



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

La protesi a doppia mobilità nel trattamento della rizoartrosi

Dott. Roberto Urso

SCIENZE INFERMIERISTICHE

L'infermiere terra mare

Andrea Nicoli

Dott. Gianfranco Verna

Dott. Francesco Verna

PSICOLOGIA

Il meccanismo dello stress possiede solo una funzione omeostatica?

Dott. Massimo Agnoletti

**Servizi
di anticipazione
dell'evento**

Talk show

**Conduzione
giornalistica di
tavole rotonde**

Videointerviste



Medic@live Magazine, il segreto per promuovere un evento e avere successo!

**Professionisti della comunicazione che trasformano il Tuo evento
in un'esperienza grandiosa, in notizia.**

Contattaci per sapere come fare.

SOMMARIO

8

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

La protesi a doppia mobilità nel trattamento della rizoartrosi

Dott. Roberto Urso

13

SCIENZE INFERMIERISTICHE

L'infermiere terra mare

Andrea Nicoli

Dott. Gianfranco Verna

Dott. Francesco Verna

20

PSICOLOGIA

Il meccanismo dello stress possiede solo una funzione omeostatica?

Dott. Massimo Agnoletti

Direttore Responsabile

Salvo Falcone

direttore@medicalive.it

Direttore Editoriale

Annamaria Venere

direttore.editoriale@medicalive.it

Redazione

redazione@medicalive.it

Per inserzioni pubblicitarie

pubblicita@medicalive.it

Grafica e impaginazione

ADV communication

advcommunication.it

Visual designer

Luigi Ugolini

Web designer

Simone Russo

Editore

AV EVENTI E FORMAZIONE S.r.l.

Sede Legale e Operativa

Viale Raffaello Sanzio 6

95128 Catania

Tel. +39 095 7280511

Comitato Tecnico Editoriale

Domenico Antonelli

Antonio Bortone

Carmelo Erio Fiore

Fulvio Giardina

Riccardo Guglielmi

Raffaello Pellegrino

Angelo Rosa

Angelo Russo

Sergio Russo

Maria Zapparella

ISSN: 2421-2180

Medic@live Magazine

è una testata registrata il 14-01-2015

al n. 01-2015 del Registro della Stampa

del Tribunale di Catania

SEGUICI SUI SOCIAL



<https://www.facebook.com/medicalivemagazine>



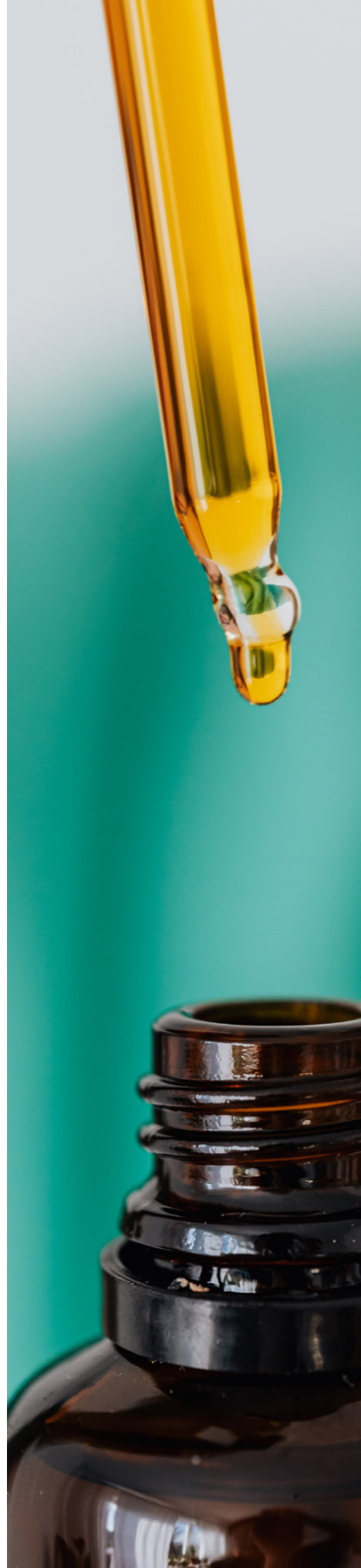
@MedicaliveMag



Segui i nostri servizi sul canale Youtube MEDICALIVE Magazine



medicalivemagazine





SETTEMBRE 2022



2° CONGRESSO "GIORNATE DERMATOLOGICHE IBLEE"

Sede evento: Hotel Poggio del Sole, Ragusa 29-30 settembre e 1 ottobre 2022

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in Dermatologia e Venereologia, Farmacologia, Malattie dell'apparato respiratorio, Medicina Fisica e Riabilitazione, Neurologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Ematologia, Organizzazione dei Servizi Sanitari di base, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria, Radiodiagnostica, Reumatologia; Farmacisti ospedalieri, Farmacisti territoriali, Fisioterapisti, Infermieri, Psicologi.

