altro problema relativo alle università italiane di Tecniche di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare che riescono a formare completamente pochi studenti rispetto a quanti realmente frequentano il CDL.

Da questo punto di vista sarebbe utile secondo alcuni perfusionisti adibire dei laboratori in cui effettuare delle vere e proprie simulazioni.

Inoltre le università potrebbero avviare un regime di collaborazioni e convenzioni con le varie strutture di cardiocirurgia così da poter avere una visione generale e per affinare le varie tecniche di circolazione extracorporea.

L'esperienza gioca un ruolo essenziale in quanto dagli errori commessi si possono trarre degli insegnamenti che rimangono indelebili nel tempo.

BIBLIOGRAFIA

1. ANIL KUMAR MULPUR e CHRISTOPHER M. MUNSCH, *Tecniche di circolazione extracorporea. Breve storia di circolazione extracorporea*, CLUEB, Bologna 2005, p.1-2
2. HILL JD, O'BRIEN TG, MURRAY JJ, et al. *Prolonged extracorporeal oxygenation for acute post-traumatic respiratory failure (shock-lung syndrome): use of the Branson Membrane Lung*. *N Engl J Med* 1972;pp. 286: 629-634
3. *Esami Università di Bari Aldo Moro, Corso di Laurea in Tecniche di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare, anno 2015-2018*

INFO AUTHORS : ³ Anatomic Pathology Unit
¹ Anatomic Pathology – Sant'Eugenio Hospital ,
 Unit Campus Bio-Medico Rome, Italy.
 University Hospital ,
 Rome, Italy.
² Hematology and Stem
 Cell Transplant Unit-
 Transfusion Medicine and
 Cell Therapy – Campus
 Bio-Medico University
 Hospital , Rome, Italy.
⁴ Departmental Faculty
 of Engineering - Campus
 Bio-Medico University ,
 Rome, Italy.
⁵ Anatomic Pathology Unit
 - Regina Apostolorum
 Hospital , Albano Laziale
 (Rome), Italy.

PAROLE CHIAVE :
 linfoma mantellare, ibridazione
 in situ, immunistochemica,
 biopsia osteo-midollare

KEYWORDS :
 Mantle cell lymphoma,
 fluorescent hybridization in situ,
 FISH, immunohistochemistry,
 bone marrow aspiration,
 bone marrow trephine biopsy

LEUKEMIC NON-NODAL MANTLE CELL LYMPHOMA

A CASE REPORT WITH A FEASIBILITY STUDY OF THE APPLICATION OF CYTOMATRIX TO BONE MARROW EXAMINATION

Antonella Bianchi¹, Ombretta Annibaldi², Stefano Fratoni³, Giuseppe Avisati²,
 Marcella Trombetta⁴, Silvia Taccogna⁵, Anna Crescenzi¹

The authors are deeply grateful to the laboratory staff of Anatomic Pathology Unit of Campus Bio-Medico University Hospital for the excellent technical assistance.

ABSTRACT

Leukemic non-nodal mantle cell lymphoma is a mantle lymphoma in which the patient presents with peripheral blood, bone marrow and splenic involvement without significant adenopathy.

Neoplastic cells may resemble other small B-cell lymphoid neoplasms, but show CCND1 translocation.

CytoMatrix is a synthetic matrix which has the ability to capture and preserve, within its three-dimensional structure, the biological material obtained from fine-needle aspiration.

We report a case of leukemic non-nodal mantle cell lymphoma with an exhaustive immunohistochemical and molecular characterization obtained through trephine biopsy and bone marrow aspiration prepared with CytoMatrix technique.

RIASSUNTO

Il linfoma mantellare non-linfonodale leucemico è un linfoma mantellare in cui il paziente si presenta con coinvolgimento del sangue periferico, del midollo osseo e della milza, senza linfadenopatia.

Le cellule neoplastiche possono somigliare a quelle di altri linfomi B, ma mostrano la traslocazione CCND1.

CytoMatrix è una matrice sintetica che ha la capacità di catturare e conservare nella sua struttura tridimensionale, il materiale biologico ottenuto mediante agoaspirato.

Riportiamo una diagnosi di linfoma mantellare non-linfonodale leucemico ottenuta mediante un'esauriva caratterizzazione immunistochemica e molecolare su biopsia osteomidollare e aspirato midollare allestito con metodica CytoMatrix.

INTRODUCTION

Mantle cell lymphoma (MCL) is a clinically aggressive B-cell lymphoma, usually composed of monomorphic small-to medium-sized cells.

The genetic hallmark t(11;14)(q13;q32), which juxtaposes CCND1 gene on chromosome 11q13 with IGH on chromosome 14q32, resulting in overexpression of CyclinD1 and leading to cell cycle dysregulation, allows the differential diagnosis with other B-cells malignancies, which differ for morphological, immunophenotypical and molecular aspects.

It is considered particularly aggressive in spite of intensive treatment strategies.

A subset of patients, however, presents with indolent disease characterized by bone marrow (BM) and peripheral blood involvement, splenomegaly without adenopathy and correspond to a distinct MCL subtype recognized in the 2017 updated World Health Organization classification of haematopoietic and lymphoid tissues as leukemic non-nodal MCL (LNNMCL) ⁽¹⁾.

Trephine biopsy of BM is appropriate for histological examination including morphological and immunohistochemical evaluation, assessment of marrow architecture and the pattern of distribution of any abnormal infiltrate, nevertheless, decalcification achieved with acids could negatively affect the quality and quantity of nucleic acid evaluation, if it is necessary for the diagnosis.

On the other hand, molecular tests, such as real time PCR, even if accurate and reliable, does not allow a simultaneous morphological evaluation of the sample.

CytoMatrix is an innovative support, initially designed to allow the management of the biological material from needle aspirates ⁽²⁾.

In this paper, we report the first use of CytoMatrix for the cytological, immunohistochemical and molecular assessment of BM aspiration.

CASE REPORT

CLINICAL PRESENTATION

A 50-year-old man presented to the Campus Bio-Medico University Hospital for a specialized hematologic examination with incidental lymphocytosis (13.40 x 10³/uL) and splenomegaly.

A CT scan confirmed splenomegaly in the absence of lymphadenomegaly.

The patient underwent BM biopsy for suspected lymphoma.

PATHOLOGIC FINDINGS

BM histology showed a cellularity equal to 95% (hypercellular for the patient's age) and revealed a small lymphoid infiltrate with a diffuse solid pattern of growth equal to about 90% of cellularity with the following immunophenotypic findings: CD20 (Clone L26, Dako)+, Pax5 (Clone DAK-PAX5, Dako)+, CyclinD1 (Clone EP12, Dako)+ (weak and partial expression), BRAF (Clone RM8, Bio-SB) equivocal interpretation due to a non-specific stain of red cells, Annexin A1 (MRQ-3, Cell Marque)-, CD10 (Clone 56C6, Dako)-, bcl6 (Clone PG-B6P, Dako)-, CD5 (Clone 4C7, Dako)-, CD23 (Clone DAK-CD23, Dako)-, CD3 (Policlonal, Dako)-, TdT (Clone EP266, Dako)- and SOX11 (Policlonal, Sigma)-.

There was a small lymphoid component with a diffuse interstitial pattern equal to about 5% of cellularity with the T-cell related phenotypes CD3+ and CD5+. The CD138 (Clone MI15, Dako)+ plasma cell proportion is equal to 3% of cellularity with an IgK (Policlonal, Dako):IgL (Policlonal, Dako) ratio of 1:1 (unbalanced).

Three hematopoietic series in the residual medullary portion were normally represented and in regular ratio.

These findings suggested a CD5- CyclinD1+ peripheral B-cell lymphoproliferative process, with the recommendation to confirm the immunohistochemical results, in particular BRAF expression, through molecular tests.

MOLECULAR ANALYSIS

Fresh sample of a repeated BM aspirate was tested for mutations in exon 15 of the BRAF V600E gene (c.1799T>A; p.(Val600Glu)) with pyrosequencing technique and a wild-type BRAF profile was confirmed, excluding the diagnosis of Hairy Cell Leukemia ⁽³⁾.

In addition, part of the blood was sent to pathology laboratory in an EDTA-containing tube and processed using the CytoMatrix method.

The sample was centrifuged at 1800 RFM for 10 minutes.

The buffy coat collected was added to the fixative used in the lab in a 1:10 ratio volume (a mixture of 100° alcohol/buffered:formalin in 1:1 ratio) and centrifuged once again at 1800 RFM per 10 minutes. The supernatant was removed and the cell pellet put on CytoMatrix, before the biocassette was immersed in formalin for at least 6-8 hours.

Serial sections from the paraffin embedded material were carried out for morphological, immunohistochemical and molecular testing (fluorescent hybridization in situ/FISH). About 80% of the Hematoxylin/Eosin material appeared to be small lymphoid elements mixed with morphologically regular hematopoietic elements.

The FISH investigation for translocation t(11;14) (q13;q32) using the CCND1/IGH Dual Color Dual Fusion probe (ZytoVision) showed the presence of fusion signals in the cells examined confirming that immunohistochemical CyclinD1 expression was linked to rearrangement. (**Figure 1**)

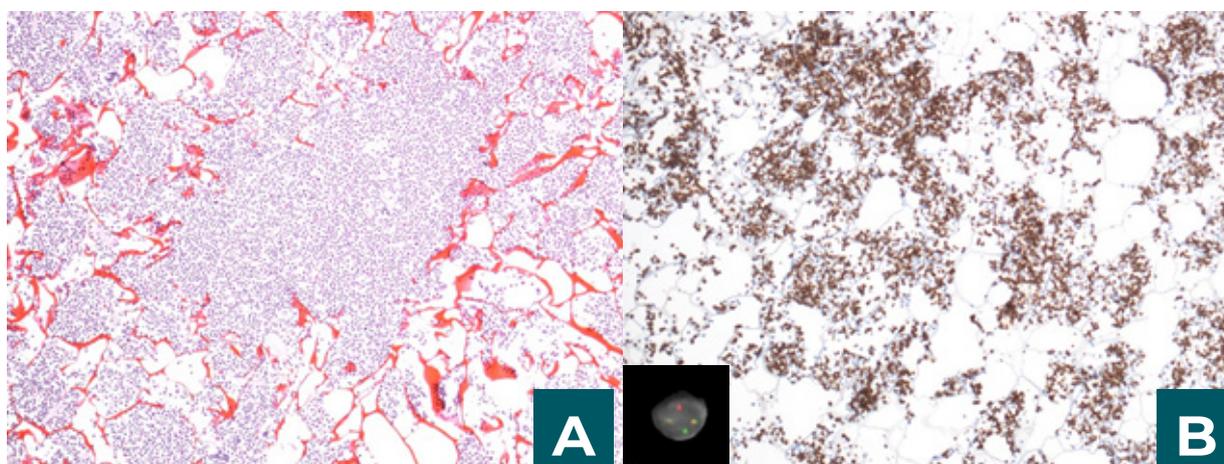


FIGURE 1

A: Bone marrow cells trapped inside the synthetic matrix (Hematoxylin/Eosin, 10X);

B: immunohistochemical CD20+ stain of neoplastic cells (10X); insert in b: CCND1/IGH translocation indicated by two red/green fusion signals, one separate red signal and one separate green signal (CCND1/IGH Dual Color Dual Fusion probe, 100X).

CASE CONCLUSION

Considering the clinical-laboratory picture and the results of the tests performed, the peripheral B-cell lymphoproliferative process was referred to LNMCL. Considering the CT report that found the lymphoma clinically active, the patient underwent chemo-immunotherapy treatment (R-CHOP).

DISCUSSION

MCL is a distinctive type of B-cell lymphoma that represents 4% to 9% of all cases of non-Hodgkin lymphoma ⁽⁴⁾.

Furthermore, MCL is considered as an aggressive B-lymphoid neoplasm characterized by extensive dissemination of tumor cells to lymph nodes, BM, peripheral blood and extranodal sites.

Patients have short responses to current therapies and frequent relapses. However, recent studies have identified a subset of MCL with indolent clinical behavior that tends to present with leukemic disease, peripheral blood, BM and splenic involvement without lymphadenopathy ⁽¹⁾.

The genetic hallmark of MCL is t(11;14) (q13;q32) which juxtaposes CCND1 gene on chromosome 11q13 with IGH on chromosome 14q32, resulting in overexpression of CyclinD1 and leading to cell cycle dysregulation.

MCL has a distinctive immunophenotype, positive for pan B-cell markers, CD5 and CyclinD1, but usually negative for CD10 and CD23.

Therefore, CD5 expression is useful in distinguishing MCL from CD5 negative (CD5-) small B-cell lymphomas in general.

Nonetheless, rarely, the lack of CD5 may occur in some examples of MCL and pose diagnostic challenges as they can show morphologic overlap with other types of CD5- small B-cell lymphoma. Indeed, cases of MCL that lack CD5 expression have been reported in small numbers or in sporadic case reports in the literature ^{(5) (6) (7) (8)}.

As a general rule, the diagnosis of CD5- MCL should be based on a combination of the morphologic, immunophenotypic, and cytogenetic features.

By the pathologist point of view, CD5- MCL needs to be distinguished from other CD5- small B-cell lymphomas including Marginal Zone B cell Lymphoma (MZBCL) (nodal, extranodal, splenic), Lymphoplasmacytic Lymphoma (LPL)

and Follicular Lymphoma. Of course, lymphoma cells in MZBCL usually show monocytoid differentiation but it may be very challenging to differentiate them when occasional MCL cases display a monocytoid feature. Both MZBCL and LPL are CyclinD1- and lack of t(11;14) CCND1/IGH rearrangement by FISH. What's more, very rarely MCL may shows plasma cell differentiation as well as the expression of germinal-center cell markers such as CD10 and bcl6 ⁽⁹⁾.

Furthermore, it is also very important to differentiate CD5- MCL from other CD5- lymphoproliferative disorders such as examples of CyclinD1+ hairy cell leukaemia and CyclinD1+ plasma cell myeloma.

Usually, distinctive morphologic and immunophenotypic features readily distinguish these last two tumors from MCL.

Comparing the patients with CD5- MCL to a CD5+ MCL cohort, all clinicopathologic features were similar, except that patients with CD5- MCL showed a higher frequency of BM/splenic non-nodal presentation ⁽¹⁰⁾.

Patients with CD5- MCL have a significantly longer Progression Free Survival (PFS) and a tendency for longer Overall Survival (OS) compared with patients with CD5+ MCL.

This finding argue that recognition of the CD5- MCL subgroup not only have diagnostic significance, but also may have prognostic implication, suggesting that patients with CD5- MCL likely have a better survival than patients with CD5+ MCL. In this setting, CD5-leukemic, splenic, BM non-nodal forms of MCL have been correlated with an indolent clinical course (indolent disease) ^{(11) (12)}.

It is worth mentioning that the frequency of SOX11 expression in MCL is significantly variable in the literature and there are scientific evidences that SOX11-negative MCL is characterized by more frequent leukemic non-nodal disease. [13] Interestingly, clinical presentation of MCL with leukemic non-nodal disease, could be linked to the role of SOX11, a molecule involved in tumor microenvironment interactions ⁽¹⁴⁾.

Although some studies described that lack of SOX11 expression is more commonly seen in CD5- MCL, more recent paper reports that SOX11 expression rate was not significantly different between the CD5- MCL (67%) and CD5+ MCL (69%) ^{(10) (11)}.

CONCLUSIONS

Our feasibility study demonstrates that CytoMatrix is a powerful and practical method suitable for set up all the techniques necessary for the histological diagnosis on BM sample treated as any other Fixed Formalin and Embedded Tissue (FFPE) sample, avoiding problems linked to decalcification process indispensable for BM trephine biopsies.

The method could integrate conventional available techniques in order to perform an exhaustive morphological and immunophenotypical characterization with molecular tests. It also represent a suitable solution for BM tissue bio-banking.

BIBLIOGRAFIA

1. Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, et al. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. eds. World Health Organization Classification of Tumours, Revised 4th Edition. Lyon, France: IARC; 2017.
2. Bruschini, S., et al., CytoMatrix for a reliable and simple characterization of lung cancer stem cells from malignant pleural effusions. *J Cell Physiol*, 2019.
3. Tiacci, E., et al., BRAF mutations in hairy-cell leukemia. *N Engl J Med*, 2011. 364(24): p. 2305-15.
4. Vose, J.M., Mantle cell lymphoma: 2015 update on diagnosis, risk-stratification, and clinical management. *Am J Hematol*, 2015. 90(8): p. 739-45.
5. Golardi, N., M.R. Velasco, and M.T. Elghetany, Marginal zone variant of mantle cell lymphoma: CD5-negative cyclin D1-positive variant posing a diagnostic dilemma. *Pathol Int*, 2009. 59(5): p. 317-21.
6. Hashimoto, Y., et al., CD5-negative mantle cell lymphoma resembling extranodal marginal zone lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue: a case report. *J Clin Exp Hematop*, 2012. 52(3): p. 185-91.
7. Mansoor, A., et al., Cyclin D1 and t(11;14)-positive B-cell neoplasms resembling marginal zone B-cell lymphoma: a morphological variant of mantle cell lymphoma. *Hum Pathol*, 2007. 38(5): p. 797-802.
8. Seok, Y., et al., CD5-negative blastoid variant mantle cell lymphoma with complex CCND1/IGH and MYC aberrations. *Ann Lab Med*, 2012. 32(1): p. 95-8.
9. Ribera-Cortada, I., et al., Plasma cell and terminal B-cell differentiation in mantle cell lymphoma mainly occur in the SOX11-negative subtype. *Mod Pathol*, 2015. 28(11): p. 1435-47.
10. Miao, Y., et al., CD5-negative Mantle Cell Lymphoma: Clinicopathologic Correlations and Outcome in 58 Patients. *Am J Surg Pathol*, 2019. 43(8): p. 1052-1060.
11. Sander, B., et al., Mantle cell lymphoma--a spectrum from indolent to aggressive disease. *Virchows Arch*, 2016. 468(3): p. 245-57.
12. Ondrejka, S.L., et al., Indolent mantle cell leukemia: a clinicopathological variant characterized by isolated lymphocytosis, interstitial bone marrow involvement, kappa light chain restriction, and good prognosis. *Haematologica*, 2011. 96(8): p. 1121-7.
13. Xu, J., et al., SOX11-negative Mantle Cell Lymphoma: Clinicopathologic and Prognostic Features of 75 Patients. *Am J Surg Pathol*, 2019. 43(5): p. 710-716.
14. Balsas, P., et al., SOX11 promotes tumor protective microenvironment interactions through CXCR4 and FAK regulation in mantle cell lymphoma. *Blood*, 2017. 130(4): p. 501-513.