Crediti ECM 13

OTTOBRE 2022



LA GESTIONE DEL PAZIENTE IPERTESO NELLA PRATICA CLINICA

Sede evento: "RG Naxos Hotel", Giardini Naxos (ME)

Medici Chirurghi (Discipline: Medicina Generale, Medicina Interna, Cardiologia)

Crediti ECM 9,1



ALLERGY & LUNG UPDATE - III Edizione

Sede evento: Hotel Poggio del Sole, Ragusa

Medici Chirurghi specialisti in: Allergologia e Immunologia clinica, Cardiologia, Continuità assistenziale, Dermatologia e Venereologia, Geriatria, Malattie dell'apparato respiratorio, MCAU, Medicina del lavoro, Medicina Generale (Medici di famiglia), Medicina Interna, Neurologia, Organizzazione dei Servizi Sanitari di base, Otorinolaringoiatria

Crediti ECM 7



CORSO DI ALTA FORMAZIONE FAD

Tecniche di valutazione e riabilitazione cognitiva nelle patologie degenerative e traumatiche 1° livello

Sede evento: FAD 29 ottobre, 12 e 26 novembre 2022

Tecnico di Neurofisiopatologia, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Medico Chirurgo Specialista in Neurofisiopatologia, Neurologia, Psicoterapia, Psicologo, Logopedista, Fisioterapista, Educatore Professionale

Crediti ECM 18

NOVEMBRE 2022



5° CONGRESSO ARTEMISIA 2022

Il medico di Medicina Generale 4.0 – La clinica medica integrata con l'informatica

Sede evento: Plaza Hotel, Catania

Medici Chirurghi specialisti in Angiologia, Cardiologia, Chirurgia Vascolare, Continuità assistenziale, Diabetologia e Malattie del ricambio, Gastroenterologia, Ginecologia e Ostetricia, Geriatria, Igiene e Sanità Pubblica, Malattie dell'apparato cardiovascolare, Malattie dell'apparato respiratorio, Malattie infettive, Medicina Generale (Medici di famiglia), Medicina Legale, Neurologia, Organizzazione dei Servizi sanitari di base, Ortopedia e Traumatologia, Otorinolaringoiatria, Psichiatria, Reumatologia

Crediti ECM 5,6



CANCRO E DOLORE: OSSIGENO OZONO, CANNABIS E TERAPIE INTEGRATE

Sede evento: Hotel "Ramada" by Wyndham, Napoli

MEDICO CHIRURGO: Anatomia patologica; Anestesia e Rianimazione; Biochimica clinica;

Chirurgia generale; Cure palliative; Ematologia; Endocrinologia; Farmacologia e Tossicologia clinica; Gastroenterologia; Igiene degli alimenti e della nutrizione; Malattie dell'apparato respiratorio; Malattie metaboliche e Diabetologia; Medicina fisica e Riabilitazione; Medicina generale (Medici di famiglia); Medicina interna; Medicina legale; Neurofisiopatologia; Neurologia; Oncologia; Patologia clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e Microbiologia); Radiodiagnostica; Radioterapia; Reumatologia; Scienza dell'alimentazione e Dietetica; BIOLOGO, CHIMICO, DIETISTA, FARMACISTA, INFERMIERE

Crediti ECM 7



LE ULCERE PERIFERICHE: INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO E IMPLICAZIONI TERAPEUTICHE

Sede evento: Biblioteca comunale di Santeramo in Colle

Medici di Medicina Generale (medici di famiglia) e specialisti in Dermatologia e Venereologia, Chirurgia Plastica, Medicina Fisica e Riabilitazione, Ortopedia e Traumatologia, Reumatologia. Infermieri

Crediti ECM 6



LE PATOLOGIE TRAUMATICHE E DEGENERATIVE DELLA SPALLA

Sede evento: Grand Hotel, Forlì

Fisioterapisti

Crediti ECM 18,5

DICEMBRE 2022



CORSO DI FORMAZIONE ECM PER LA COMUNICAZIONE CENTRATA SUL PAZIENTE

Conversazioni difficili per malattie gravi in Ematologia

Sede evento: Hotel Parco dei Principi, Bari

Medico Chirurgo, Infermiere.

Discipline di riferimento: Ematologia, Geriatria, Malattie Infettive, Medicina Interna, Neurologia, Oncologia, Radioterapia, Anestesia e Rianimazione, Medicina TrASFusionale, Continuità Assistenziale, Cure Palliative

Crediti ECM 21,6



8° FOCUS REUMATOLOGICO

Gestione delle malattie reumatiche nell'era del post-covid

Sede evento: Hotel "Poggio del Sole", Ragusa

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in Dermatologia e Venereologia, Farmacologia, Malattie dell'apparato respiratorio, Medicina Fisica e Riabilitazione, Neurologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Ematologia, Organizzazione dei Servizi Sanitari di base, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria, Radiodiagnostica, Reumatologia; Farmacisti ospedalieri, Farmacisti territoriali, Fisioterapisti, Infermieri, Psicologi

Crediti ECM 9



IMAGING E CLINIMETRIA IN REUMATOLOGIA

XVI Corso di formazione

Sede evento: Aula Magna Torre Biologica, Università degli Studi di Catania

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in Anestesia e Rianimazione, Angiologia, Continuità assistenziale, Dermatologia e Venereologia, Ematologia, Endocrinologia, Farmacologia e Tossicologia clinica, Igiene Epidemiologia e Sanità pubblica, Geriatria, Malattie infettive, Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro, Medicina dello Sport, Medicina Fisica e Riabilitazione, Medicina Interna, Medicina Legale e delle Assicurazioni, Medicina Nucleare, Nefrologia, Neurologia, Oftalmologia, Organizzazione dei Servizi Sanitari di base, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria, Radiodiagnostica, Radioterapia, Reumatologia; Farmacisti

Crediti ECM 11

QUADERNI ECM

STRATEGIE E ABILITÀ DELLA COMUNICAZIONE EFFICACE NELLE PROFESSIONI SANITARIE

Quaderno ECM

Autore: Annamaria Venere

Tutte le professioni sanitarie

Crediti ECM 4

IL LEGAME TRA ALIMENTAZIONE E FIBROMIALGIA

Quaderno ECM

Autore: Simona Repetto

Tutte le professioni sanitarie

Crediti ECM 5

APPUNTI SULLA VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA NIV

Quaderno ECM

Autore: Pierpaolo Prosperi

Medico chirurgo, Allergologia e Immunologia Clinica; Anestesia e Rianimazione; Audiologia e Foniatria; Cardiochirurgia; Cardiologia; Chirurgia Maxillo-Facciale; Chirurgia Toracica; Continuità Assistenziale; Endocrinologia; Epidemiologia; Farmacologia e Tossicologia Clinica; Geriatria; Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica; Malattie dell'apparato Respiratorio; Malattie Infettive; Medicina del lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro; Medicina dello Sport; Medicina di comunità; Medicina e Chirurgia di accettazione e di urgenza; Medicina Fisica e Riabilitazione; Medicina Generale (Medici di famiglia); Medicina Interna; Medicina Legale; Neurologia; Oncologia; Organizzazione dei Servizi Sanitari di base; Otorinolaringoiatria; Pediatria; Pediatria (Pediatri di libera scelta); Radiodiagnostica; Infermiere; Logopedista; Fisioterapista

Crediti ECM 5



La protesi a doppia mobilità nel trattamento della rizoartrosi

Abstract

In the treatment of rhizoatrosis, there is a prosthesis that replaces the trapeziummetacarpal joint and is the closest, in biomechanical planning, to hip prosthesis: a dual-mobility prosthesis for the trapezius-metacarpal joint.

Surgical treatment with articulated prosthesis on rhizoarthrosis can be considered the surgery of the 3rd millennium, as it replaces a large series of interventions that have become obsolete and extremely invasive.



Dott. Roberto Urso

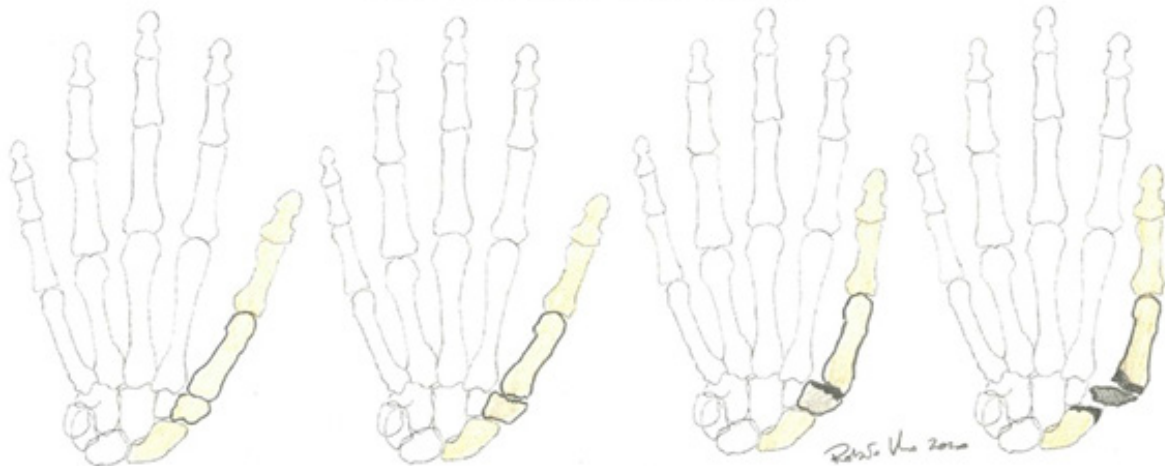
Dirigente Medico U.O. di
Ortopedia e Traumatologia
Ospedale Maggiore, Bologna

L'articolazione trapezio-metacarpale, interessata dal processo degenerativo, è un'articolazione che possiede un elevato grado di mobilità e che consente al pollice di opporsi alle altre dita. Allo stesso tempo, l'articolazione ha una stabilità intrinseca determinata da forti strutture capsulo-legamentose che connettono il trapezio al 1°metacarpo e dai muscoli (in particolare il primo interosseo dorsale, l'opponente e l'abditore lungo di pollice). Il trattamento conservativo della rizoartrosi si riserva nelle forme lievi e negli stadi iniziali (classificazione Eaton I ed Eaton II della patologia), ma fattori determinanti nella scelta del trattamento, ancor più della stadiazione radiografica di Eaton, sono la gravità della sintomatologia riferita, le esigenze funzionali del paziente e l'indicazione del Chirurgo della Mano. Quando il dolore diviene insopportabile e si verifica una perdita significativa della funzionalità si opta generalmente per trattamenti chirurgici. [1]



In questa sessione si entra nel vivo parlando di questa moderna tipologia chirurgica del 3° millennio: l'uso della protesica nella rizoartrosi. Tutti noi siamo abituati a sentire parlare di protesi di anca, protesi di ginocchio, protesi di caviglia e protesi di gomito, ma quando la discussione verte sulla mano, il concetto di protesica non appare conosciuto ai più.

Classificazione di Eaton – Littler



1) Superfici articolari normali della trapezio-metacarpale.

2) Riduzione dello spazio articolare per deficit o lassità dei tendini della articolazione trapezio-metacarpale.

3) Marcato restringimento della rima articolare; formazioni cistiche subcondrali; sclerosi ossea; sub-lussazione del 1° metacarpo rispetto al trapezio, maggiore di 2 mm; articolazione trapezio-scafoidea integra.

4) Deterioramento completo della articolazione trapezio-metacarpale con coinvolgimento della articolazione trapezio-scafoidea.