Info Authors :

¹ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia

² USL Umbria 1, Dipartimento di Prevenzione, UOC Igiene e Sanità Pubblica, Centro di Medicina del Viaggiatore

Parole chiave:

vaccinazioni,
medicina dei viaggi, umbria

Keywords:

vaccination, travel medicine,
umbria

I VACCINI E IL LORO RUOLO NEL MANTENIMENTO DELLO STATO DI SALUTE DELLA COMUNITÀ:

IL CASO DELLE VACCINAZIONI NEL VIAGGIATORE INTERNAZIONALE

Vincenza Gianfredi ¹, Massimo Gigli ², Igino Fusco-Moffa ²

RIASSUNTO

Oggigiorno sono milioni le persone che viaggiano da un Paese all'altro per lavoro o per turismo, tuttavia, i viaggi internazionali possono rappresentare un potenziale rischio per la salute del viaggiatore. Obiettivo del presente lavoro è quello di presentare le attività svolte all'interno dei centri di medicina del viaggiatore, nonché i dati di accesso presso il centro di medicina dei viaggi USL Umbria 1, Perugia.

METODI: È stata condotta una revisione narrativa della letteratura ed è stata effettuata un'analisi descrittiva dei dati relativi ai flussi di accesso nel periodo gennaio 2016-dicembre 2016 presso il centro di medicina dei viaggi USL Umbria 1, Perugia.

RISULTATI: Nel periodo in esame, si sono recati al centro di medicina dei viaggi dell'USL Umbria 1, 891 soggetti (47% donne, età media 35,3 anni \pm 0,6) ai quali sono state offerte informazioni pre-viaggio, e per le quali si è proceduto alla effettuazione delle vaccinazioni considerate necessarie o si è prescritta profilassi farmacologica.

CONCLUSIONI: E' importante diffondere nella popolazione la conoscenza dei Centri di Medicina del Viaggiatore, poiché il counselling pre-viaggio ha una notevole importanza per proteggere i singoli viaggiatori ma anche la popolazione di origine. L'aggiornamento degli operatori è fondamentale per aumentare l'efficacia del counselling pre-viaggio.

ABSTRACT

Nowadays, millions of people travels from country to country because of work or tourism; however, international travels might represent a risk for traveller's health. The aim of this paper is to describe the activities of travel medicine centre, and to show the access data of the travel medicine unit USL Umbria 1, Perugia.

METHODS: A narrative review has been conducted, as well as a descriptive analysis of the access data (January 2016- December 2016) of the travel medicine unit USL Umbria 1, Perugia.

RESULTS: During the study period, 891 subjects (47% women, mean age 35,3 \pm 0,6 years) came to the travel medicine unit USL Umbria 1, Perugia. Pre-travelling counselling, vaccination and pharmacological preventive treatment.

CONCLUSIONS: It is important to improve general population's awareness regarding travel medicine centres, considering that pre-travelling counselling is extremely important to protect travellers and the native population. Health care workers should be updated in order to increase the efficacy of the pre-travelling counselling.

INTRODUZIONE

Oggigiorno sono milioni le persone che viaggiano da un Paese all'altro per lavoro, per turismo, per cultura, per migrazione e questo grazie alla rapida circolazione delle persone e il basso costo che i viaggi, anche internazionali, oggi hanno.

Secondo il World Economic Outlook di ottobre 2017 del Fondo Monetario Internazionale, il miglioramento delle condizioni economiche gioca un ruolo importante nell'aumentare sia i viaggi d'affari che quelli di piacere ⁽¹⁾.

Inoltre, la velocità degli spostamenti permette di raggiungere agevolmente mete particolarmente lontane; nessuna città del mondo dista, infatti, più di 24 ore di aereo da un'altra.

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale del Turismo, nel mondo, il numero di viaggi internazionali è destinato ad aumentare con una crescita del + 3 / + 4% ad anno ⁽²⁾.

In Italia, secondo i dati ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) i viaggi degli Italiani sono stati 66 milioni nel 2017 di cui il 19% (più di 12 milioni) verso una località estera e di questi ben 3,7 milioni verso paesi extraeuropei ⁽³⁾.

Tra le mete extra-europee, gli Stati Uniti sono stati la destinazione preferita per le vacanze lunghe (4,1%) ma soprattutto per quelli di affari (7,1%) ⁽³⁾.

Mediamente, in Italia, i soggetti che più frequentemente effettuano viaggi all'estero sono uomini di età compresa tra i 35 e i 44 anni, residente al nord della penisola e che godono di buona salute ⁽²⁾.

Tuttavia, i viaggi internazionali possono rappresentare un potenziale rischio per la salute a seconda della durata, del tipo di viaggio, della destinazione e delle iniziali condizioni di salute del viaggiatore. Tra i potenziali rischi, quelli più frequentemente riportati sono i rischi infettivi e traumatici ⁽⁴⁾.

Il rischio infettivo è molto spesso legato alle diverse condizioni climatiche, che potrebbero esporre il viaggiatore a agenti eziologici e vettori diversi rispetto a quelli dei paesi di origine, ma anche a livelli igienico-sanitari inferiori.

Il rischio invece di incidenti e traumi è più spesso legato all'alta antropizzazione e spesso alla cattiva manutenzione di strade e mezzi, o al mancato rispetto di norme di guida e di comportamento.

Secondo stime dell'OMS, i Paesi a più alto rischio per incidenti stradali sono: Eritrea, Repubblica Dominicana, Libia, Thailandia, Venezuela, Nigeria, Sudafrica, Iraq, Guinea-Bissau e Oman ⁽⁵⁾.

Sono inoltre da prendere in considerazione i rischi derivanti da viaggi, molto più spesso per missioni umanitarie o per fine professionali, in paesi di guerra.

In considerazioni di questi aspetti, gli incidenti e i traumi rappresentano la prima causa di morte tra i viaggiatori, mentre il rischio infettivo, oltre a rappresentare un problema diretto per il viaggiatore, potrebbe rappresentare un problema per la comunità di rientro del viaggiatore.

Per questo motivo, a seguito di importanti epidemie verificatesi nel corso degli anni, è stato approvato nel 2005 (e attuato a partire da giugno 2007) il Regolamento Sanitario Internazionale; strumento giuridico internazionale sottoscritto da 196 paesi in tutto il mondo, compresi tutti gli Stati membri dell'OMS, e il cui scopo è quello di aiutare la comunità internazionale a prevenire e rispondere a gravi rischi per la salute pubblica tali da attraversare potenzialmente i confini nazionali e minacciare cittadini di tutto il mondo ⁽⁶⁾.

Tuttavia, nella maggior parte dei casi, questi rischi sono correlati al comportamento umano e pertanto prevenibili.

Importanti strumenti di prevenzione sono la vaccinazione da effettuare prima del viaggio e le norme comportamentali e di igiene da attuare durante tutto il soggiorno, oltre alla eventuale profilassi farmacologica per la malaria.

Le strategie di prevenzione da attuare e le vaccinazioni da effettuare variano a seconda dei pericoli stimati nei diversi Paesi, mete dei viaggi.

Per tale motivo, il punto di partenza per qualsiasi viaggio internazionale dovrebbe sempre essere un Centro di Medicina dei Viaggi.

In aggiunta a tali strategie di prevenzione, in Italia, è attivo il sito internet “Viaggiare Sicuri” (www.viaggiasesicuri.it) gestito ed aggiornato dal Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale che informa il cittadino che vuol intraprendere un viaggio internazionale sulle condizioni politiche e sanitarie del paese di destinazione ⁽⁷⁾.

Esiste, inoltre, la possibilità di registrarsi su un altro sito dello stesso Ministero “Dove siamo nel Mondo” (www.dovesiamonelmundo.it) inserendo il nominativo, la destinazione e la durata del viaggio. Analogamente da alcuni anni sono disponibili anche applicazioni per smartphone, come “IViaggio: l'app del viaggiare, viaggiando in sicurezza”, che informa sui principali rischi associati ai viaggi prendendo in considerazione la modalità di viaggio stesso (i rischi per la salute legati all'ambiente; gli incidenti, i traumi e gli atti di violenza; i potenziali rischi di malattie infettive) ⁽⁸⁾.

Obiettivo del presente lavoro è quello di presentare le attività svolte all'interno dei Centri di Medicina del Viaggiatore (CMV), nonché sintetizzare le principali raccomandazioni di profilassi vaccinale necessarie ad affrontare in sicurezza i viaggi internazionali.

Inoltre, verranno presentati i principali dati di accesso, anno 2016, presso il CMV dell'Unità Sanitaria Locale USL Umbria 1.

METODO

REVISIONE DELLA LETTERATURA

È stata condotta una revisione narrativa della letteratura utilizzando la tecnica cosiddetta “snowball”.

Tramite ricerca della letteratura, comprendendo la letteratura grigia, sono stati cioè identificati i lavori considerati dagli Autori più significativi e relativi al tema della medicina dei viaggi, la lista delle referenze è stata consultata al fine di identificare pubblicazioni rilevanti e inerenti l'obiettivo della ricerca.

Gli articoli sono stati identificati anche mediante conoscenze dirette degli Autori.

ANALISI DEGLI ACCESSI AL CMV USL UMBRIA 1

È stata effettuata un'analisi descrittiva dei dati relativi ai flussi di accesso presso il CMV USL Umbria 1, situato a Perugia.

Dove opportuno sono state riportate le frequenze assolute e le percentuali. I dati sono stati analizzati utilizzando il software statistico STATA SE/12®.

RISULTATI

IL CENTRO DI MEDICINA DEI VIAGGIATORI

Il CMV è il centro medico di riferimento per ricevere le informazioni e le raccomandazioni più aggiornate in merito a rischi e misure preventive necessarie prima di effettuare un viaggio internazionale.

In Italia, i viaggi all'estero vengono effettuati principalmente per motivi culturali, monumentali e archeologici (30,6%) ⁽³⁾.

Infatti, al CMV, accedono principalmente turisti (autonomi o organizzati), studenti (liceali o universitari), lavoratori (imprenditori o operai), stranieri che tornano temporaneamente in patria VFR, volontari per cooperazione internazionale, pellegrini (soprattutto musulmani per la Mecca) e aspiranti genitori per adozioni internazionali ^{(9) (10)}.

Secondo le linee guida dell'OMS e secondo quanto

previsto dai Livelli Essenziali di Attività (LEA) per la Prevenzione, il CMV deve svolgere attività di consultazione medica prima del viaggio, la profilassi vaccinale o farmacologica e il counselling post-viaggio.

Il medico del centro, durante il counselling, deve raccogliere i dati relativi allo stato di salute e incrociarli con le informazioni relative ai rischi legati al paese di destinazione.; fornendo una consulenza fortemente personalizzata che, in alcuni casi, è fatta anche di contatti con i medici curanti (MMG e ospedalieri) e il supporto di altre strutture aziendali.

Nel corso della consulenza deve essere effettuata una accurata anamnesi, prendendo visione di eventuale documentazione sanitaria, e rilasciando infine consigli verbali e opuscoli informativi.

In alcuni casi si effettua anche la prescrizione dei farmaci per la chemioprolifassi antimalarica e, sempre, si rilasciano i certificati vaccinali, primi tra tutti, quello internazionale per la febbre gialla, per la meningite a chi si reca alla Mecca o per la vaccinazione antipolio in alcuni Paesi ancora a rischio. Pertanto, i programmi di vaccinazione che vengono proposti sono fortemente adattati sia allo stato di immunizzazione del soggetto, ma anche alla destinazione e al tipo di viaggio.

In particolare, i vaccini solitamente offerti sono quelli relativi a Febbre gialla, Epatite A, Epatite B (o Epatite A+B), Febbre tifoide (orale e parenterale), Colera, Poliomielite, Meningite meningococcica (ACWY e B), Encefalite giapponese, Encefalite trasmessa da zecche (TBE), Rabbia (pre- e post-esposizione), Tetano, Difterite, Influenza stagionale.

Si nota quindi che in occasione del counselling pre-viaggio vengono controllate le vaccinazioni «tradizionali», ed eventualmente consigliate. Principalmente quella per il tetano, contro il quale è necessario un richiamo decennale, seguita dal vaccino associato antidifterite, pertosse e polio (DTP-IPV). In alcuni casi (studenti, alcuni lavoratori a maggior contatto con popolazioni locali) è opportuno valutare la vaccinazione anti-morbillo, rosolia, parotite.

Bisogna inoltre ricordare, soprattutto agli over 65, che l'influenza stagionale nell'emisfero australe presenta una epidemiologia temporale invertita.

Di seguito verranno analizzate le principali vaccinazioni offerte in occasione del counselling pre-viaggio.

EPATITE B

L'epatite B è una malattia acuta (ma può anche avere decorso cronico) del fegato causata dal virus HBV che riconosce una trasmissione parenterale apparente o inapparente.

La malattia è ubiquitaria, tuttavia la prevalenza è più alta nella regione del Pacifico occidentale dell'Africa, dove si registrano tassi di prevalenza del 6,2% e 6,1% rispettivamente.

Mentre, le altre aree del pianeta riportano un tasso di prevalenza compreso tra 1,6 e 3,3% ⁽¹¹⁾.

I soggetti maggiormente a rischio sono: tossicodipendenti, chi pratica sesso non protetto, operatori sanitari, i contatti familiari e sessuali di persone infette, chi si sottopone a pratiche che prevedono uso di aghi, quali tatuaggi, piercing, manicure, pedicure.

Il rischio per i viaggiatori è determinato da possibili trasfusioni richieste in emergenza, ma anche per turismo sessuale ⁽¹²⁾.

Il decorso è, nella maggior parte dei casi asintomatico, tuttavia non è infrequente la comparsa di sintomi come ittero, spossatezza, nausea, dolore addominale e vomito che possono evolvere verso forme fulminanti di insufficienza epatica o si risolvono nel giro di un paio di settimane, qualora l'evoluzione della malattia sia acuta.

Infatti, se la sintomatologia persiste per oltre 6 mesi, o non si sviluppano gli anticorpi protettivi, l'infezione evolve verso forme croniche di malattia che può complicarsi con cirrosi epatica fino anche alla trasformazione neoplastica del tessuto epatico ⁽¹³⁾.

La vaccinazione è fortemente raccomandata per tutte le categorie a rischio, soprattutto in zone

iperendemiche.

Il vaccino disponibile contiene l'antigene di superficie del virus HBV prodotto mediante tecnologia del DNA ricombinante, adsorbito. La schedula vaccinale prevede per i soggetti di età >16 anni 3 dosi, di cui la seconda a distanza di 1 mese, mentre la terza a distanza di 6 mesi dalla prima, qualora si ravvisassero le condizioni, è possibile effettuare una somministrazione con ciclo rapido: 0, 1, 2 mesi e quarta dose a 12 mesi.

L'efficacia della vaccinazione è molto alta e arriva al 90-98%. (con una stima dei non responders di circa il 5-15%).

Esiste un vaccino combinato anti epatite A + B somministrato in tre dosi: 1a dose al tempo 0, 2a dose dopo un mese, 3a dose sei mesi dopo la prima; possibilità di ciclo rapido: 1a dose al tempo 0, 2a dose dopo 7 giorni, 3a dose dopo 21 giorni e 4a dose a 12 mesi.

■ EPATITE A

L'epatite A è una malattia acuta del fegato causata dal virus HAV (Hepatovirus genus della famiglia dei Picornaviride) che riconosce una trasmissione oro-fecale attraverso l'ingestione di cibo e acqua contaminati o attraverso il contatto diretto con una persona infetta.

La malattia è ubiquitaria con aree di iperendemia, principalmente dove le condizioni igienico-sanitarie sono ridotte, dove la contaminazione fecale di cibi ed acqua è frequente ⁽¹⁴⁾.

Dal 2016 è considerata anche malattia sessualmente trasmessa soprattutto per maschi che hanno rapporti sessuali con maschi (MSM).

La malattia ha prevalentemente un decorso clinico lieve suddiviso in una prima fase asintomatica, in cui il virus viene eliminato con le feci (aumentando il rischio di contaminazione e diffusione della malattia), nella seconda fase, detta anche prodromica o pre-itterica, iniziano a comparire sintomi generici come nausea, anoressia, malessere generale, in alcuni casi possono comparire urine di colore scuro dovute

all'alto quantitativo di bilirubina, solitamente è il segno che precede la comparsa dell'ittero, caratteristico della terza fase.