Nella cura della rizoartrosi esiste una protesi che sostituisce l'articolazione trapezio-metacarpale ed è quanto di più simile ci sia, come progettualità biomeccanica, alla protesi d'anca: una protesi a doppia mobilità per l'articolazione trapezio-metacarpale.

Si parla di somiglianza in quanto così come esiste una coppa acetabolare nell'anca esiste una coppa per il trapezio; lo stelo che viene alloggiato nel femore esiste anche, in misura molto piccola, per la diafisi del 1° metacarpo della mano.

Per quanto riguarda la tecnologia e la metodica, la protesi sulla rizoartrosi, può essere considerata la chirurgia del 3° millennio, in quanto va a sostituire interventi che sono ormai obsoleti e oltremodo invasivi.

La nuova protesica porta ad una restitutio ad integrum della articolazione rovinata, restituendo al paziente una motilità della mano equivalente ad una mano non malata.

[1] L'approccio chirurgico viene indicato in base alla gravità della rizoartrosi, seguendo per questo:

1. la classificazione di Eaton per una precisa diagnosi radiologica
2. l'entità del dolore
3. la limitazione funzionale
4. le prospettive di vita e lavorative del singolo individuo

Oltre che la tecnica chirurgica si vuole mostrare come questa chirurgia sia non solo minimamente invasiva, ma al tempo stesso utilissima nel ridurre, in tempi estremamente brevi, un rientro alle normali attività lavorative del paziente.

case 1

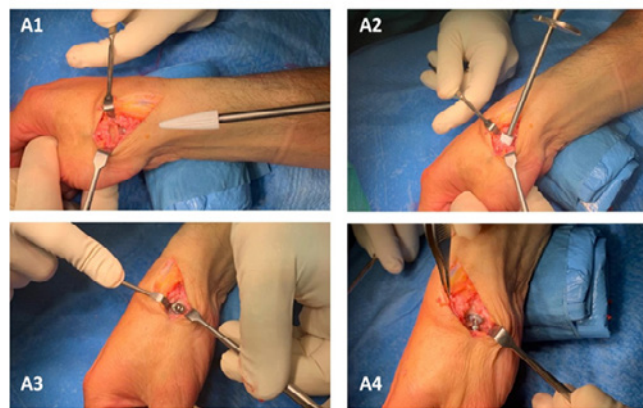
Paziente maschio, in attività lavorativa, affetto da una rizoartrosi bilaterale, più grave a destra, (B1) ma molto più sintomatica a sinistra, non riusciva a svolgere le normali attività lavorative causa il continuo dolore alla base del 1° metacarpo. La situazione peggiore, in questi casi, è la perdita della presa che impedisce qualsiasi attività ed è assolutamente invalidante per chi usa le mani, soprattutto nei lavori fini.

L'incisione avviene a livello della tabacchiera anatomica; si apre la capsula e si espongono la base del 1° metacarpo e la porzione distale del trapezio.

Una volta rilasciata l'articolazione trapezio-metacarpale si esegue una sezione della base del 1° metacarpo di circa 5 mm con la resezione di osteofiti eventualmente presenti e sinovectomia. Successivamente si determina la Posizione esatta del canale midollare e si esegue l'introduzione della fresa. Fatto questo ne con-

segue il posizionamento dello stelo di prova (stesse dimensioni del numero di raspa metacarpica). (A1-A2)

Il 2° step consiste nel trovare, con l'aiuto del BV, la posizione del centro del trapezio usando un filo di Kirschner o una guida di centraggio. (A3-A4-B2) La preparazione della profondità la si fa usando una fresa conica su filo di Kirschner e, fatto questo, si procede all'inserimento di una maniglia della coppa di prova per convalidare il sito di impianto e l'impianto scelto. La dimensione dell'impugnatura della tazza di prova basata sulla dimensione della fresa sferica. Dopo le varie prove, si sostituisce il tutto con lo stelo e la coppa permanente. In ultimo si esegue montaggio del collo permanente. A fine montaggio si eseguono i vari test di mobilità e stabilità.



Nelle immagini B5 e B6 si può vedere come la motilità sia già efficace e non dolente, a soli 5 giorni dall'intervento. La pinza 1°-2° e 1°-3° dito appare già efficace.

case 2

Rizoartrosi di grado III in giovane donna (C1); impossibilità all'uso normale della mano interessata. Intervento di sostituzione protesica a doppia mobilità; controllo Rx nel post-op. (C2); dopo circa 35-40 giorni la paziente era completamente libera. Nella figura C3 il controllo a 1 mese e nella figura C4 la normale motilità della mano operata.

rizoartrosi grado III Eaton-Littler

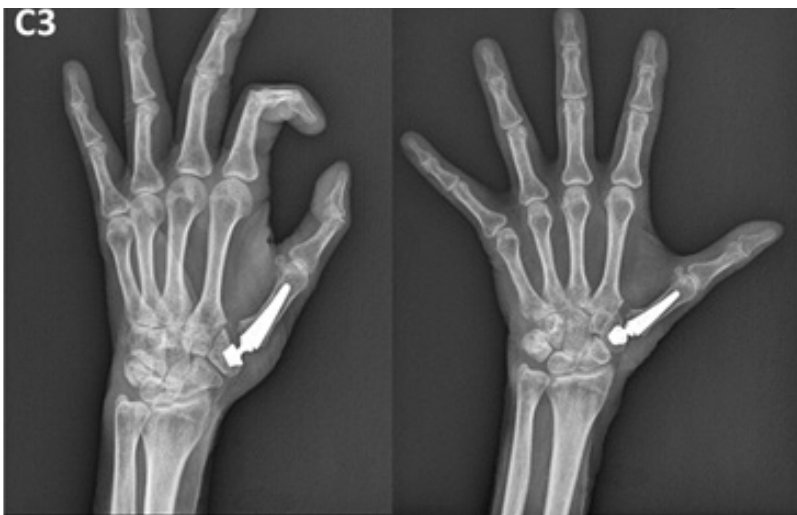
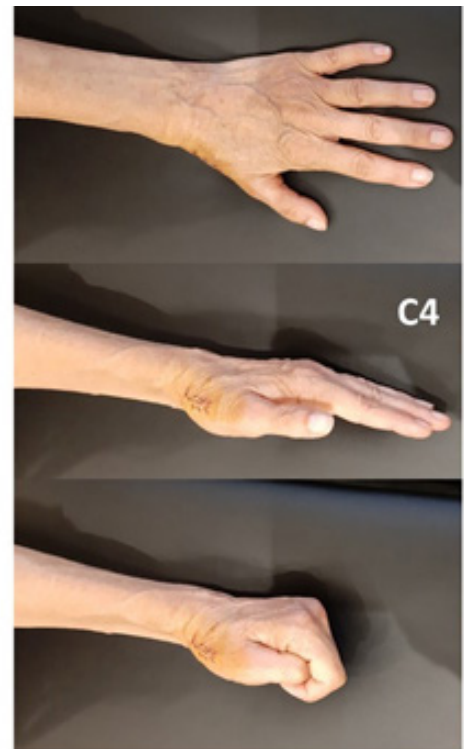


**Controllo post-operatorio**

La rizoartrosi è una patologia estremamente invalidante, nel 20° secolo sono state adottate tante strategie terapeutiche, dalla trapeziectomia, alle trasposizioni tendinee, agli innesti ossei e tanto altro ancora.

Interventi che spesso si dimostravano demolitivi e con risultati alla distanza che non davano la soddisfazione che il paziente sperava di trovare con la chirurgia.

Questo nuovo e rivoluzionario device sfrutta la tecnologia delle moderne protesi e lo stesso principio del press-fit che si usa nell'ambito della protesica non cementata associando il vantaggio della doppia mobilità che tanto miglioramento aveva portato nella protesica dell'anca, ora ereditato dalla protesi trapezio-metacarpale.

**Controllo a 1 mese**

Bibliografia

Kenya Tzuke: Atlas of handsurgery: Fractures and dislocations. chapter 8, MacGraw& Hill Ed. 1988

Pellegrini VD. Pathomechanics of the thumbtrapeziometacarpal joint. HandClin. 2001; 17: 175-84.

Forestier J.: L'ostéoarthritisèchetrapézo-métacarpienne. Presse Médicale. 1937; 45: 315-7.

Beckenbaugh RD, LinnscheidRI.: MP joint of the thumb in Green D. operativeHandSurgery. Churchill Livingstone, New York, 1993.

Haugenik, bøyesen P. imagingmodalities in handosteoarthritis and perspectives of conventionalradiography, magnetic resonanceimaging, andultrasonography. Arthritisresearch&therapy. 2011; 13(6): 248.

Frank Netter: Rheumaticdiseases – Alfred B. Swanson MD, Genevieve De GrootSwanson MD: vol.8 section III, 1990

NOVITÀ



Per usufruire dell'offerta formativa ECM

Vai al sito av-eventieformazione.it e accedi alla pagina quaderniECM. Scegli quello di tuo interesse, registrati alla piattaforma, acquistalo e dopo averlo letto potrai compilare i test di valutazione e gradimento ECM.

Gli attestati sono scaricabili direttamente dalla piattaforma.

QuadernoECM è un libro in formato digitale.



L'infermiere terra-mare



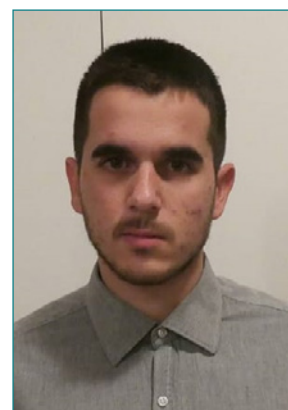
Andrea Nicoli

Studente in Infermieristica
Università G. D'Annunzio, Chieti



Dott. Gianfranco Verna

Dottore Magistrale in Scienze
Infermieristiche e Ostetriche,
Chieti



Dott. Francesco Verna

Dottore in Infermieristica, Chieti

Abstract

Oggigiorno è insita nella società la credenza che l'unica via da seguire per un infermiere sia quella di prestare assistenza con i "piedi per terra". Dopo aver conseguito la laurea triennale molti giovani infermieri hanno un ampio scenario lavorativo percorribile, tuttavia, spesso non si ha consapevolezza di tutte le possibilità a disposizione. Il mare fa proprio parte di queste innumerevoli possibilità, un'esperienza così lontana dal tipico tirocinio "terrestre". Poco conosciuta è, infatti, la figura dell'infermiere presente su navi da crociera, militari e altre tipologie di imbarcazioni conformate a specifiche caratteristiche. Lo scopo di questo articolo è quello di ampliare gli orizzonti lavorativi della professione e valorizzare uno dei tanti campi in cui l'infermiere si può specializzare.

Today there is the thought in society that the only way for a nurse is to provide care with "down to earth". Many young people after completing their bachelor's degree in nursing have many paths that they can choose, but many times they do not know all the possibilities. The sea is part of these countless possibilities, an experience so far from the typical "terrestrial" training. In fact, the figure of the nurse present on cruise ships, military ships and other types of boats is not very well known. The purpose of this article is to raise awareness of every aspect of the nursing profession by broadening work horizons and enhancing one of the many fields in which nurses can specialize.