L'evoluzione e la gravità della sintomatologia tuttavia sono fortemente condizionate dall'età e dallo stato di salute generale del soggetto.

Si stima che l'80-95% dei bambini di età inferiore ai 5 anni abbia infezioni asintomatiche, rispetto al 10-25% degli adulti, in cui si registrano più frequentemente gravi complicanze ⁽¹⁵⁾.

Tra le complicanze più frequentemente riportate si riscontrano: ittero prolungato, colestasi con sofferenza epatica, nei casi più gravi invece si può arrivare a forme fulminanti di epatite A, tale da richiedere il trapianto epatico, senza il quale il paziente va incontro a decesso.

Tuttavia, l'epatite A non causa mai malattia epatica cronica.

La vaccinazione è fortemente raccomandata in tutto il Centro- Sud America, in Africa e in gran parte del Medio e Lontano Oriente. Il tipo di vaccino è a virus inattivato con formaldeide.

I vaccini sono altamente immunogenici, con un'efficacia compresa tra 94-100% ⁽¹⁶⁾.

L'immunizzazione è inoltre in grado di generare una protezione duratura, per tutta la vita, sia nei bambini che negli adulti.

La schedula vaccinale prevede per adulti e bambini sopra 15 anni di età due dosi a distanza di 6-12 mesi.

Le dosi sono dimezzate per bambini tra 1 e 15 anni.

■ FEBBRE TIFOIDE

L'febbre tifoide comprende infezioni batteriche causate da *Salmonella typhi* e *paratyphi*.

La trasmissione della febbre tifoide, come per l'epatite A, essendo anch'essa una malattia a trasmissione oro-fecale, è dovuta al mancato rispetto di norme igieniche con conseguente contaminazione fecale di cibi ed acqua in zone.

I principali alimenti in causa sono i frutti di mare ed i vegetali soprattutto dove l'approvvigionamento idrico e l'igiene degli alimenti sono carenti.

La trasmissione si verifica in zone endemiche e iperendemiche dove per altro, la vaccinazione è fortemente raccomandata.

Le aree ad alto rischio, in particolare per soggiorni medio-lunghi sono: India, Vietnam, Tajikistan dove sono stati segnalati ceppi antibiotico- resistenti. Si stima che circa 26 milioni di casi di febbre tifoide e 5 milioni di casi di febbre paratifo si verifichino in tutto il mondo ogni anno, provocando 215.000 morti ⁽¹⁷⁾.

Tuttavia, il decorso della malattia è generalmente moderato-lieve con febbre prolungata, che può raggiungere i 39-40 ° C, dolori addominali, debolezza, alterazioni dell'alvo, mal di testa e anoressia ⁽¹⁸⁾. I viaggiatori che visitano amici e parenti sono a maggior rischio, poiché il rischio di contrarre la febbre tifoide aumenta all'aumentare della durata del soggiorno oltretutto a causa di una ridotta percezione del rischio ed alla diminuzione dei titoli anticorpali protettivi.

Tuttavia, sono stati riportati casi di viaggiatori che hanno contratto la malattia anche per viaggi della durata di 1 settimana in paesi in cui la malattia è altamente endemica (come India, Pakistan o Bangladesh) ⁽¹⁹⁾.

I vaccini disponibili sono due, uno a microrganismo vivo attenuato e l'altro inattivato.

Il vaccino a microrganismo vivo attenuato prevede la somministrazione per os, e mostra una protezione parziale anche nei confronti di *S. paratyphi* A e B, ma non per C ⁽²⁰⁾.

La somministrazione prevede 3 dosi a giorni alterni (gg 1-3-5) con acqua o liquidi non caldi, a stomaco vuoto e un'ora prima dei pasti.

Il vaccino, essendo a microrganismo vivo attenuato va conservato in frigo. L'efficacia arriva al 67% con una protezione di circa 3 anni; tale durata riguarda, però, i soggetti che risiedono in zone endemiche mentre, negli altri casi, si consiglia

una rivaccinazione già dopo 24 mesi. Il vaccino inattivato polisaccaridico, invece va somministrato per via parenterale, con dose singola intramuscolo ⁽²⁰⁾.

In questo caso l'efficacia arriva al 55-80%, esclusivamente verso *S. typhi* e con una durata della protezione di circa 3 anni ⁽²⁰⁾.

COLERA

Il colera rientra nel novero delle malattie a trasmissione oro-fecali, dovuta al *Vibrio cholerae*.

È diffusa in molti stati africani, nel sud-est asiatico e ad Haiti.

Il colera è endemico in circa 50 Paesi nel mondo, tuttavia l'84% di tutti i casi è riportato solo da 5 Paesi: Afghanistan, Repubblica del Congo, Ghana, Nigeria e Haiti. Il 55% dei casi si verifica in Africa, il 30% in Asia e il 15% ad Haiti. Il rischio per i viaggiatori è molto basso in aree senza focolai epidemici.

Il rischio aumenta per coloro che bevono acqua non disinfettata, non effettuano il lavaggio delle mani, non usano servizi igienici forniti di impianti di allontanamento dei reflui, o mangiano cibi crudi o scarsamente cotti, specialmente frutti di mare.

Tra i viaggiatori maggiormente a rischio, vi sono coloro che ritornano nei paesi di origine per ritrovare parenti e amici, poiché ritorno a esercitare delle pratiche proprie della cultura del paese di origine, vi sono anche gli operatori sanitari coinvolti nella gestione di epidemie o di assistenza secondaria a catastrofi naturali o belliche.

Il sintomo patognomonico sono le feci a acqua di riso, accompagnate da nausea e vomito che insieme alla diarrea acquosa determinano un'ingente e rapida perdita di fluida, che mette a rischio la vita stessa del soggetto.

La vaccinazione è raccomandata per viaggiatori che si recano in aree ad alto rischio, in particolare per soggiorni medio-lunghi in zone con focolai epidemici in paesi endemici, specie se per lavoro o volontariato.

Il vaccino è inattivato + subunità B e la somministrazione prevista è orale (protezione crociata per E. coli ET 60%) ⁽²¹⁾. La schedula vaccinale prevede la somministrazione di 2 dosi a distanza di 1-6 settimane, a stomaco vuoto e un'ora prima dei pasti.

La conservazione necessaria, al fine di evitare l'alterazione e la perdita di efficacia del vaccino è a temperatura controllata (infrigo a +4°C).

Per i bambini di età tra 2 e 6 anni la schedula prevede la somministrazione di 3 dosi. L'efficacia arriva all'80% nei primi 6 mesi e al 44% a un anno.

La protezione è di circa 2 anni negli adulti e di 6 mesi nei bambini < 7 anni.

■ MENINGITE MENINGOCOCCICA

La meningite meningococcica è sostenuta dall'agente eziologico *N. meningitidis*, batterio gram-negativo ubiquitario, ed è trasmessa attraverso contatti diretti tra persone.

La più alta incidenza si verifica nella cosiddetta "cintura della meningite", zona dell'Africa subsahariana (che comprende Senegal-Gambia ad ovest all'Etiopia-Kenya ad est passando per il Mali, il Burkina Faso, la Nigeria, il Niger, il Chad, la RCA, il Sudan, l'Uganda e la Tanzania) dove la malattia meningococcica è iperendemica, principalmente durante la stagione secca (dicembre-giugno), raggiungendo fino a 1.000 casi ogni 100.000 abitanti, e riproponendosi periodicamente (ogni 5-12 anni) con vere e proprie epidemie. Storicamente, le epidemie nella cintura della meningite erano principalmente dovute al sierogruppo A.

Tuttavia, a seguito dell'introduzione del vaccino monovalente coniugato (meningococco A), si è modificata l'epidemiologia della malattia a favore dei sierogruppi C e W, con sporadici focolai di sierogruppo X.

Al di fuori della fascia della meningite, i neonati e gli adolescenti hanno i più alti tassi di malattia.

Il rischio per i viaggiatori è più alto nelle persone che visitano i paesi della "cintura della meningite" e che intrattengono contatti prolungati e stretti con soggetti affetti.

Frequentemente epidemie di meningite meningococcica si sono registrate a seguito di pellegrinaggi, dove il contatto ravvicinato e prolungato tra pellegrini affetti ha contribuito al diffondersi della malattia.

La vaccinazione è fortemente raccomandata in aree ad alto rischio, in particolare per soggiorni nella "cintura della meningite" e in zone in paesi endemici, specie se per lavoro o volontariato. Obbligatoria per i pellegrini musulmani che si recano alla Mecca.

La tipologia di vaccino disponibile è oligosaccaridi di *N. meningitidis* gruppi A, C, W135, Y, coniugati alla proteina *C. diptheriae* CRM197, oltre al vaccino ricombinante per il sierogruppo B.

La modalità di somministrazione del vaccino coniugato ACWY è di 1 sola dose per i soggetti di età maggiore a 12 mesi.

Allo stato attuale non è ancora nota la eventuale necessità di una dose di richiamo. Il vaccino ricombinante B può essere somministrato a partire dai 6 mesi in 2 dosi a distanza di uno/due mesi a seconda dell'età (nei neonati si arriva a 4 dosi).

L'efficacia del 75-95% a seconda del gruppo e del vaccino.

■ FEBBRE GIALLA

La febbre gialla è una malattia virale causata da un flavivirus trasmesso all'uomo dalla zanzara *Aedes* attraverso un ciclo urbano, da uomo a uomo, o un ciclo di foresta, da scimmia a uomo.

La malattia è trasmessa nelle zone tropicali, come in parte del Sud America e in tutta l'Africa subsahariana, tuttavia la trasmissione può verificarsi anche in zone ad altitudine fino a 2300 m.

Sono 47 i Paesi nel mondo in cui la febbre gialla è endemica, (34 in Africa 13 in Centro e Sud America).

Secondo stime dell'OMS, la febbre gialla è stata responsabile di 84 000-170 000 casi gravi e 29 000-60 000 decessi, nel 2013 ⁽²²⁾.

Tuttavia stime precise del carico della malattia non sono attualmente disponibili, sia perché in molti Paesi endemici, viene effettuata la vaccinazione di massa, e sia perché i sistemi di sorveglianza di molti Paesi, non riescono a fronteggiare il problema della sotto-notifica ⁽²³⁾.

L'infezione è responsabile di forme di malattia che possono manifestarsi in forma variabile, nella maggioranza dei casi, il decorso è lieve con febbre, brividi, inappetenza, nausea e dolori muscolari.

In altri casi invece vi può essere l'interessamento epatico, tale da sviluppare ittero, e conseguente insufficienza renale.

La gravità del decorso può essere tale anche da portare al decesso. Considerando il rischio che viaggiatori che visitano paesi endemici possano riportare la malattia nei loro paesi di origine, la vaccinazione è richiesta in forma obbligatoria in Africa (Angola, Burundi, Camerun, Congo, Ciad, Repubblica Democratica Congo, Costa d'Avorio, Gabon, Ghana, Guinea Bissau, Mali, Niger, Repubblica Centrafricana, Sierra Leone, Sud Sudan, Togo, Uganda) e Sud America (Guyana Francese, Bolivia).

In moltissimi altri paesi africani e sudamericani e fortemente raccomandata come, ad esempio, in Brasile dove dal 2017 è in corso una vera e propria epidemia.

L'elenco dei Paesi in cui la vaccinazione è obbligatoria, è costantemente aggiornato dall'OMS ⁽²⁴⁾.

Il vaccino commercializzato è un vaccino a virus vivo attenuato, somministrato per via sottocutanea in unica dose per la vita (a partire dall'11/07/2016⁽²⁵⁾) e la cui efficacia risulta essere superiore al 95%.

Oltre alla vaccinazione, altre forme preventive sono le classiche misure preventive personali che permettono di evitare di essere punti dal vettore.

In particolare, si raccomanda l'utilizzo di abbigliamento a maniche lunghe e l'uso di repellenti topici, così come schermare porte e finestre con zanzariere.

Nel caso delle zanzare *Aedes*, l'utilizzo delle zanzariere da letto trattate con repellenti, non è di estrema utilità, poiché sono vettori che sono principalmente attivi durante le ore diurne.

ENCEFALITE GIAPPONESE

E' una malattia virale causata da un flavivirus trasmesso all'uomo dalla zanzara *Culex*, la stessa zanzara presente anche in Italia, attraverso un ciclo che passa per le specie suine.

E' endemica nelle aree rurali (risaie e allevamenti suini) dal Pakistan al Giappone, all'Indonesia e alla Papua Nuova Guinea.

L'incidenza complessiva dell'encefalite giapponese tra i viaggiatori provenienti da paesi non endemici e soggiornanti in paesi dell'Asia è stimata in meno di 1 caso per 1 milione di viaggiatori.

Tuttavia, espatriati e viaggiatori che restano per periodi prolungati nelle zone rurali con trasmissione attiva del virus hanno un rischio simile a quello della popolazione residente suscettibile (5-50 casi ogni 100.000 abitanti/anno)⁽²⁶⁾.

Tuttavia il rischio potrebbe aumentare anche qualora i viaggiatori dovessero affrontare viaggi in cui è prevista una prolungata esposizione all'aperto o durante le ore notturne, soprattutto nelle zone rurali e nei periodi di trasmissione attiva.

Nella maggior parte dei casi l'infezione è asintomatica, in circa 1% dei casi si ha una manifestazione clinica, che può variare da forme più lievi con febbre, mal di testa e vomito fino a progredire verso l'encefalite acuta secondaria a coinvolgimento neurologico.

La vaccinazione è raccomandata in aree ad alto rischio, per soggiorni maggiori a un mese soprattutto in aree rurali e nei periodi di maggior presenza di zanzare ⁽²⁷⁾.

Il vaccino è a virus inattivato, e prevede 2 somministrazioni a distanza di 28 giorni oppure, nella scheda rapida, di soli 7 giorni.

Il richiamo è necessario dopo 12-24 mesi, se il soggetto deve nuovamente recarsi nelle aree endemiche.

La vaccinazione ha un'efficacia del 98% ⁽²⁸⁾.

■ ENCEFALITE DA ZECCHIE

La TBE è causata da un flavivirus e viene trasmessa all'uomo dalle zecche (principalmente del genere Ixodes), in tutte le fasi di sviluppo (larve, ninfe, adulti).

La malattia è endemica in Europa centrale, estendendosi dalla Francia orientale al Giappone settentrionale e dalla Russia settentrionale all'Albania.; in Italia è presente nel Nord-Est.

Tra i Paesi asiatici con casi di TBE segnalati o attività virale includono Cina, Giappone, Kazakistan, Kirghizistan, Mongolia e Corea del Sud ⁽²⁹⁾.

La maggior parte dei casi si verifica da aprile a novembre, con picchi all'inizio e alla fine dell'estate quando le zecche sono maggiormente attive e le attività antropiche all'area aperta sono più frequenti.

La malattia è più frequente tra i soggetti di età maggiore a 50 anni e in cui la sintomatologia risulta essere anche più grave.

L'infezione ha principalmente decorso asintomatico, nei casi gravi invece determina un coinvolgimento neurologico.

La vaccinazione è raccomandata in aree ad alto rischio, soprattutto per soggiorni di escursionisti, campeggiatori, militari.

Il vaccino inattivato prevede la somministrazione di 3 dosi, la seconda dopo 1-3 mesi, mentre la terza dopo 5-12 mesi.

L'eventuale richiamo è da effettuare dopo 3 anni dalla terza dose.

L'efficacia è del 98%.

Anche per questo vaccino esiste uno schema rapido con somministrazione nei giorni 0 e 14 ed un richiamo dopo 5-12 mesi.

■ RABBIA

La rabbia è una malattia virale trasmessa dal morso di animali infetti.

La letalità per encefalite è del 100%.

E' endemica in gran parte del mondo.

In Italia solo rabbia silvestre (volpi) nel Nord-Est.

Tuttavia, i casi segnalati possono cambiare improvvisamente a seguito della reintroduzione o dell'emergenza della malattia.

Il rischio di rabbia nei viaggiatori è determinato da stime, e può variare da 16 a 200 ogni 100.000 viaggiatori.

La Vaccinazione è raccomandata in aree ad alto rischio specie se per lavoro (veterinari, etologi, allevatori) o per viaggi «avventurosi» in zone non turistiche ⁽³⁰⁾.

Spesso è una vaccinazione post-esposizione già iniziata nel paese visitato.

Il vaccino è inattivato e in pre-esposizione primaria prevede una schedula di somministrazione nei giorni 0-7-21 o 28 e un richiamo ogni 2/3 anni.

Nella post-esposizione, nel soggetto vaccinato sono necessarie 2 dosi al giorno 0 e al terzo giorno, mentre in post-esposizione nel soggetto non vaccinato è necessario somministrare immunoglobuline più 5 dosi con schema classico 0-3-7-14-28 o schema alternativo a 4 dosi, di cui 2 al giorno 0 e quindi una ulteriore somministrazione ai giorni 7 e 21.

L'efficacia è del 99%.

■ NUOVI VACCINI

Sono in fase di sperimentazione nuovi vaccini per i quali, allo stato attuale, non esistono vaccini efficaci commercializzati.

Tra questi quello contro la Malaria, dovuta al parassita

trasmesso dalla zanzara *Anopheles*.

Il vaccino in fase di sperimentazione è solo contro *P. falciparum* e viene somministrato in 4 dosi ⁽³¹⁾. Attualmente in fase 3 di sperimentazione, in uno studio pilota in 3 stati africani (Ghana, Kenya e Malawi) ⁽³²⁾. L'efficacia attuale arriva al 40%.

Il primo vaccino contro Dengue, virus trasmesso dalla zanzara *Aedes*, è un vaccino ricombinante, vivo e tetravalente, ed è stato registrato in Messico nel 2015. Prevede 3 dosi (0/6/12 mesi) per individui tra i 9 e i 45 anni residenti in zone endemiche, già sieropositivi alla malattia. Nel sieronegativo, infatti, una eventuale infezione naturale risulta di maggiore gravità. L'efficacia va dal 43 al 77% a seconda del ceppo.

Per Ebola, malattia virale a trasmissione interumana, il vaccino messo a punto consiste in un virus modificato in grado di esprimere una proteina dell'ebola virus.

Viene già somministrato in questi giorni nella Repubblica del Congo per arginare l'attuale decima epidemia ⁽³³⁾.

L'efficacia di campo risulta essere prossima al 100%, è tuttavia da prendere in considerazione il potenziale fattore confondente legato ai cambiamenti comportamentali. Inoltre, il vaccino pur essendo stato licenziato, è utilizzato solo durante le fasi epidemiche e solo per i soggetti coinvolti nell'area epidemica.

Infatti, ci sono ancora alcuni aspetti non completamente chiariti, tra i più importanti la durata della protezione e identificare quale siano i meccanismi immunologici correlati ⁽³⁴⁾.

Infine, è in sperimentazione il vaccino contro Zika, malattia virale trasmessa dalla zanzara *Aedes*, e che ha determinato un'importante epidemia di microcefalia (nei nuovi nati) in Brasile, durante lo svolgimento dei giochi Olimpici del 2016.

Il vaccino, basato sul DNA virale, è attualmente in fase 2 avanzata di sperimentazione negli Stati Uniti e in Sud America.

La fase 3 è prevista per il 2019.

Il vaccino è risultato essere protettivo in studi sul topo, tuttavia recenti evidenze mostrano una cross-reazione tra gli antigeni di Zika e quelli del virus Dengue, il livello di evidenza però attualmente raggiunto, non ci permette di chiarire se tale cross-reazione potrebbe avere effetti vantaggiosi, o al contrario ridurre l'efficacia della vaccinazione ⁽³⁵⁾.

CASI DI ACCESSO AL CENTRO USL UMBRIA 1

Nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2016 al 31 dicembre 2016, si sono recati al CMV dell'USL Umbria 1, 891 soggetti ai quali sono state offerte informazioni pre-viaggio, e per le quali si è proceduto alla effettuazione delle vaccinazioni considerate necessarie o si è prescritta profilassi farmacologica.

Il nostro campione era composto per il 47% da donne, e l'età media era di 35,3 anni \pm 0,6.

In (FIGURA 1) viene riportato il flusso di accesso degli utenti distribuito nei 12 mesi dell'anno.

Dalla (FIGURA 1) emerge che maggio, giugno e luglio risultano i mesi a più alta frequenza di accesso con rispettivamente 94, 93 e 121 accessi/mese.

Nella (FIGURA 2) viene riportata la provenienza (in termini di residenza) degli utenti del servizio, dalla quale emerge che, sebbene il 94% (n=834) delle prestazioni sono state erogate nei confronti di soggetti residenti sul territorio regionale, il servizio ha offerto la propria professionalità anche a soggetti residenti in altre regioni (5% del totale) e a soggetti stranieri che si trovavano a soggiornare transitoriamente in Italia.

FIGURA 1: NUMERO DI ACCESSI MENSILI. CMV PERUGIA, ANNO 2016

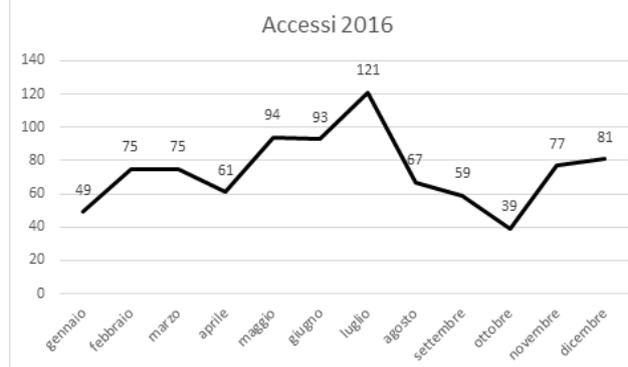
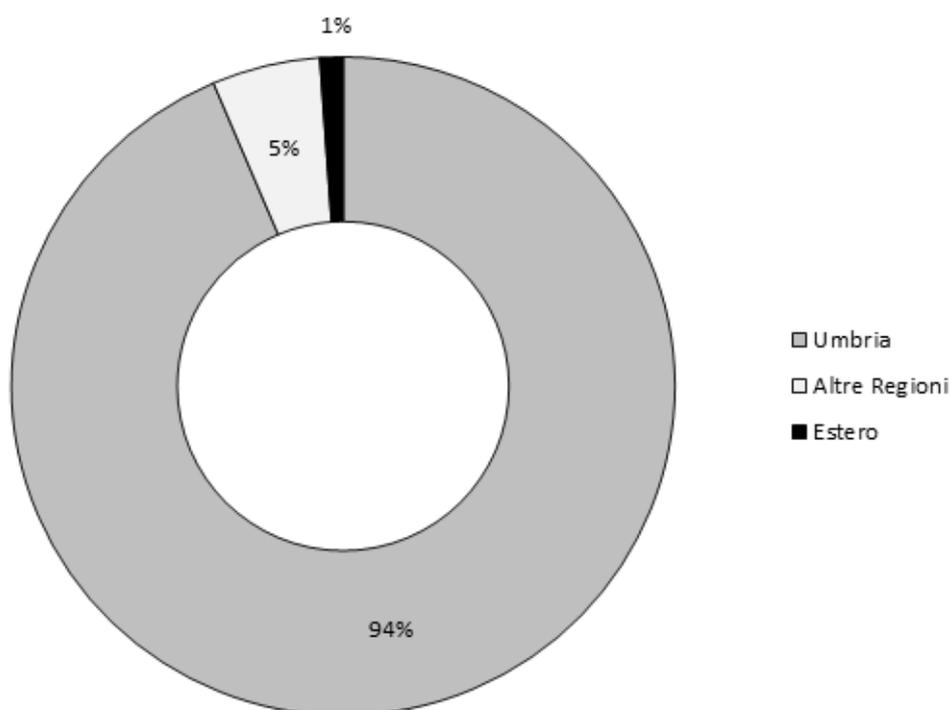


FIGURA 2: DISTRIBUZIONE DELLA RESIDENZA DEGLI UTENTI AFFERENTI AL CMV DI PERUGIA, ANNO 2016

CONCLUSIONI

E' importante diffondere nella popolazione la conoscenza dei Centri di Medicina del Viaggiatore.

Considerando i potenziali rischi e il costante aumento del cosiddetto «turismo consapevole», sarebbe opportuno che in ogni ASL fosse presente almeno un centro.

Inoltre, è da tenere presente che il counselling pre-viaggio assume una notevole importanza per proteggere i singoli viaggiatori ma anche la popolazione di origine, soprattutto nel caso di persone che tornano temporaneamente in patria.

In quest'ottica, l'aggiornamento degli operatori è fondamentale per aumentare l'efficacia del counselling pre-viaggio.

Inoltre, sarebbe opportuno, affiancare alla formazione anche una stretta collaborazione con la Medicina Generale e con i reparti ospedalieri

per la gestione di problematiche sanitarie sia pre- che post-viaggio.

Importante anche i rapporti con le farmacie territoriali.

In conclusione, l'occasione del viaggio può e deve rappresentare un ulteriore momento di comunicazione alla popolazione sull'importanza, validità e sicurezza della profilassi vaccinale.

BIBLIOGRAFIA

1. International Monetary Fund. *World Economic Outlook, October 2017 2018* [February 2018]. Available from: www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2017/09/19/world-economic-outlook-october-2017.
2. World Tourism Organization. *International tourism on track for a record year 2017* [March 2018]. Available from: <https://www.e-unwto.org/doi/pdf/10.18111/wtobarometereng.2017.15.5.1>.
3. ISTAT. *Viaggi e vacanze in Italia e all'estero, anno 2016* Marzo 2017 [December 2017]. Available from: www.istat.it/it/files/2017/03/Viaggi_e_vacanze_2016.pdf?title=Viaggi+e+vacanze+in+Italia+e+all%27estero+-+31%2Fmar%2F2017+-+Testo+integrale+e+nota+metodologica.pdf.
4. World Health Organization. *International travel and health*. Geneva 2012. Available from: http://who.int/ith/ITH_EN_2012_WEB_1.2.pdf?ua=1.
5. World Health Organization. *Global status report on road safety 2018*. Geneva 2018.

6. World Health Organization. *International Health Regulations 2005* [Febbraio 2019]. Available from: https://www.who.int/topics/international_health_regulations/en/.
7. Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale. *Viaggiare Sicuri Informativi 2019* [Febbraio 2019]. Available from: <http://www.viaggiasesicuri.it/home.htm>.
8. Bonanno V, Giallombardo V, Restivo V, Provenzano S, Firenze A. *IVIaggio: l'app del viaggiare, viaggiando in sicurezza*. 48° Congresso Nazionale SHI 14-17 Ottobre 2015; Milano 2015.
9. Gianfredi V, Moretti M, Gigli M, Fusco-Moffa I. *Identikit of Umbrian traveller: analysis of clinical activity in a travel medicine unit, Italy*. *Annali Istituto Superiore Sanità*. 2019; in press.
10. Giordano D, Provenzano S, Santangelo OE, Piazza D, Ferraro D, Colomba C, et al. *Active immunization status against measles, mumps, rubella, hepatitis B in internationally adopted children, surveyed at the university hospital of Palermo, Sicily*. *Annali di igiene : medicina preventiva e di comunita*. 2018 Sep-Oct;30(5):431-5. PubMed PMID: 30062371.
11. World Health Organization. *Hepatitis B 2019* [Febbraio 2019]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>.
12. *Vaccines for travelers. The Medical letter on drugs and therapeutics*. 2018 Nov 19;60(1560):185-92. PubMed PMID: 30625125.
13. Akcay IM, Katrinli S, Ozdil K, Doganay GD, Doganay L. *Host genetic factors affecting hepatitis B infection outcomes: Insights from genome-wide association studies*. *World journal of gastroenterology*. 2018 Aug 14;24(30):3347-60. PubMed PMID: 30122875. Pubmed Central PMCID: 6092584.
14. World Health Organization. *Hepatitis A 2019* [Febbraio 2019]. Available from: <https://www.who.int/immunization/diseases/hepatitisA/en/>.
15. Jacobsen KH. *The global prevalence of hepatitis A virus infection and susceptibility: a systematic review*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.
16. *Expanded table: Some vaccines for travelers. The Medical letter on drugs and therapeutics*. 2018 Nov 19;60(1560):e192-e4. PubMed PMID: 30625127.
17. Michael C. Judd EDM. *Typhoid & Paratyphoid Fever*. In: *Prevention CfDca, editor. Infectious Diseases Related to Travel 2017*.
18. Centers for Disease Control and Prevention. *Typhoid Fever and Paratyphoid Fever Atlanta 2019* [Febbraio 2019]. Available from: <https://www.cdc.gov/typhoid-fever/typhoid-vaccination.html>.
19. Keystone JS. *Immigrants Returning Home to Visit Friends & Relatives (VFRs)*. In: *Prevention CfDca, editor. Yellow book 2017*.
20. Milligan R, Paul M, Richardson M, Neuberger A. *Vaccines for preventing typhoid fever. The Cochrane database of systematic reviews*. 2018 May 31;5:CD001261. PubMed PMID: 29851031.
21. Kollaritsch H, Que JU, Kunz C, Wiedermann G, Herzog C, Cryz SJ, Jr. *Safety and immunogenicity of live oral cholera and typhoid vaccines administered alone or in combination with antimalarial drugs, oral polio vaccine, or yellow fever vaccine. The Journal of infectious diseases*. 1997 Apr;175(4):871-5. PubMed PMID: 9086143.
22. World Health Organization. *Yellow fever. Fact sheet 2019* [Febbraio 2019]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/yellow-fever>.
23. Ministero della Salute. *Febbre Gialla 2019* [Febbraio 2019]. Available from: http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=214&area=Malattie_trasmesse_da_vettori.
24. World Health Organization. *Country list. Yellow fever vaccination requirements and recommendations; malaria situation; and other vaccination requirements 2017* [January 2018]. Available from: http://www.who.int/ith/ITH_country_list.pdf?ua=1.
25. World Health Organization. *Amendment to International Health Regulations (2005), Annex 7 (yellow fever) 2016* [December 2017]. Available from: <http://www.who.int/ith/annex7-ihp.pdf>.
26. Hills SL, Rabe IB, Fischer M. *Japanese Encephalitis. Yellow book: Centers for Disease Control and Prevention*; 2017.
27. Fischer M, Lindsey N, Staples JE, Hills S, Centers for Disease C, Prevention. *Japanese encephalitis vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report Recommendations and reports*. 2010 Mar 12;59(RR-1):1-27. PubMed PMID: 20224546.
28. Paulke-Korinek M, Kollaritsch H, Kundi M, Zwazl I, Seidl-Friedrich C, Jelinek T. *Persistence of antibodies six years after booster vaccination with inactivated vaccine against Japanese encephalitis. Vaccine*. 2015 Jul 9;33(30):3600-4. PubMed PMID: 26036947.
29. Fischer M, Rabe IB, Rollin PE. *Tickborne Encephalitis. Yellow book: Centers for Disease Control and Prevention*; 2017.
30. Petersen BW, Wallace RM, Shlim DR. *Rabies. Yellow book: Centers for Disease Control and Prevention*; 2017.
31. Tuju J, Kamuyu G, Murungi LM, Osier FHA. *Vaccine candidate discovery for the next generation of malaria vaccines. Immunology*. 2017 Oct;152(2):195-206. PubMed PMID: 28646586. Pubmed Central PMCID: 5588761.
32. Mahmoudi S, Keshavarz H. *Efficacy of Phase 3 Trial of RTS, S/AS01 Malaria Vaccine in infants: a systematic review and meta-analysis. Human vaccines & immunotherapeutics*. 2017 Jan 6:0. PubMed PMID: 28059665.
33. Green A. *Ebola outbreak in the DR Congo. Lancet*. 2017 May 27;389(10084):2092. PubMed PMID: 28549657.
34. Venkatraman N, Silman D, Folegatti PM, Hill AVS. *Vaccines against Ebola virus. Vaccine*. 2018 Aug 28;36(36):5454-9. PubMed PMID: 28780120.
35. Gunawardana SA, Shaw RH. *Cross-reactive dengue virus-derived monoclonal antibodies to Zika virus envelope protein: Panacea or Pandora's box? BMC infectious diseases*. 2018 Dec 10;18(1):641. PubMed PMID: 30526531. Pubmed Central PMCID: 6288897.

Info Authors :

¹ Healthy Habits Academy Director, Montecatini Terme, Italy

Parole chiave:

Prevenzione, salute, abitudini personali

Keywords:

Prevention, health, personal habits

LA PREVENZIONE VISTA ATTRAVERSO LA PROSPETTIVA DELLE ABITUDINI PERSONALI

Mariani David¹

RIASSUNTO

Le “abitudini” potrebbero essere la chiave di volta nel futuro della salute.

Negli ultimi anni gli scienziati hanno dimostrato che le abitudini personali hanno una grande importanza nel determinare il futuro delle persone.

Fattori come uno stile di vita sedentario, l'abuso di alimenti trasformati e il deterioramento della vita di relazione e il depauperamento dell'ambiente stanno mettendo a dura prova l'adattabilità del corpo umano.

Nuove cronicità stanno sostituendo quelle vecchie, imponendo costi sociali e sanitari molto elevati.

Nuovi strumenti educativi e la consapevolezza del valore delle “abitudini originali” possono consentire un'assistenza sanitaria sostenibile ed efficiente.

ABSTRACT

Habits may be the keyword in the future of health.

In the last years scientist have demonstrated that habits have a great importance on peoples' future.

Factors such as a sedentary lifestyle, abuse of processed food, and deterioration of the social life and the environment are putting a strain on the adaptability of the human body.

New chronic diseases are replacing the old ones and imposing very high social and health costs.

New educational tools and awareness of the original habits' value can allow a sustainable and effective health care.

INTRODUZIONE

I sistemi sanitari di quasi tutte le nazioni del mondo stanno iniziando a verificare l'insostenibilità economica nel lungo periodo dei modelli attualmente in uso.

Negli ultimi 70 anni si è verificata una situazione nuova sul fronte delle malattie; grazie alla ricerca medico farmacologica e al miglioramento delle condizioni igienico sanitarie infatti si è assistito ad un ridimensionamento quasi totale delle malattie che avevano caratterizzato la nostra storia evolutiva.

Virus e infezioni batteriche sono stati contenuti, ed in alcuni casi azzerati, dalla scoperta di vaccini e antibiotici.

Hanno però fatto la loro comparsa - in modo prima silente poi dirompente - nuovi tipi di patologie definite non trasmissibili, caratterizzate dalla cronicità.

Gran parte di esse sono provocate, come ben fotografato da Engel nel 1974, da cattive abitudini indotte da modelli sociali molto competitivi, egoistici e molto orientati al consumismo (anche a danno della salute umana).

Si tratta del modello bio-psico-sociale della malattia.

L'abbandono repentino di abitudini consolidate in centinaia di migliaia di anni ha portato una perdita di equilibrio nell'organismo di milioni e milioni di esseri umani.