Introduzione

Il mare, con le sue profondità, i suoi misteri e la sua grandezza ha sempre affascinato ed unito popoli diversi. Già all'inizio del XVIII secolo troviamo svariate testimonianze dove si accertata presenza della figura di un Medico di Bordo, al quale erano affidate le vite dell'equipaggio durante i lunghi viaggi verso le lontane colonie.

Con il passare del tempo, si è sempre più valorizzata l'importanza di avere un'équipe sanitaria multidisciplinare, a tal punto da richiedere delle vere e proprie leggi che garantissero l'assistenza sanitaria sulle diverse imbarcazioni. (1)

Per ovviare al fatto che i medici a bordo erano medici della Marina Militare prestati alla Marina Mercantile, nel 1895 fu fatto un regio decreto (tuttora attivo) in base al quale per iscriversi all'albo dei medici di bordo abilitati è fondamentale sostenere un esame complesso. (2)

È necessario, inoltre, che l'abilitazione avvenga con cadenza quinquennale e richieda competenze in ambito medico-chirurgico, ostetrico-ginecologico e pediatrico. (3)

Successivamente, a livello territoriale, furono emanati diversi decreti come il DM 13/06/1986, il quale ha istituito l'obbligatorietà di garantire un servizio medico su tutte le navi della flotta che operano nel Mar Mediterraneo, ma non solo, infatti altre leggi e decreti simili a questo hanno permesso di sperimentare una vera e propria rivoluzione circa l'approccio sanitario del paziente in maniera olistica.

Stesso punto di partenza, ma traguardi differenti

Prendendo in esame il percorso per diventare infermiere all'interno della Marina Militare, si può certamente affermare che è necessario il superamento di un concorso pubblico per poter intraprendere un nuovo percorso di formazione come ufficiale o sottoufficiale. L'accademia navale di Livorno (secondo accordi con l'Università di Pisa) si occuperebbe del corso per ufficiali, grazie al quale si diventa infermieri di tipo A.

La Scuola Marescialli della Marina Militare di Taranto, come accordato con l'Università di Bari, invece è destinata alla formazione dei Sottufficiali (infermieri di tipo B). L'infermiere di tipo A ha il compito di gestire la parte burocratica ed organizzativa dell'ospedale di bordo, mentre gli infermieri di tipo B hanno il compito di erogare tutte le prestazioni assistenziali infermieristiche. Independentemente dalla tipologia di acca-

demia a cui si aderirà, però, sarà necessaria l'iscrizione all'ordine delle professioni infermieristiche (OPI), come sancito definitivamente dalla legge. 3/2018.

I livelli, o roles, che un infermiere può ricoprire in quest'ambito sono molteplici e altamente specializzati, includono infatti: chirurgia specialistica, medicina iperbarica e subacquea, traumatologia, prevenzione, terapia intensiva, riabilitazione, evacuazione, operazioni di salvataggio subacqueo e non in una situazione di emergenza, ecc... sono richieste, inoltre, competenze circa il combat casualty care, combat nurse e triage militare. (4) (5)

Gli infermieri della Marina Militare operano in Italia e all'estero per missioni di pace o di salvaguardia dello Stato in ambito marino e lungo i porti preservando e garantendo lo stato di salute non solo dell' equipaggio, ma anche delle popolazioni civili (in caso di conflitti o calamità naturali).

Formazione infermieristica su navi da crociera

Il processo di selezione sulle navi da crociera è ben diverso da quello previsto per un infermiere della marina militare, infatti il candidato interessato non dovrà far altro che inviare il proprio curriculum ad un'azienda che selezionerà, per ulteriori prove, gli aspiranti infermieri di bordo.

Tra i diversi step vi sono sicuramente: un test di lingua inglese, diversi colloqui, un corso specifico per marittimi (ad esempio i corsi basic training IMO STCW'95 che comprende un corso PSSR – Personal Safety and Social Responsibilities, un corso di Sopravvivenza e salvataggio, un corso Antincendio Base/Avanzato e un corso di Primo Soccorso Elementare) con un esame finale ed iscrizione alla Guardia costiera. (6)

L'organizzazione dell'assistenza sanitaria nella nave è affidata ad un medical team, questo è costituito da diversi professionisti sanitari in base alle dimensioni della nave, al numero di passeggeri e membri dell'equipaggio. (7)

Indicativamente ci sono da uno a tre medici (dei quali uno deve avere la qualifica di direttore sanitario, mentre gli altri sono medici in subordine/ "primi medici"). Ci sono poi da tre a cinque infermieri a disposizione (di cui uno deve essere un nurse A, mentre gli altri possono appartenere alla categoria B). (8)

L'ospedale presente su queste navi, non può ovviamente competere con uno territoriale. Esso è infatti composto da circa 10 posti letto, una sala visite, una terapia intensiva, una sala radiografica e una farmacia. Diverse testimonianze, come quella di Cristian Fermani, mettono in evidenza la dicotomia che intercorre tra l'infermiere canonico (sulla terra) e quello