Basta confrontare la vita attuale con quella di meno di un secolo fa per capire che "abbiamo cambiato più abitudini in 70 anni che in tutta la storia precedente messa insieme".

Ma a giudicare dai risultati verificati a livello epidemiologico sembra proprio che l'essere umano non sia in grado di adattarsi così velocemente, e stia pagando un prezzo altissimo in termini di disagio, malattia, disabilità e mortalità precoce.

Paradossalmente nei Paesi dove il livello di ricchezza e civiltà potrebbe permettere una vita in piena salute fino ad oltre 90 anni si verifica una vera e propria pandemia di patologie croniche come diabete, ipertensione, sindrome dismetabolica, depressione ed altre, dovute in gran parte da scorretti stili di vita.

Sono inoltre sempre più diffuse malattie derivate dal lavoro come la sindrome da burnout, -inserito proprio dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nell'elenco delle patologie croniche riconosciute - a conferma della crescente difficoltà psicologica che le persone si trovano ad affrontare a causa di uno stress eccessivo.

Proprio lo stress - elemento di per sé propedeutico al miglioramento (eustress) - se enfatizzato e cronicizzato diviene elemento distruttivo per la salute umana (distress) ⁽¹⁾.

La cosa più preoccupante, in via prospettica, è l'anticipazione dell'età in cui si entra in malattia, basta pensare al già citato diabete in cui, di tutti i nuovi malati, circa il 25% è rappresentato da giovani o giovanissimi ^{(2) (3)}.

L'Istituto Superiore di Sanità ci fornisce un panorama desolante: oltre il 40% dell'intera popolazione italiana è già affetta da patologie croniche e le previsioni parlano di crescite significative nei prossimi 10 anni ⁽⁴⁾.

Non basta l'aumento dell'età media a spiegare e giustificare questo fenomeno perché come abbiamo visto nel diabete ad essere colpiti sono anche i giovanissimi.

Importanti studi longitudinali e di epigenetica ci hanno riconsegnato la responsabilità della salute, di cui ogni cittadino dovrebbe farsi carico insieme alla consapevolezza che la stragrande maggioranza degli accadimenti futuri dipende dalle nostre abitudini.

Questo porta ad una considerazione: come persone abbiamo diritto all'assistenza sanitaria, ma non esiste un diritto alla salute, quello dobbiamo guadagnarcelo con comportamenti responsabili, partendo dal singolo per arrivare alle istituzioni

e alle organizzazioni che dovrebbero guidare, attraverso la responsabilità sociale di impresa, i collaboratori e i cittadini verso una cultura diffusa della prevenzione.

DALLE CATTIVE ALLE BUONE ABITUDINI: IL CIRCOLO VIRTUOSO DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Oggi sappiamo con certezza che l'ambiente in cui viviamo, il cibo che mangiamo, le buone relazioni e l'attività fisica - se sfruttati in modo corretto e sostenibile - possono permetterci di eliminare i rischi delle cronicità e mortalità precoce dal 50 all'80%, senza considerare l'enorme impatto economico-sociale che un miglioramento di abitudini porterebbe sulle comorbilità delle persone già ammalate ⁽⁵⁾.

Per molti anni si è creduto che le nostre abitudini individuali impattassero solo sull'individuo, ma da tempo si conosce la potente interazione che c'è - ad esempio - tra il consumo di certi tipo di cibo-prodotti nel settore alimentare la salute umana e l'ambiente.

Gli allevamenti intensivi di carni - ad esempio - sono tra i principali responsabili dei cambiamenti climatici, del consumo di un terzo delle risorse idriche mondiali, del 40% delle emissioni antropogeniche di metano che ha potenziale di riscaldamento globale 23 volte superiore a quello della Co2 e della produzione del 20% dei gas serra.

Gli stessi sono indicati dall'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura come una delle attività che contribuiscono maggiormente ai problemi ambientali su ogni scala, da quella locale a quella globale ⁽⁶⁾.

Gli allevamenti intensivi consumano inoltre, per nutrire animali destinati al macello, il 70% della produzione globale di cereali, sottraendo cibo e risorse alle popolazioni umane più povere.

Questo è solo un esempio di come un cambiamento di abitudini individuali, nel caso una impennata dei consumi di carni rosse provenienti da allevamenti intensivi, possa rappresentare non solo un problema per la

salute umana ⁽⁷⁾, ma anche per il mantenimento del delicato equilibrio dell'ecosistema che ci ospita.

Un'altra conseguenza del processo di industrializzazione del cibo è l'utilizzo massiccio di plastiche usate per il confezionamento, che per decenni sono state prodotte senza alcuna attenzione alla loro biodegradabilità né tantomeno allo smaltimento o al loro riutilizzo.

Oggi stiamo verificando quanto pericoloso sia lo sversamento incontrollato nell'ambiente di materiali estranei al ciclo naturale, e quanto sia necessario un cambio diffuso di abitudini personali.

L'impatto del cambio di consumi alimentari degli ultimi 70 anni - con l'abbandono progressivo del cibo fresco e stagionale a favore del cibo confezionato e lavorato di provenienza industriale - ha avuto come conseguenza una impennata di malattie del metabolismo e di patologie allergiche e autoimmuni.

Il cibo processato, e ultra-processato, contiene sale e zucchero aggiunti, spesso sotto forma di dolcificanti sintetici ed inseriti negli ingredienti per motivi "strategici". Sale e zucchero infatti stimolano l'appetito, sostengono le condotte di pascolamento, la fame compulsiva e la dipendenza da cibo ⁽⁸⁾.

Il microbiota umano però non è preparato a ricevere cibi i cui ingredienti sono in gran parte sconosciuti perché di origine chimica o frutto di raffinazioni/trasformazioni (come nel caso del pane e delle farine bianche dolcificanti, eccipienti...), reagendo come evoluzione prevede con una risposta da infiammazione locale ⁽⁹⁾.

Ma l'infiammazione - risposta organica che nasce come baluardo difensivo straordinario della salute - rischia, a causa della sua cronicizzazione, di diventare oggi un pericolo anziché un alleato.

La stessa cosa vale per l'abbandono dell'attività fisica.

La sedentarietà non è solo un problema di salute individuale (in quarto fattore di mortalità assoluto sul pianeta) ma bensì un grande problema sociale, con ripercussioni sulle famiglie, sul mondo del lavoro e, più in generale, sulla collettività ⁽¹⁰⁾. La sedentarietà, infatti, è causa di un peggioramento della qualità della

vita e porta di ingresso per la depressione ⁽¹⁰⁾. In modo esemplificativo, un aumento dell'attività fisica nella popolazione italiana pari all'1 % porterebbe ad un risparmio economico di 80 milioni di euro di spesa sanitaria e 1,7 miliardi di euro di benefit in termini di valore di vita salvaguardata [monetizzazione della mancata produttività e dei danni morali conseguenti l'evento morte] ⁽¹⁰⁾.

Se si riuscissero a raggiungere le percentuali di attività fisica raccomandate dall'OMS, solo in Italia si eviterebbero 52.000 malattie ogni anno e 23.000 morti, con un risparmio di 1,5 miliardi di euro di sola spesa sanitaria e 32 miliardi di valore della vita salvaguardata (pari al 2% del PIL) ⁽¹⁰⁾.

L'OMS - nel nuovo piano di azione emanato dal report "More active people for healthier world" - prospetta pertanto di perseguire azioni volte alla riattivazione dalla sedentarietà del 10-15% della popolazione mondiale nell'arco temporale 2019-2030 ⁽¹¹⁾.

Nel piano di intervento vengono chiaramente indicate le politiche da seguire affinché la popolazione di ogni età trovi percorsi facilitati per un cambiamento di abitudini.

Non solo si raccomanda di facilitare l'accesso alle attività sportive, ma inquadrando la questione in un contesto molto più ampio, si promuovono la creazione di incentivi alla mobilità sostenibile, all'urbanistica tattica, e a politiche sociali in grado di facilitare la pratica di attività fisica ludica nei bambini e negli anziani.

L'OMS chiede anche di indagare nuovi approcci e metodologie per facilitare l'abbandono della sedentarietà. Tutto questo per cercare di indurre un cambiamento diffuso di abitudini nella popolazione ⁽¹¹⁾.

È infatti necessario un cambio di strategia. Oggi l'attività fisica è vista da molti come uno strumento sì utile, ma faticoso e impegnativo, il cui binomio associato è «sacrificio-privazione».

Tutto ciò è da attribuire in gran parte ad una campagna pubblicitaria e mediatica che attraverso

spot, cinema e televisione ha prodotto, a partire dal dopoguerra, modelli sociali che trasmettevano abitudini negative, esaltando valori come l'ozio, il consumo di tabacco e di bevande superalcoliche.

Anche la vita di relazione e il contesto ambientale hanno subito uno stravolgimento dal 1945 ad oggi. Siamo passati da una vita molto semplice ad una vita molto stressante, le ore trascorse all'aria aperta e alla luce del sole sono via via diminuite, l'utilizzo della luce artificiale ha cambiato moltissimo le abitudini delle persone con una alterazione significativa dei ritmi circadiani radicati da millenni ⁽¹²⁾ ⁽¹³⁾.

La diffusione massiccia di strumenti di comunicazione di massa e del medium tecnologico (media) ha contribuito non solo ad un condizionamento massificato di abitudini negative come pocanzi accennato, ma anche, paradossalmente, ad un maggiore isolamento degli individui, proiettati a coltivare per la maggior parte del tempo relazioni virtuali e fittizie ⁽¹³⁾.

Nel corso del tempo, vere e propri disturbi connessi all'uso del medium tecnologico hanno fatto la loro comparsa (dipendenze da abuso di smartphone, computer e device elettronici).

Non solo danni psicologici, ma danni fisici ⁽¹⁴⁾.

Un utilizzo massivo di questi strumenti digitali sottopone gli occhi ad uno spettro di luce diversa da quella a cui si è stati abituati per millenni, (luce bianco-azzurra), causando danni al sistema nervoso centrale e ad *visus* a causa dell'assenza di adattamento fisiologico a questa nuova condizione ⁽¹⁴⁾.

La luce bianco-azzurra dei dispositivi elettronici sembrerebbe essere associata a numerose patologie oculari, tra cui le maculopatie ⁽¹⁵⁾.

Tecnologia ICT-IoT ha rimpiazzato la mano dell'uomo anche in campo medico, dove è sempre meno previsto il contatto medico-paziente, in alcuni casi con buoni risultati, in altri con effetti iatrogeni (effetto nocebo) ⁽¹⁶⁾ dovuti ad esclusione sociale ⁽¹⁷⁾ ⁽¹⁸⁾.

La comunicazione digitale non sortisce infatti lo

stesso effetto supportivo di quelle di un essere umano ⁽¹⁹⁾.

La comunicazione orale ed il tocco consolatorio della mano di un medico o di un parente promuovono e potenziano a livello cerebrale processi biochimici simili a quelli di un farmaco antidolorifico, la loro assenza sortisce al contrario iperalgesia ^{(16) (17) (18) (19)}.

Empatia, solidarietà e cooperazione sono drivers evolutivi che rivestono una grande importanza per la promozione della salute individuale e dei processi di aggregazione sociale.

Isolamento ed esclusione sociale, al contrario, si qualificano per essere fattori di rischio, vulnerabilità, e mortalità ⁽²⁰⁾.

Di recente, importanti lavori di revisione sistematica della letteratura e di meta-analisi hanno portato alla luce i motivi per cui l'auspicato cambiamento di stili di vita non si sia verificato nel decennio appena trascorso e le ragioni nascoste dietro al fallimento.

Nuovi approcci, basati sull'esperienza diretta e metodologie alternative si fanno strada oggi ⁽²¹⁾.

Queste iniziative basano il proprio intervento sui dati empirici forniti dalla ricerca biomedica, dalle neuroscienze e dalla psicologia ⁽²²⁾.

Il comune denominatore dei nuovi approcci è la mancanza di imposizione e l'utilizzo di strategie multiple.

Con gli strumenti forniti dalla scienza moderna, siamo oggi nella condizione di poter anticipare l'insorgere delle malattie, intervenendo sulle abitudini ben prima del loro possibile manifestarsi.

La perdita di funzionalità, infatti, in moltissimi casi è un indicatore prezioso della traiettoria che la nostra salute sta prendendo, offrendo al professionista la straordinaria opportunità di poter intervenire in via preventiva.

Un esempio su tutti, la perdita di funzionalità

misurabile attraverso test di fitness cardiovascolare (vo2 max) si è dimostrato il principale predittore di mortalità in uno studio prospettico effettuato negli Stati Uniti ⁽²³⁾.

Perdere capacità aerobica vuol dire progressivamente avvicinarsi alla malattia, ma come spesso capita tra l'inizio della perdita di funzionalità e la malattia conclamata esiste una grandissima zona grigia, quella appunto in cui la perdita di funzionalità ci avvisa di una difficoltà in atto e una perdita di equilibrio, segnalata tra l'altro da sintomi concomitanti come la progressiva perdita di mobilità, respirazione affannosa e aumento della frequenza cardiaca basale ⁽²³⁾.

CONCLUSIONI

Per poter promuovere la cultura del “welfare sostenibile”, contenere i costi dell'assistenza sanitaria e limitare i disagi secondari al diffondersi delle patologie croniche, uno dei pochi strumenti che si dimostra essere efficace è stimolare la popolazione ad un cambiamento di stile di vita orientato a sane abitudini e, conseguentemente, promuovere la prevenzione primaria.

Serve quindi che tutti gli operatori della salute siano “informati e formati” su saperi e competenze interdisciplinari ed essere in grado di valutare ed indirizzare la popolazione verso un monitoraggio delle proprie abitudini ⁽²⁴⁾.

Attenzione particolare va prestata a bambini ed anziani che, per ragioni diverse, rappresentano le fasce di popolazione più bisognose.

BIBLIOGRAFIA

1. Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. Psychological stress and diseases. *Jama* 2007; 298(14):1685-87.
2. Rapporto nazionale Passi 2013: diabete. <http://www.epicentro.iss.it/passi/>.
3. Osservatorio ARNO diabete. Il profilo assistenziale della popolazione con diabete. Rapporto 2015. Volume XXIII.
4. AAVV. La salute nelle regioni italiane. Bilancio di un decennio (2005-2015). ISTAT 2019 ISBN 978-88-458-1970-4.

5. De Mei B, Cadeddu C, Luzi P, et al. Movimento, sport e salute: l'importanza delle politiche di promozione dell'attività fisica e le ricadute sulla collettività. Istituto Superiore di Sanità – Rapporto ISTISAN. 18/9 - 2018, ii, 95 p.
6. Carlsson-Kanyama A, González AD. Potential contributions of food consumption patterns to climate change. *Am J Clin Nutr.* 2009;89(5):1704S-1709S.
7. Salter AM. The effects of meat consumption on global health. *Rev Sci Tech.* 2018;37(1):47-55.
8. Avena NM, Rada P, Hoebel BG. Evidence for sugar addiction: behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neurosci Biobehav Rev.* 2008;32(1):20-39.
9. Calder PC, Albers R, Antoine JM, et al. Inflammatory disease processes and interactions with nutrition. *Br J Nutr.* 2009;101 (Suppl 1):S1-45.
10. Colombo E, Senn L. I costi economici e sociali della sedentarietà. *med. sport* 2015;68(2):345-56.
11. AAVV. Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
12. Cinzano P, Falchi F, Elvidge CD. The first World Atlas of the artificial night sky brightness. *Mon. Not. R. Astron. Soc.* 2001;328(3):689-707.
13. Pauley SM. Lighting for the human circadian clock: Recent research indicates that lighting has become a public health issue. *Med. Hypothes.* 2004; 63:588-96.
14. Navara KJ, Nelson RJ. The dark side of light at night: physiological, epidemiological, and ecological consequences. *J Pineal Res.* 2007;43(3):215-24.
15. Renard GJ, Leid J. The dangers of blue light: True story! *J Fr Ophthalmol.* 2016;39(5):483-8.
16. Palermo S. Anticipazione dolorifica. Una possibile via per lo studio dei correlati neurali dell'effetto nocebo. *Rivista internazionale di Filosofia e Psicologia*, 9(3):259-279.
17. Amanzio M, Palermo S. Nocebo effects and psychotropic drug action - an update. *Expert Rev. Clin. Pharmacol.* 2020 in publication <https://doi.org/10.1080/17512433.2020.1722100>.
18. Evers AWM, Colloca L, Bleese C, et al. Implications of Placebo and Nocebo Effects for Clinical Practice: Expert Consensus. *Psychother Psychosom.* 2018;87(4):204-10.
19. Morese R, Lamm C, Bosco FM et al. Social support modulates the neural correlates underlying social exclusion. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2019; 14(6): 633-643.
20. Morese R, Palermo S, Defede M et al. Vulnerability and Social Exclusion: Risk in Adolescence and Old Age. In: Morese, Palermo. *The New Forms of Social Exclusion.* IntechOpen Limited 2019; 2: 11-26.
21. Thaler RH, Sunstein CR. *Nudge. La spinta gentile. La nuova strategia per migliorare le nostre decisioni su denaro, salute, felicità.* Universale Economica Feltrinelli, 2014.
22. Palermo S, Morese R. Introductory Chapter: Neuroscience wants Behaviour. In: Palermo, Morese. *Behavioral Neuroscience.* IntechOpen 2019; 1:3-8
23. Blair SN. Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of health men and women. *Jama* 1989; 262(17):2395-401.
24. AAVV. Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione. Ministero della Salute Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. 2019.

Info Authors :

- ¹ Infermiera Università degli studi di Cagliari
² Infermiera Ambulatorio Cure palliative AOU Cagliari e professoressa del cdl infermieristica Unicagliari
³ Laurea magistrale in giurisprudenza
⁴ Coordinatore Infermieristico Anestesia e rianimazione AOU e professoressa del cdl infermieristica Unicagliari
⁵ Dirigente delle professioni sanitarie AOU Cagliari e professoressa del Cdl infermieristica Unicagliari
⁶ Infermiere in anestesia e rianimazione AOU Cagliari e professore del cdl infermieristica Unicagliari

Parole chiave:

Residenza per l'Emissione delle Misure di Sicurezza (REMS), infermieristica psichiatrica forense, paziente psichiatrico autore di reato

Keywords:

REMS, forensic psychiatric nursing, mentally ill offender

LA RESIDENZA PER L'EMISSIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA (REMS) IN SARDEGNA: STUDIO QUALITATIVO SUL RUOLO INFERMIERISTICO

Montisci Chiara¹, Melis Paola², Francesca Spina³, Massidda M. Valeria⁴, Pinna Maria Rita⁵, Aviles Gonzalez Cesar Ivan⁶

RIASSUNTO

Questo articolo intende raccogliere le attuali prospettive su ciò che caratterizza l'assistenza infermieristica rivolta agli infermi di mente autori di reato, indagando sul vissuto, sull'esperienza e sulla percezione che i professionisti e gli operatori socio-sanitari (OSS) hanno nei confronti del proprio operato. Avendo inoltre la REMS una storia relativamente recente, ed essendo presenti pochi studi che ne analizzino il contesto, si intende cercare di colmare il gap conoscitivo che si riflette nell'attuale vuoto bibliografico presente nel contesto italiano.

MATERIALI E METODI: È stata condotta un'analisi qualitativa, basata sulla fenomenologia, che sfrutta come strumento l'intervista semi-strutturata.

I dati sono stati successivamente analizzati e validati mediante trascrizione, codifica, catalogazione, interpretazione e successiva triangolazione metodologica.

RISULTATI: Dalla raccolta dei dati è stato possibile identificare le 5 seguenti categorie tematiche: formazione e preparazione;

motivazioni e impatto emotivo legati al ruolo nella struttura; fattori che influenzano il ruolo; interazioni tra figure del Caring Team; ruolo e interventi percepiti.

È emerso come non vi siano sostanziali differenze tra infermieri e OSS e come l'approccio verso i pazienti sia improntato sulla cura e sulla riabilitazione.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI: Attualmente non esiste la qualifica di infermiere psichiatrico forense, sebbene in diverse realtà internazionali si stia provando a definirla.

L'approccio assistenziale si è mostrato mutato rispetto al passato, in linea con le moderne leggi umanizzanti vigenti nella psichiatria.

ABSTRACT

This article intends to gather the current perspectives on what characterizes the nursing assistance aimed at the mentally ill offenders, investigating the past, experience and perception that professionals and healthcare assistants (OSS) have towards their work.

Also having REMS a relatively recent history, and being present few studies that analyze the context, we intend to try to fill the cognitive gap that is reflected in the current bibliographic blank present in the Italian context.

MATERIALS AND METHODS: A qualitative analysis, based on phenomenology, was carried out using the semi-structured interview as an instrument.

The data were subsequently analyzed and validated by transcription, coding, cataloging, interpretation and subsequent methodological triangulation.

RESULTS: From the data collection it was possible to identify the following 5 thematic categories: training and preparation; motivations and emotional impact related to the role in the structure; factors that influence the role; interactions between figures of the Caring Team; role and interventions perceived.

It emerged that there are no substantial differences between nurses and OSS and how the approach towards patients is based on care and rehabilitation.

DISCUSSION AND CONCLUSIONS: At present there is no qualification as a psychiatric forensic nurse, although in different international situations he is trying to define it.

The care approach has changed compared to the past, in line with modern humanizing laws in force in psychiatry.

INTRODUZIONE

L'attivazione delle Residenze per l'Emissione delle Misure di Sicurezza (REMS) in Italia fu prevista dalla legge 81/2014, entrata in vigore il 31 marzo 2015, e ha decretato la definitiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) ⁽¹⁾.

Il suo scopo finale è il reintegro sociale della persona inferma di mente autrice di reato attraverso un approccio curativo-riabilitativo.

Questa innovazione ha fatto sì che per il personale infermieristico nascesse una sfida derivante dal nuovo contesto in cui si trova ad operare.

Le diverse pubblicazioni e notiziari riportanti scandali o episodi di cronaca ⁽²⁾, che vedono protagoniste le vite delle persone nell'istituzione manicomiale indicano come in passato l'approccio assistenziale verso il paziente psichiatrico fosse limitato ad una

forma meramente custodialistica.

Nonostante i tentativi di presentare il manicomio criminale come luogo sia di custodia che di cura, tale struttura rappresentava il ricettacolo degli indesiderati ⁽³⁾.

Secondo quanto può essere riscontrato in letteratura, l'obbedienza era il comportamento principale degli internati, dal mattino alla notte ⁽⁴⁾. Anche la vita degli infermieri era scandita da una serie di rigide regole.

Olivia Fiorilli ⁽⁵⁾ osserva come il loro ruolo fosse soprattutto quello di soddisfare i bisogni primari e reprimere ogni atteggiamento considerato inadeguato per l'istituzione, con contenzioni meccaniche, bagni freddi, camicie di forza, celle di isolamento ⁽⁶⁾.

Tali problematiche non hanno riguardato unicamente l'Italia.

Il fenomeno della deistituzionalizzazione, infatti, ha avuto un notevole impatto in tutto il mondo ⁽⁷⁾.

Questo movimento globale risalente alla metà del XX secolo ha indotto alla chiusura, in molte Nazioni, degli ospedali psichiatrici.

Tali strutture sono nate con l'intento di curare le persone affette da patologie mentali ma, a causa dei metodi di riabilitazione discutibili, non sortivano l'effetto desiderato.

Il fallimento degli intenti curativi, e l'attivismo innescato dalle condizioni disumanizzanti, hanno prodotto un modello di cura basato sulla comunità piuttosto che sull'istituzionalizzazione ⁽⁸⁾, modello ripreso dalla REMS.

METODI

Sette infermieri e quattro OSS sono stati intervistati con un'intervista semi-strutturata, composta da 10 domande.

Le interviste sono state condotte dal Dott. Cesar Ivan Aviles Gonzalez, docente di Infermieristica applicata alle disabilità psichiche con una formazione accademica master di primo livello in salute mentale per la medicina di base, laurea magistrale in Nursing research e dottorando in Nursing and Health, la dottoressa Maria Valeria Massidda docente del corso di laurea in infermieristica presso la facoltà degli studi di Cagliari e dalla Dott.ssa Chiara Montisci, allora studentessa.

È stato utilizzato un approccio fenomenologico moderno, secondo lo stile di Husserl, in quanto risulta più idoneo nei casi in cui gli oggetti dello studio siano paure, pensieri, convinzioni ecc. ⁽⁹⁾.

È stato scelto un campione a convenienza fino a saturazione dell'informazione tra gli infermieri e gli operatori socio sanitari che lavorano nella Residenza per l'Emissione delle Misure di Sicurezza (REMS) della città di Capoterra Sardegna, la raccolta dei dati è stata effettuata dal mese di marzo 2017 a ottobre 2018; gli operatori hanno acconsentito ad essere

intervistati e registrati.

I dati sono stati raccolti mediante intervista semi strutturata, gli operatori hanno espresso i propri punti di vista rispondendo alle domande proposte; ogniqualvolta l'intervistato si allontanava dal focus del discorso si ponevano domande per reindirizzarlo sull'argomento principale dello studio.

A ogni intervista è stato assegnato un codice numerico; le interviste sono state ascoltate numerose volte dai tre ricercatori, trascrivendo fedelmente anche le pause fatte dagli intervistati, al fine di evitare idee o giudizi precostruiti.

I dati ottenuti sono stati analizzati e validati mediante trascrizione, codifica, catalogazione in sottocategorie e macro categorie, interpretazione e successiva triangolazione metodologica.

Per poter considerare gli interventi messi in atto come infermieristici, è stato utilizzato il Nurses Intervention Classification (NIC) ⁽¹⁰⁾.

Per garantire il rigore metodologico e la fedeltà dei dati, sono state utilizzate diverse tecniche.

È stata promossa l'analisi individuale da parte dei singoli ricercatori che hanno una formazione in infermieristica, salute mentale e metodologia della ricerca con esperienza nell'ambito della ricerca qualitativa.

Il gruppo di ricerca ha evidenziato gli argomenti da analizzare estraendoli come esemplificativi dell'intervista (TAB. 1).

TAB. 1 - DOMANDE EFFETTUATE DURANTE LE INTERVISTE

1	Quali sono stati gli eventi e le motivazioni che ti hanno portato a lavorare in questa REMS?
2	In cosa consiste l'assistenza che garantisci al paziente?
3	Come descriveresti l'impatto emotivo e la sua evoluzione, durante la tua carriera, determinato dal lavoro con questo tipo di paziente?
4	Quali sono le idee e i sentimenti che nutri verso i tuoi pazienti, e quali sono quelli che ti trasmettono?
5	Quali sono gli eventi che ti hanno segnato maggiormente durante la tua esperienza lavorativa?
6	Come si comportano i pazienti con te e con l'ambiente in generale?
7	Quando insorgono, come affronti le problematiche che nascono tra te, i pazienti e i colleghi?
8	Che tipo di interazioni sociali hanno i pazienti con il mondo esterno?
9	In che modo la struttura favorisce il recupero e il reintegro sociale di questi pazienti?
10	Quale credi che sia il grado di soddisfazione dei tuoi pazienti nei confronti dell'assistenza ricevuta?

IMPLICAZIONI ETICHE

Le interviste, svoltesi all'interno della REMS, sono state autorizzate dalla ASSL Sanluri (CA) e da tutti i partecipanti, i quali hanno compilato e firmato un modulo di consenso.

La collaborazione al progetto è avvenuta in maniera del tutto volontaria, e i soggetti coinvolti hanno avuto la possibilità di interrompere la loro partecipazione in ogni momento.

È stato garantito l'anonimato dei dati, tramite l'utilizzo di una lettera (N per gli infermieri, O per gli OSS) e di un numero per l'identificazione delle figure partecipanti.

Infermieri e OSS sono stati infine messi al corrente riguardo i dati e i risultati ottenuti dall'analisi, per poterne esprimere un'approvazione finale.

FORMAZIONE E PREPARAZIONE

Gli infermieri intervistati hanno iniziato a lavorare nella REMS a partire dalla sua apertura nel 2015. La maggior parte dei professionisti afferma di essere alla prima esperienza di lavoro come infermiere.

Nessun infermiere ha titoli specifici, ad esempio il master in salute mentale-psichiatria; due OSS hanno invece avuto esperienze pregresse in reparti non pertinenti con l'ambito psichiatrico.

Per poter far parte del team della struttura sia infermieri che OSS hanno partecipato a un corso di formazione, previsto dalla legge, per poter affrontare al meglio il nuovo contesto.

Il corso è stato utile sotto diversi punti di vista: da un lato sono state colmate le lacune conoscitive della laurea triennale: *“prima di iniziare questo lavoro eravamo profani tutti quanti (...) all'università si studia, si fa un esame di psichiatria però è tutto diverso da quello che facciamo qua realmente... abbiamo acquisito molte informazioni, molta teoria, molte conoscenze; ci siamo notevolmente acculturati”* (N3).

“abbiamo affrontato argomenti sulla sicurezza, sul superamento degli OPG, sulla gestione dell'aggressività, sull'approccio al paziente psichiatrico autore di reato (...) naturalmente dobbiamo saperci approcciare in maniera naturale...non dobbiamo sfidarlo ma neanche assecondarlo” (N6)

“abbiamo ripassato la farmacologia, e poi abbiamo affrontato l'aspetto relazionale (...) i vari approcci da mettere in atto in varie situazioni (...) non deve essere rigido, non troppo rigido, abbiamo poi dei protocolli su come ci dobbiamo comportare in caso di violenza” (N4)

Dall'altro lato, con il corso sono state placate le preoccupazioni derivanti dalla scarsa conoscenza sulle modalità lavorative:

“abbiamo avuto un grandissimo supporto da parte del personale medico psichiatrico, che ci ha istruiti, rassicurati, e spiegato come approcciarci a questo tipo di paziente” (N5).

MOTIVAZIONI E IMPATTO EMOTIVO LEGATI ALLA STRUTTURA

La motivazione predominante che ha spinto gli infermieri a lavorare nella REMS è stata la necessità di trovare un impiego, condizione che li ha portati ad accettarlo senza indugi.

“è stata la prima chiamata di lavoro che ho ricevuto (...) quindi le motivazioni sono ovviamente le esigenze di lavoro...ero molto spaventata” (N1).

“si cercava lavoro, e questa è stata una delle poche proposte che c'è stata” (N3)

“fondamentalmente sono giunta qui perché non avevo uno stipendio” (N4)

“è stata una delle prime strutture che mi ha contattato per lavorare” (N6).

Per gli infermieri, inizialmente, la REMS è stata vista come un'opportunità, e non come una scelta.

In quattro casi è emerso un grande contrasto tra l'esperienza emotiva iniziale e quella attuale; paure e timori del primo periodo hanno ceduto il posto a emozioni positive. Inizialmente, la paura era spesso verso il paziente, per il suo passato delinquenziale:

N1 alla domanda *“la paura è stata determinata dal fatto che si trattava di autori di reato?”* risponde con un tono deciso *“assolutamente sì!”*. *“temevo di non essere all'altezza del lavoro e di non riuscire a gestire emotivamente questo tipo di paziente” (N3)*

“mi hanno spiegato che avrei dovuto lavorare con pazienti psichiatrici autori di reato (...) la prima reazione è stata “no, io non accetterò mai questo lavoro!” (N2).

In altri casi, sono stati espressi fin da subito curiosità e apprezzamento sia verso la struttura che verso i pazienti:

“inizialmente ho sentito euforia, felicità; ho provato emozione per aver trovato lavoro, un lavoro che certamente non capita tutti i giorni (...) inoltre siamo noi che abbiamo potuto assistere all'inaugurazione della REMS, nessun altro collega potrà ripetere quest'esperienza” (N6).

La paura e l'ansia, tuttavia, possono essere rapportate anche al fatto che, per tutti e sette gli infermieri, si trattava della loro prima esperienza lavorativa. Dunque, oltre all'ignoto riguardante il tipo di utente con cui sarebbero dovuti entrare in contatto, vi era anche l'inesistente esperienza pregressa che ha giocato un ruolo fondamentale.

Tutti gli infermieri, dopo due anni dall'apertura della struttura, hanno deciso proseguire nel loro lavoro con grande entusiasmo, e i pazienti che inizialmente suscitavano paura, oggi provocano reazioni completamente diverse:

“sono persone che sono sofferenti, le emozioni negative le hanno loro non noi, noi siamo fortunati sotto quel punto di vista” (N3)

“qui noi siamo tutti molto gentili non usiamo mai la forza né la rabbia per approcciarci con loro e questo lo riconoscono (...) quando tu sei gentile con loro, loro sono gentili con te” (N4)

“Mi sono appassionata tantissimo (...) con la pratica la paura non c'è più (...) è un lavoro molto molto interessante, molto stimolante” (N2)

“le motivazioni che mi hanno portato ad accettare sono le esigenze di lavoro, ma ciò che mi spinge a restare è l'apprezzamento” (N1);

“i pazienti possono offrire emozioni positive, anche nelle piccole... quando ti ringraziano, quando ti salutano, quando ti chiamano per nome...” (N6).

Per N6 il paziente è: *“un mondo nuovo da scoprire, è un'avventura da esplorare”.*

Il viaggio di scoperta dell'altro, oltre il reato, oltre la malattia, oltre i pregiudizi, permette di capire che alla fine, riportando le parole di N3, *“è vero che sono un*

po' particolari, ma non così particolari come te li immagini... dopo diventa tutto normale e si instaura un rapporto quasi "amicale".

L'aspetto sorprendente è che la paura verso il paziente è stata soppiantata in tutti i casi. Esistono numerose fonti in letteratura, sui servizi psichiatrici forensi, che hanno segnalato l'esistenza di visioni infermieristiche negative.

In Canada, l'autore Kent- Wilkinson segnala che nei casi in cui il reato commesso è stato orribile, alcuni professionisti ritengono che il rispetto per il paziente non sia meritato. Tuttavia, altre fonti confermano quanto si è potuto constatare nella REMS, ovvero che il personale offre un lavoro di qualità basato sull'espressione di positività⁽¹¹⁾, senza lasciarsi influenzare da giudizi etici o personali.

Ad oggi, nella REMS vincono idee e sentimenti positivi; inoltre gli infermieri si ritengono soddisfatti del proprio lavoro. *"penso che lavorare nella REMS sia una bellissima esperienza (...) lavorare qui dentro mi ha proprio cambiato la vita (...) abbiamo un modo di vedere le cose che è applicabile anche fuori (...) il consiglio che do sempre a me stessa è di guardare la situazione da diverse prospettive"* (N1); *"per me questa (la REMS) è una seconda casa"* (N2).

A differenza di quanto espresso dagli infermieri, gli OSS hanno percepito l'incarico, fin da subito, come una sfida; infatti, le emozioni emerse inizialmente, quali l'eccitazione, la curiosità, l'intraprendenza, sono state positive; in un solo caso sono state riscontrate emozioni negative, nella fattispecie l'ansia, verso i pazienti di cui l'intervistato non aveva una chiara idea.