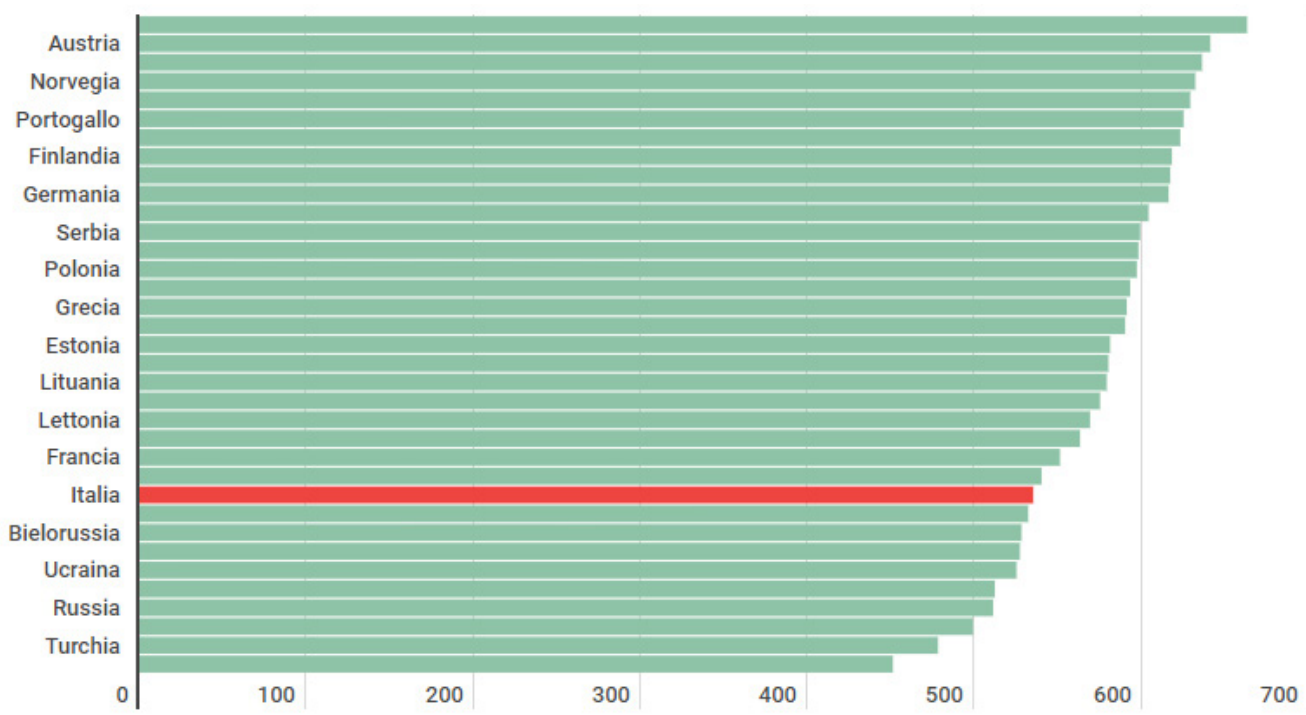


marittimo. In primis si mette in evidenza la differenza circa la reperibilità, la quale (a bordo) è richiesta nella maggior parte dei casi 7 giorni su 7: la mattina dalle 8,00 alle 11,00; il pomeriggio dalle 16 alle 20:00, salvo la presenza di ospiti ricoverati dove è sempre assicurata la presenza di un medico e di un infermiere (a giorni alterni si è reperibili 24h su 24). (9) (10) (11)

Un altro aspetto che differisce tra l'ospedale terrestre e marino è l'incidenza di diversi fattori come Multiculturalità e gestione di situazioni d'emergenza. Fortunatamente grazie alla globalizzazione è aumentata la probabilità di venire a contatto con diverse culture, lingue e tradizioni che hanno permesso un crescente bisogno di scoprire e comunicare con l'altro. (12)

cialmente per due ragioni: la prima riguarda il fatto che gli studi linguistici iniziano molto più tardi rispetto agli altri Paesi e la seconda è che gli insegnanti non sono madrelingua. Secondo i dati del 2021 il 43,5% degli studenti diplomati ha almeno un livello B2 (cioè un livello di conoscenza medio), ma solo il 19,7%, invece, ha una conoscenza dell'inglese di livello A1 o A2 (alta). (13)

Per un infermiere di bordo, però, sarebbe inammissibile non conoscere in modo egregio la lingua inglese proprio perché è inevitabile l'incontro con ospiti di diverse nazionalità (al contrario di episodi sporadici negli ospedali territoriali).



TRUENUMB3RS

L'afflusso di migranti nel nostro paese ha consequenzialmente aumentato la possibilità di incontrare negli ospedali pazienti provenienti da diverse aree del mondo, ma non è aumentata proporzionalmente la consapevolezza che hanno gli italiani della lingua inglese (usata canonicamente per comunicare in tutto il globo terrestre). Come si evince da diversi grafici stilati negli anni, solo una piccola parte della popolazione italiana sa parlare realmente inglese:

Pur essendo cresciuti i livelli di conoscenza dell'inglese in Italia, grazie al sistema scolastico, rispetto agli altri paesi Europei il nostro Paese non eccelle. L'Italia, infatti, è al 26° posto su 35 Paesi europei per conoscenza dell'inglese. In Italia si hanno maggiori difficoltà nel saper utilizzare la lingua inglese, prin-

Questa relazione tra infermiere e le varie contaminazioni etniche, è già insita all'interno del retaggio storico-culturale dell'infermieristica, infatti Madeleine Leininger (14) fonda la sua teoria sul nursing transculturale per rispondere al bisogno di personalizzare l'assistenza in relazione alle diversità tra i popoli. Non bisogna dimenticare, quindi, le radici che hanno permesso la nascita e la crescita della professione infermieristica in modo tale che nel proprio piccolo e nella propria autonomia, ogni professionista (che sia su un'imbarcazione o in una struttura ancorata al terreno) possa contribuire allo sviluppo e all'affermazione di essa.