"a differenza di molte persone, io non ero spaventata (...) ero invece molto incuriosita" (O1), *"inizialmente sono stata un po' in ansia; dopo due anni di esperienze impari a vivere questi pazienti in maniera diversa"* (O3).

Emerge dunque come inizialmente i pareri fossero contrastanti; ciononostante, tutti gli infermieri e tutti gli OSS si sono dichiarati soddisfatti del proprio lavoro al momento dell'intervista.

Un membro ad esempio dice *"io, qua, mi sento nel*

posto giusto" (O3).

Tali risultati vanno in contrasto non solo con il malinteso popolare secondo il quale l'ambiente psichiatrico sia stressante, in quanto coinvolge individui imprevedibili e pericolosi⁽¹²⁾, ma anche con diversi studi che indicano come gli infermieri operanti in tali contesti identifichino nella frustrazione il loro primo problema⁽¹³⁾.

Al contrario, nella REMS non si manifestano livelli di stress elevati, né viene fatto cenno alla sindrome di burnout, in linea con diversi studi riscontrabili in letteratura, come quello di Happel e Pikihana⁽¹²⁾.

FATTORI CHE INFLUENZANO IL RUOLO

Il fattore che condiziona negativamente sia la sfera emotiva che il lavoro è il comportamento aggressivo dell'utente, il quale può produrre degli effetti negativi sulla persona, e dei conflitti tra i membri del gruppo.

Quando si sono verificate le situazioni in cui si è manifestato il lato aggressivo degli utenti, gli intervistati hanno descritto il tutto con negatività, affermando di aver provato paura, disagio, ansia, e giungendo a situazioni che hanno fortemente influenzato le loro vite.

Gli episodi di aggressività si sono riversati soprattutto su altri pazienti, ma talvolta le vittime sono stati gli stessi lavoratori.

Per il primo caso, N1 racconta: *"l'evento che mi ha segnato maggiormente è stato l'aggressione di un paziente contro un altro paziente, un paziente molto violento che ha tentato di strangolarne un altro (...) è stata veramente una scena che mi ha segnato particolarmente (...) ho avuto difficoltà a dormire la notte per diversi giorni"*. N2: *"mi ha segnato qualche episodio di violenza che ha determinato in me qualche momento di panico"*

Per quanto riguarda il secondo caso, invece, sono giunte numerose testimonianze concordanti, da parte di quasi tutti gli intervistati, riguardo uno specifico caso che ha turbato la quiete dell'intera

equipe:

“c'è stato un paziente che mi metteva a disagio perché particolarmente violento”, alla domanda “cosa hai sentito?” continua “preoccupazione (...) non ti faceva stare sereno e non ti faceva lavorare bene (...) paura di rovinare l'armonia e la serenità tra i pazienti e quello mi metteva ansia” (N6);

“in un periodo era presente un paziente parecchio aggressivo(...) mi ha tenuto in uno stato di tensione... tensione che è durata parecchi mesi” (N3)

“a qualche mio collega è successo di essere aggredito anche verbalmente, e quindi sono rimasta un po' turbata (...) a volte succede che abbia dei periodi di crisi, di agitazione...e in questi periodi sono presenti agitazione e ansia in generale per tutta l'equipe”(N2).

“ qui è sempre come se fosse il primo giorno perché non ti annoi mai (...) io vengo sempre con molto entusiasmo, io amo questo lavoro, mi piace (...)ma nella struttura era presente un paziente che, se fosse rimasto, mi avrebbe costretto ad andarmene... io non arrivavo più contenta a lavoro, stavo male, mi fa effetto vederlo persino in fotografia (...) mi insultava nove ore tutti i giorni... si era creata una situazione che rischiava di farsi nemici tutti gli altri pazienti perché gli altri mi adorano (...) io ero in tensione per loro, a volte uscivano dalla camera e andavano dritti nella sua”(O1).

INTERAZIONI TRA LE FIGURE DEL TEAM ASSISTENZIALE

Dalle testimonianze degli intervistati emerge la descrizione di un gruppo molto forte e unito; problematiche di ogni tipo vengono discusse con tutta l'equipe e risolte grazie alla comunicazione tra tutti i membri, al fine di trovare una soluzione comune: *“qui si lavora in equipe, non esiste un solo problema che vada risolto in autonomia” (O3); “confrontiamo i nostri punti di vista per cercare di arrivare ad una soluzione in comune, non tendiamo mai ad agire da soli...mai” (N3);*

“se insorgono problemi se ne parla in gruppo (...) la cosa migliore è, come secondo un po' tutti, la condivisione, che è fondamentale per risolvere tutti i problemi... per decidere, ad esempio,

se concedere un caffè ad un paziente o meno se ne discute...si valuta se quel determinato gesto serve per il percorso terapeutico del paziente... sembra banale un caffè ma non lo è perché sono pazienti che hanno delle dipendenze”(N2);

RUOLO E INTERVENTI PERCEPITI

A tutti gli infermieri ed OSS è stato chiesto di descrivere in cosa consistesse il loro ruolo. La maggior parte degli infermieri, nel tentativo di fornire una spiegazione chiara, ha spesso messo a confronto il tipo di assistenza che viene garantito nella REMS con quello offerto in un qualsiasi altro reparto ospedaliero.

Le differenze emerse dal paragone tra queste due diverse realtà hanno evidenziato due dati di fatto: nella REMS la relazione e la comunicazione con l'utente occupano una posizione di primato rispetto alle altre pratiche infermieristiche; il termine “infermieristico” è stato utilizzato per far riferimento all'aspetto puramente tecnico della professione, il quale caratterizza maggiormente gli altri reparti ospedalieri piuttosto che la REMS.

Su quest'ultimo aspetto i professionisti hanno mostrato una certa tendenza a non includere come proprie della sfera infermieristica le attività di natura relazionale, educativa e interpersonale e ad associare il termine “infermieristico” alla componente pratica della professione:

“In questa REMS non si parla di assistenza infermieristica, ma di assistenza al paziente (...) l'infermiere in senso stretto lo si fa, ad esempio, in un reparto di medicina in ospedale, non qua (...) l'assistenza infermieristica è, più che altro, di supporto” e alla domanda “cosa contraddistingue la REMS da un qualsiasi reparto ospedaliero?” continua “ci sono meno interventi tecnici; in ospedale c'è una scaletta da seguire, ad esempio gli orari delle terapie, si vanno a monitorare i segni e sintomi delle eventuali complicanze delle malattie dei pazienti... tanto dipende dal reparto, vi è molta burocrazia... inoltre, OSS e infermieri collaborano sì, ma hanno ruoli ben distinti” (N6); “nella REMS ci lasciamo trasportare da quello che avviene durante la giornata... non abbiamo schemi come nei reparti ospedalieri(...)stiamo sempre a contatto con i pazienti e svolgiamo tantissime attività con loro...l'assistenza consiste quindi principalmente

nel relazionarsi, nel saper ascoltare.

Vi è, chiaramente, la parte infermieristica, che consiste nella somministrazione della terapia, occasionalmente intramuscolare, ma non vi sono numerose richieste infermieristiche” (N2);

“l’assistenza sostanzialmente si basa sulla relazione... di tecnico e prettamente infermieristico c’è solo la somministrazione della terapia”.

All’infermiere viene successivamente chiesto *“saprebbe individuare altri interventi infermieristici?”* e risponde facendo riferimento solo alla componente pratica: *“può capitare qualche volta che qualcuno abbia bisogno di qualche procedura un pochino più particolare come prelievi (...), applicazione di medicazioni, fasciature ma di infermieristico vi è solo la terapia” (N3); “a parte la somministrazione della terapia, che è l’unica cosa che fa parte del nostro ruolo e che facciamo solo noi, qui la nostra assistenza si fonda sulla relazione con il paziente, è la cosa fondamentale, noi facciamo questo in realtà” (N1);*

“del caring infermieristico vi è poco, c’è invece molto supporto personale” (N7).

Anche dalle interviste degli OSS è stata ottenuta prova della netta prevalenza del processo di comunicazione su ogni altro aspetto dell’assistenza, e di come tutto il personale si impegni per garantirla.

Altro dato riguarda la percezione sulle differenze nella struttura tra il ruolo di OSS e di infermiere. Entrambe le categorie hanno dichiarato che tale presunta differenza è pressoché inesistente.

L’operatrice O1 a tal proposito afferma: *“tutto ciò che si pensa di un OSS bisogna cancellarlo, qui siamo tutti OSS ed infermieri”.*

Similmente l’infermiere N6 sostiene che *“nella REMS non ci sono ruoli ben definiti come OSS e come infermiere”.*

Questo è legato, da un lato, al fatto che la maggior parte dei pazienti sono autosufficienti.

Dall’altro, invece, al fatto che il principale compito consiste nel dovere e volere provocare un cambiamento nei comportamenti degli assistiti.

Il voler intervenire sulla sfera mentale rende necessario l’instaurarsi di una relazione, la quale si avvale, come strumento principale, della comunicazione.

Lo scopo dell’equipe, e quindi degli infermieri, è quello di ridurre la sintomatologia e di far sviluppare personalità e capacità relazionali. L’obiettivo finale è il reinserimento sociale della persona.

Il raggiungimento di questo obiettivo si ottiene anche attraverso le uscite dalla struttura che vengono concesse ai pazienti, accompagnati dal personale infermieristico e dagli OSS, previa autorizzazione del magistrato, sulla cui decisione influiscono i pareri che le figure sopracitate presentano.

Una volta ottenuto il permesso, il paziente ha la possibilità di scegliersi l’accompagnatore.

“vengono mostrate delle relazioni sviluppate da tutta l’equipe e successivamente vengono inviate al magistrato che decide se concedere il permesso o meno (...), se gli viene concesso il permesso il paziente decide quali saranno le persone con cui passare del tempo al di fuori...con molti si è creato un bel legame e ti scelgono” (N1); “noi rappresentiamo, per i pazienti, un modello di società in scala ridotta; siamo le uniche persone che hanno, grazie a noi imparano a relazionarsi anche nel mondo esterno, quando per esempio escono dalla struttura sono loro che si relazionano con medici, commessi, barman o altre figure” (N6);

“loro fanno progressi durante le uscite, molte persone sono rimaste reclusi anche dieci anni, e sono uscite solo in questi due anni che sono qui con noi (...) piano piano prendono confidenza con il parlare con persone al di fuori, con il modo, con l’atteggiamento che devono avere con le altre persone” (N2).

Il reinserimento sociale è un obiettivo che viene raggiunto anche attraverso una serie di attività che vengono praticate dagli utenti all’interno della REMS.

Un esempio è fornito dalla musicoterapia che si definisce come l’utilizzo della musica per aiutare l’assistito a ottenere uno specifico cambiamento del comportamento, delle emozioni o della fisiologia.

Questo tipo di terapia è utilizzato in altri contesti psichiatrici forensi, anche fuori dall'Italia. Inoltre, sono stati condotti studi per dimostrarne l'efficacia con esiti del tutto positivi. I risultati della ricerca condotta da Hakvoort Stefan Bogaerts et al. suggeriscono che le capacità di gestione della rabbia sono migliorate in tutti i partecipanti, e che la terapia musicale può accelerare i processi di cambiamento comportamentale ⁽¹⁴⁾.

In un altro studio ⁽¹⁵⁾ è emerso un miglioramento nei rapporti tra i pazienti.

N2 conferma che uno degli scopi è appunto quello di creare un'armonia tra i partecipanti: *“lo scopo è sia imparare a suonare gli strumenti sia stare in sintonia tutti insieme... si cantano dei brani e viene spiegato anche il senso di quello che si canta”*.

Il benessere e la guarigione sono garantite dallo svolgimento di altre attività terapeutiche, sia ludiche che sportive, quali cineforum, ping-pong, calcetto, giardinaggio *“ci sono dei giorni prestabiliti in cui si svolgono determinate attività; il giovedì la psicologa sceglie un film che viene proiettato nella sala.*

Una volta terminato discutiamo con i pazienti sul significato del film o sulle emozioni e sensazioni trasmesse... il film ha uno scopo ed è quello di far riflettere i pazienti su determinate tematiche che l'equipe ha scelto di voler affrontare”(N1);

“organizziamo frequentemente dei tornei di ping pong con pazienti di altre strutture e partite di calcetto alle quali io stesso partecipo...loro sono molto attivi durante queste attività e si sentono coinvolti” (N7).

Gli infermieri, nel descrivere il loro ruolo, hanno individuato altri interventi che corrispondono alle definizioni di alcuni NIC tra cui l'ascolto attivo, la promozione dell'integrità della famiglia e il sostegno in relazione alle risorse economiche.

“l'infermiere deve essere disponibile nei confronti del paziente, saper ascoltare (...) spesso loro vogliono solo parlare, vogliono sfogarsi e vogliono

solo raccontare”(N3); *“noi proviamo insieme a loro a trovare soluzioni alternative alla rabbia, alla violenza (...) li aiutiamo tantissimo nell'instaurare o nel mantenere rapporti con le famiglie (...)”*(N5); *“vorrebbero avere loro la gestione dei soldi (...) li butterebbero (...) un'altra cosa che facciamo qua è insegnare il valore dei soldi”*(N6).

Alla stregua degli infermieri, anche gli OSS assicurano presenza, ascolto, sostegno emozionale, i quali servono per avere una conoscenza approfondita del paziente, al fine di poterne anche prevenire atti autolesivi:

“con il tempo impariamo a conoscere bene la persona; un umore diverso dal solito o l'ascolto di un certo tipo di musica viene associato ad un determinato stato d'animo del paziente.

Questo ci aiuta a prevenire una crisi o un atto autolesivo”.

DISCUSSIONI

Gli interventi messi in pratica all'interno della REMS sono focalizzati maggiormente sull'umanizzazione delle cure piuttosto che sulla detenzione, dimostrando come si sia passati da un approccio custodialistico a uno curativo.

Tra questi, l'ascolto attivo è fondamentale nel contesto psichiatrico, senza il quale la comunicazione e la relazione non possono essere considerate efficaci ⁽²⁰⁾.

Un altro intervento messo in pratica corrisponde al sostegno nella modifica del comportamento, collegato ad attività, quali la musicoterapia, utilizzata in diversi contesti psichiatrici, anche in altri Paesi del mondo, per gestire gli impulsi negativi del paziente.

Diversi studi dimostrano quanto la musicoterapia, nel contesto psichiatrico forense, si dimostri efficace sia nell'accelerare i processi di cambiamento comportamentale ⁽²¹⁾, sia nel migliorare i rapporti tra i pazienti ⁽²²⁾.

Uno studio condotto da Timmons⁽²³⁾, nel quale viene descritto il ruolo degli infermieri psichiatrici in un ospedale ad alta sicurezza in Irlanda, mostra dei risultati analoghi a questo articolo.

La sua indagine ha messo in evidenza come un'elevata percentuale di pratiche infermieristiche siano incentrate sulla comunicazione e sulla creazione di un ambiente terapeutico.

Dallo studio, la tutela dei diritti umani è stata considerata fondamentale dagli infermieri, i quali si occupano anche della sicurezza.

Successivamente, quando è stato chiesto agli infermieri di descrivere l'impatto emotivo, sia iniziale che attuale, non è stato fatto alcun riferimento allo stress e alla sindrome da burnout.

Ciò va in contrasto con altri studi, quali quello di Dickinson e Wright, dove vengono evidenziati quei fattori di rischio che fanno sì che tale sindrome si sviluppi.

I fattori identificati nello studio sovraccitato sono stati principalmente tre: i conflitti interprofessionali, i carichi di lavoro e la mancanza di coinvolgimento nel processo decisionale.

Ad ogni modo, dalle interviste niente di tutto ciò è emerso⁽²⁴⁾.

In altri studi, la principale fonte di stress lavorativo nei contesti psichiatrici forensi è stata individuata nella violenza, rivelando come l'assalto fisico abbia delle conseguenze significative sulla sofferenza psicologica⁽²⁵⁾.

L'unico elemento che, nella REMS, ha infatti creato conflitti tra il personale è coinciso con episodi di violenza, verbale o fisica.

Ciò si dimostra dunque in linea con quanto sostenuto da Happel, Pinikahana e Martin, i quali affermano come in realtà, nel contesto psichiatrico forense, non si manifestino livelli di stress o fenomeni di burnout maggiori rispetto a un qualsiasi reparto ospedaliero.

Tali risultati si discostano dal malinteso popolare che la psichiatria forense sia un contesto più stressante a livello pratico, in quanto coinvolge la cura dei pazienti più pericolosi e imprevedibili⁽²⁶⁾.

Inoltre, infermieri e OSS, nel descrivere il loro ruolo, hanno tralasciato l'aspetto sulla gestione della sicurezza.

Ciò non significa che non vengano messi in atto interventi volti a garantirla; il significato che si deve cogliere, piuttosto, indica che tutto ciò che concerne la relazione con i pazienti è costellato da accorgimenti che, nel complesso, favoriscono la sicurezza degli ospiti, verso sé stessi e il personale stesso.

I limiti dello studio sono legati al fatto che, non essendo presente letteratura relativa all'argomento in questione, e trattandosi di una struttura sviluppatasi solo recentemente, i dati fruibili si limitano alla sola REMS di Capoterra, senza che sia stato possibile comparare questa realtà alle altre presenti sul territorio italiano.

Alla luce di ciò, questo studio non può essere considerato riassuntivo della percezione sul ruolo di infermieri e OSS operanti in tale contesto in tutta la Nazione.

Inoltre, essendo uno studio qualitativo, l'analisi e la raccolta dei dati non possono essere standardizzati, ragion per cui può essere presente l'impronta soggettiva degli autori.

CONCLUSIONI

La REMS possiede una storia relativamente recente, e ciò si manifesta sul piano bibliografico, con un'assenza di letteratura inerente l'argomento.

Anche in altre nazioni l'interessamento per questo ruolo è nato in tempi recenti.

Dal punto di vista infermieristico manca una qualifica specifica che chiarisca la sua identità in tale contesto, essendo una figura non presente né riconosciuta come specialità.

Vi è una netta differenza che contraddistingue l'Italia dagli altri Paesi europei, ove da tempo le sperimentazioni in questo ambito hanno segnato la medicina psichiatrica.

A tal proposito, è attualmente in corso un dibattito volto a stabilire se l'infermiere psichiatrico forense

possa essere riconosciuto come specialità, e sono presenti svariati studi che circoscrivono il ruolo del professionista per dar voce alla categoria in questione.

BIBLIOGRAFIA

1. Casacchia M, Malavolta M, Bianchini V, Giusti L, Di Michele V, Giosuè P, et al. Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new deal for mental health care? *Riv Psichiatr.* 2015; 50:199–209 .
2. Borzacchiello A. *I luoghi della follia. L'invenzione del manicomio criminale.* 1872 .
3. Grassi G., Bombardieri C. *Il policlinico della delinquenza.* Milano: FrancoAngeli; 2016 .
4. De Mattos V. *Una via di uscita.* Merano: Alpha & Beta; 2012 .
5. Maria S, Maria S. *Infermiere in manicomio prima della 180: narrare esperienze tra cura e custodia.* 1978; 23–44 .
6. Ageing H, La I, Basaglia L. *Strumenti e terapie nelle cure psichiatriche: estratti dall'archivio storico dell'ospedale psichiatrico di Girifalco.* 1978 .
7. Jansman-Hart EM, Seto MC, Crocker AG, Nicholls TL, Côté G. *International trends in demand for forensic mental health services.* *Int J Forensic Ment Health.* 2011;10 :326–36 .
8. Jansman-Hart EM, Seto MC, Crocker AG, Nicholls TL, Côté G. *International trends in demand for forensic mental health services.* *Int J Forensic Ment Health.* 2011;10 :326–36 .
9. Nakatani Y, Kojimoto M, Matsubara S, Takayanagi I. *New legislation for offenders with mental disorders in Japan.* *Int J Law Psychiatry.* 2010;33:7–12 .
10. Zhao H, Xue L, Shi Y-W, Knoll J. *Chinese Forensic Psychiatry: History, Development and Challenges.* *J Forensic Sci Med.* 2015; 1:61 .
11. Devnick B. *The forensic mental health nurse: confusion, illusion or specialization? A scoping literature review.* 2010 .
12. Happell B, Pinikahana J, Martin T. *Stress and burnout in forensic psychiatric nursing.* *Stress Heal.* 2003;19:63–8 .
13. Dickinson T, KM W. *Stress and burnout in forensic mental health nursing: a literature review.* *Br J Nurs.* 2008;17:82–87 6 .
14. Hakvoort L, Bogaerts S, Thaut MH, Spreen M. *Influence of Music Therapy on Coping Skills and Anger Management in Forensic Psychiatric Patients.* *Int J Offender Ther Comp Criminol .* 2015;59:810–36 .
15. Choi A-N, Lee MS, Lim H-J. *Effects of Group Music Intervention on Depression, Anxiety, and Relationships in Psychiatric Patients: A Pilot Study.* *J Altern Complement Med.* 2008;14:567– 70 .
16. Dziopa F, Ahern K. *What makes a quality therapeutic relationship in psychiatric/mental health nursing: A review of the research literature.* *J Adv Nurs Pract.* 2009;10 :1–9 .
17. Hakvoort L, Bogaerts S, Thaut MH, Spreen M. *Influence of Music Therapy on Coping Skills and Anger Management in Forensic Psychiatric Patients.* *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2015;59 :810 .
18. Choi A-N, Lee MS, Lim H-J. *Effects of Group Music Intervention on Depression, Anxiety, and Relationships in Psychiatric Patients: A Pilot Study.* *J Altern Complement Med [Internet].* 2008;14(5):567–70. Available from: <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/acm.2008.0006> .
19. Timmons D. *Forensic psychiatric nursing: A description of the role of the psychiatric nurse in a high secure psychiatric facility in Ireland.* *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010;17:636–46 .
20. Dickinson T, KM W. *Stress and burnout in forensic mental health nursing: a literature review.* *Br J Nurs.* 2008;17:82–87 6p .
21. Reininghaus U, Craig T, Gournay K, Hopkinson P, Carson J. *The High Secure Psychiatric Hospitals' Nursing Staff Stress Survey 3: Identifying stress resistance resources in the stress process of physical assault.* *Pers Individ Dif.* 2007;42:397–408 .
22. Happell B, Pinikahana J, Martin T. *Stress and burnout in forensic psychiatric nursing.* *Stress Heal.* 2003;19:63–8 .

IJPDTM

Istruzioni per gli autori

«*Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM)*» è una rivista scientifica che pubblica lavori originali, rassegne, brevi note e lettere su argomenti di medicina, dalla prevenzione alla diagnosi e cura, alla ricerca. La rivista è rivolta non solo ai medici ma anche agli esercenti le professioni sanitarie quali i tecnici di laboratorio biomedico, di anatomia patologica, agli infermieri e a tutte le professioni sanitarie regolamentate per legge.

I contributi non devono essere già stati pubblicati o presentati ad altre riviste. Gli articoli, per favorire una maggiore diffusione, potranno essere presentati in lingua sia inglese (preferibile) che italiana, a parte l'abstract che andrà sempre redatto in ambedue le lingue.

Tutti gli articoli devono essere inizialmente inviati per posta elettronica (alla mail: scientifico@simedet.eu) alla Redazione della Rivista dove saranno sottoposti all'attenzione dei Revisori che si riservano la facoltà di suggerire modifiche o di respingerli. Gli Autori verranno informati delle motivazioni che hanno portato la Redazione a formulare suggerimenti o giudizi negativi. Le opinioni espresse dagli Autori non impegnano la responsabilità della Rivista.

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

I lavori dovranno essere redatti utilizzando Microsoft Word per Windows, carattere Times New Roman 12, interlinea 1.5 e margine 2.5 su entrambi i lati. Mediamente il testo (titolo, Autori, affiliazioni e bibliografia esclusi) dovrebbe prevedere una lunghezza compresa tra 6.000 – 15.000 caratteri, spazi esclusi. Tutte le pagine, compresa la bibliografia, dovranno essere numerate progressivamente e portare indicato il nome del primo autore e le prime parole del titolo dell'articolo; analoga indicazione deve figurare sulle tabelle e sulle figure.

RIASSUNTO:

Il riassunto dovrà essere redatto in Inglese e Italiano e strutturato nelle sezioni: Introduzione/Background, Obiettivi/ Objectives, Metodi/Methods, Risultati/Results, Discussioni/Discussion e Conclusioni/Conclusions. In ciascuna lingua il riassunto dovrebbe prevedere una lunghezza mediamente compresa tra 1000 – 2000 caratteri, spazi esclusi.

PRIMA PAGINA:

Nella prima pagina dell'articolo deve essere indicato il titolo, il cognome e l'iniziale del nome dell'autore o degli autori, l'istituzione di appartenenza di ciascun autore, l'indicazione delle eventuali fonti di finanziamento del lavoro e l'indirizzo completo dell'autore responsabile della corrispondenza. Nella stessa pagina dovranno essere indicate almeno 3 parole chiave.

TABELLE:

Le tabelle dovranno essere riportate in pagine separate dal testo e numerate progressivamente con numeri arabi. La didascalia deve contenere le informazioni necessarie ad interpretare la tabella stessa. La tabella, all'interno del testo, deve essere citata per esteso (es.: Table 1 - Tabella 1). Le tabelle devono essere elaborate in word per Windows, in modo che risultino modificabili. Non devono essere salvate come immagini.

FIGURE:

Le figure devono essere numerate in successione con numeri arabi; le didascalie devono essere separate dalle figure. Per fotografie, disegni, grafici: risoluzione almeno 300 dpi, formato JPEG, TIFF.

Nel caso gli autori intendano pubblicare figure o grafici tratti da altre riviste o libri, dovranno previamente ottenere il permesso scritto dall'autore e dalla casa editrice, copia del quale deve essere inviata alla redazione della rivista; nell'articolo gli autori dovranno indicare le fonti da cui il materiale stesso è tratto.

PRESENTAZIONE DEGLI ARTICOLI:

Nella stesura del lavoro si prevede di seguire la seguente suddivisione: Introduzione/Background, Obiettivi/Objectives, Metodi/Methods, Risultati/Results, Discussione/Discussion, Conclusioni/Conclusions, Riassunto/Abstract, Bibliografia.

Per la descrizione di metodi già noti e riportati in letteratura è sufficiente citare gli articoli originali. Nella presentazione dei risultati si deve evitare di ripetere nel testo i dati presentati nelle tabelle e nelle figure.

Presentazione di un contributo scientifico dedicato alla descrizione di casi clinici di particolare interesse e suddiviso nelle sezioni: introduzione, caso clinico o casistica clinica, discussione, conclusioni, bibliografia.

Il testo (titolo, Autori, affiliazioni e bibliografia esclusi) dovrebbe prevedere una lunghezza compresa tra 3.000 – 4.000 caratteri, spazi esclusi.

LETTERA DI ACCOMPAGNAMENTO:

In una lettera di accompagnamento (da inviare anch'essa all'indirizzo di posta elettronica scientifico@simedet.eu), l'autore responsabile della corrispondenza dovrà dichiarare che tutti gli autori hanno letto e condiviso il contenuto e l'interpretazione del lavoro inviato. La lettera d'accompagnamento dovrà riportare anche la dichiarazione firmata dall'autore responsabile sull'esistenza di rapporti finanziari che configurino un potenziale conflitto d'interesse con le materie trattate nel lavoro stesso.

BIBLIOGRAFIA:

La correttezza e la completezza delle citazioni bibliografiche è sotto la responsabilità degli autori. Le citazioni vanno elencate in ordine progressivo numerico.

Nel testo i riferimenti bibliografici dovranno essere indicati con numeri arabi tra parentesi corrispondenti al numero delle citazioni in bibliografia.

Nella citazione bibliografica, se il numero degli autori è più di 4 vanno citati i primi 3 seguiti da et al; se, invece, sono 4 o meno di 4 vanno citati tutti. La numerazione delle pagine non va abbreviata, ma lasciata per esteso. Il nome della rivista deve essere abbreviato secondo le norme dell'Index Medicus.

CONFLITTO DI INTERESSE:

Il conflitto d'interesse sussiste quando il giudizio professionale su un interesse primario, quale l'interpretazione dei propri risultati o di quelli ottenuti da altri, potrebbe essere influenzato, anche in maniera inconsapevole, da un interesse secondario, quale un tornaconto economico o una rivalità personale. Un conflitto d'interesse non è di per sé antietico. Tuttavia, esso deve essere pubblicamente ed apertamente riconosciuto. Tale riconoscimento non avrà alcun valore ai fini della decisione sulla pubblicazione. Pertanto, in conformità con le indicazioni dell'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) dell'ottobre 2008, all'atto dell'invio di un lavoro per pubblicazione su Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM), nella lettera d'accompagnamento allegata al manoscritto, ciascun autore dovrà dichiarare l'esistenza o meno di legami finanziari (rapporti di consulenza, proprietà di azioni, brevetti o licenze, etc) che possano configurare un potenziale conflitto d'interesse in relazione alle materie trattate nel lavoro stesso. In caso di sussistenza di tali legami finanziari, gli autori interessati dovranno indicarli con una breve ma esauriente definizione. In assenza di conflitto digitare NESSUNO.

BOZZE:

L'autore responsabile del manoscritto il cui contributo sarà accettato per la pubblicazione riceverà le bozze dell'articolo per controllare eventuali errori tipografici. Sulle bozze non potranno essere apportate modifiche sostanziali. La correzione delle bozze solleva la redazione da ogni responsabilità per eventuali errori presenti nel testo.

La rivista è sotto la tutela delle leggi internazionali sulla proprietà letteraria.

LEGGE SULLA PRIVACY:

Nomi e indirizzi e-mail inseriti in questo sito saranno trattati esclusivamente per gli scopi dichiarati di questa rivista e non verranno utilizzati per altre finalità.

IJPDTM

Instructions to authors

The Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM) is a scientific journal that publishes original articles, reviews, notes, editorials and letters focusing on prevention, diagnosis, cure and research in the medical field. IJPDTM journal is designed for health professionals.

Submission of an article implies that the work described has not been published previously and is not currently under consideration for publication elsewhere. To ensure a larger distribution all articles are in Italian and, preferably, English. The abstract must be in both languages.

All manuscripts must be submitted via e-mail to scientifico@simedet.eu and a committee of scientific reviewers will assess the contributions for suitability with corrections where required.

Authors will be informed on the opinion of the reviewers. IJPDTM Journal does not reflect authors' opinions.

SCIENTIFIC CONTRIBUTIONS

Articles must be submitted in Microsoft Word for Windows, Times New Roman font 12-point type, paragraph spacing 1.5 and margin 2.5 on both sides.

Articles are expected to be between 6,000 and 15,000 characters –without spaces– not including title, authors' names, affiliations and bibliography. All pages must be progressively numbered and show the name of the first author and the first words of the title of the article; same procedure must be applied to tables and pictures.

ABSTRACT:

Abstract, in English and Italian, must be arranged as follows: Introduzione/Background, Obiettivi/Objectives, Metodi/Methods, Risultati/Results, Discussioni/Discussions, and Conclusioni/Conclusions. Total length of the abstract for each language should be between 1,000 and 2,000 characters, without spaces.

FIRST PAGE:

The first page of the article must report the title, surname and name initials of the author(s), the institute (each author is affiliated to, details of the sponsor(s), if any, who provided financial support for the research, and full address of the author(s). In the same page at least three key words in Italian and English must be included.

TABLES:

Tables should be separate from the text and progressively numbered in Arabic numerals; explanatory notes must accompany each table with all necessary information. Tables in the text must be labeled without abbreviations (e.g.: Table 1 – Tabella 1) and must be saved in Word for Windows format to allow for editing where necessary. Tables cannot be saved as images.

PICTURES:

Pictures must be progressively numbered in Arabic numerals; legends must be separate from pictures. Photographs, sketches and graphs must have a resolution of at least 300 dpi, format JPEG, TIFF.

PRESENTATION OF THE ARTICLES:

Articles must be arranged with the following headings: Introduzione/Background, Obiettivi/Objectives, Metodi/Methods, Risultati/Results, Discussioni/Discussions, Conclusioni/Conclusions, Riassunto/Abstract, Bibliografia/Bibliography.

When describing well-known methods it will suffice to name the original sources. When reporting results, data already included in tables and pictures should be omitted.

Scientific contributions describing clinical cases of particular interest shall be divided in the following sections: Introduzione/Background, Caso (casistica) clinico/Clinical case, Discussioni/Discussions, Conclusioni/Conclusions, Riassunto/Abstract, Bibliografia/Bibliography.

Texts must have a length of 3,000 to 4,000 characters without spaces, not inclusive of title, authors, affiliations and bibliography.

COVER PAGE:

A cover page should be sent via e-mail to scientifico@simedet.eu. In this letter the author responsible for the submission of a manuscript declares that all coauthors have read and agreed on the content and version of the submitted manuscript. A signed declaration of the author responsible will also be included in the letter, reporting existing financial interests that may be in conflict with the content of the manuscript.

REFERENCES:

Authors will be the sole responsible for the corrected and complete list of citations in the submitted manuscripts. Citations must be in progressive numerical order. Bibliographical references in the manuscript must be numbered by Arabic numerals -in parentheses- in the order in which the corresponding citation appears.

When the number of authors in a citation exceeds four, the first three will be reported, followed by et al; in case the number equals or is less than four, all names must be cited. Page numbering cannot be abbreviated. The name of the journal must be abbreviated according to the Index Medicus guidelines.

DECLARATION OF INTEREST:

A conflict of interest arises whenever the professional opinion on the interpretation of a research could be biased, albeit unconsciously, by secondary interests such as financial or personal reasons. A declaration of interest must be publicly disclosed and it will not determine or influence the final decision on the publication of the work. In accordance with the guidelines of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (October 2008), authors of manuscripts submitted for publication to the Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM) are required to disclose any competing interests in the cover page (including employment, consultancies, stock ownership, patent registrations, grants etc.) that might affect the interpretation of the content of the author's work. If there are no interests to declare, then please state 'Declaration of interest: none'.

PRESENTATION OF THE ARTICLES:

The author responsible for a contribution that has been accepted for publication will receive proofs of the manuscript to check for possible corrections. Substantial changes on the proofs are not permitted. Proofreading is solely the author's duty and will release the Editor from any responsibility.

PRIVACY:

Names and addresses that appear on this site will be treated exclusively for the purposes indicated in this journal and will not be utilized for any other intention.



Rivista Ufficiale della Società Italiana
di Medicina Diagnostica e Terapeutica
(SIMEDET)

Sede legale: Via dei Baldassini, 14 Roma 00163

Recapito telefonico: 3382843188

Web site: www.simedet.eu

E-mail: info@simedet.eu

presidente@simedet.eu

scientifico@simedet.eu

social@simedet.eu

ufficiostampa@simedet.eu