Il secondo aspetto che diverge tra l'infermiere di bordo e quello "canonico" consiste nel diverso modo di fronteggia-



re le situazioni di emergenza. In mare, il medical team ha il compito di stabilizzare e far evacuare (quando possibile) il paziente. (15) Nelle crociere classiche, si approda ad un porto ogni 24 ore, occasione in cui il paziente può essere trasferito in un ospedale sulla terraferma. Se non è previsto l'approdo, il medico può imporre al comandante di cambiare rotta o organizzare un'evacuazione di emergenza del paziente con un elicottero. Quando la nave affronta una traversata oceanica, in cui per molti giorni non è prevista alcuna sosta, allora il team dovrà sopperire all'emergenza in autonomia. La situazione di emergenza/urgenza in un comune reparto ospedaliero, però, è ben diversa da quella appena trattata in ambito marittimo. Esistono, infatti, numerose linee guida e reti di comunicazione ben organizzate che permettono facilmente l'arrivo degli specialisti (facenti parte del MET) che coordinati al personale di reparto cercano di risolvere la situazione. Il MET (medical emergency team) è costituito solitamente da: 1 medico rianimatore e 1-2 infermieri (appartenenti all' U.O di anestesia e terapia intensiva) che offrono un'assistenza medico-infermieristica efficace a tutti coloro che hanno una variazione dello stato fisiologico che rispecchia diverse caratteristiche:

ACC (arresto cardio circolatorio) o imminente ACC.	Paziente criticamente instabile
Ostruzione delle vie aeree o Arresto respiratorio	Assenza dello stato di coscienza
Desaturazione acuta con cianosi e dispnea.	Assenza del polso carotideo

In una situazione d'emergenza ospedaliera, ogni professionista sanitario ha un compito ben preciso:

1. Primo operatore (infermiere o medico): colui che trova il paziente in una situazione critica di emergenza. Deve chiamare il collega a gran voce e deve avvisarlo della situazione d'emergenza; intanto inizia manovra di BLS senza mai abbandonare il paziente.
2. Secondo operatore (infermiere o medico): una volta venuto a conoscenza della precarietà della vita del paziente, allerta il medico di reparto (se non presente) e si occupa di chiamare il MET attraverso l'apposito numero interno fornendo tutte le informazioni necessarie (se si tratta di urgenza/emergenza; distretto ospedaliero, ecc). Si occuperà inoltre di portare il carrello delle emergenze vicino al luogo in cui si sta verificando l'evento (aiuta il primo operatore durante il BLS) e di gestire le comunicazioni te-

lefoniche, discriminando le chiamate ricevute con valenza secondaria da quelle riguardanti l'emergenza in atto.

3. Terzo operatore: collabora con il medico anestesista rianimatore e si occupa della reperibilità di materiale necessario e farmaci. (16)

Non è tutto oro quel che luccica: infermieri e migranti in mare

Si deve sempre tenere a mente che la professione infermieristica non è solo il "sapere" e il "saper fare", ma anche e soprattutto il "saper essere". Un infermiere senza empatia, rispetto e capacità di ascolto nei confronti del paziente non potrà mai capire la profondità che si cela dietro questa professione.

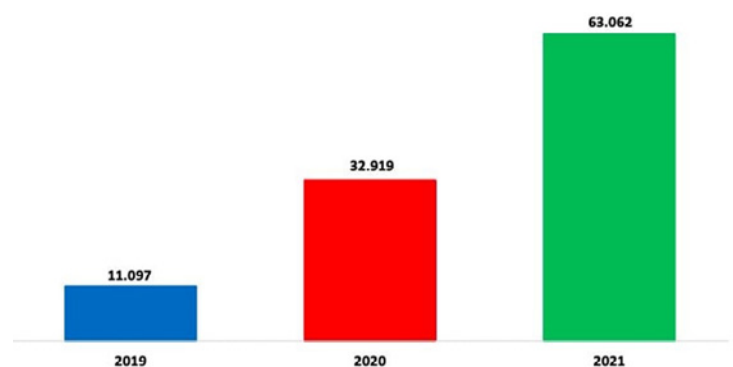
Rispetto a quanto appena affermato, tra gli interventi proattivi che un infermiere può mettere in pratica, per contribuire costruttivamente ai fenomeni migratori marittimi in Italia, vi sono missioni di soccorso in mare. L'aumento d'incidenza dei fenomeni migratori è causato principalmente dalla volontà delle persone di fuggire da guerre, violenze o povertà.

Molti di questi uomini, donne e bambini hanno bisogno di cure mediche, sostegno psicologico e protezione e la professione infermieristica, agendo in modo compatto con le altre figure professionali, può contribuire in maniera incisiva su un gestione ottimale del fenomeno.

Negli ultimi anni, soprattutto nel Mar Mediterraneo, sono aumentati gli immigrati in Italia provenienti dal nord Africa (e non solo). Tutto ciò è documentato, infatti, da numerosi grafici, dove si è evidenziato questo aumento esponenziale: (17)

Tra le varie associazioni che si occupano del soccorso in

Il grafico illustra la situazione relativa al numero dei migranti sbarcati a decorrere dal 1 gennaio 2021 al 10 dicembre 2021* comparati con i dati riferiti allo stesso periodo degli anni 2019 e 2020





mare, vi è MSF (medici senza frontiere) che è un'organizzazione internazionale non governativa la quale è detentrica di numerosi premi prestigiosi (Premio Nobel per la pace, Premio Indira Gandhi per la pace, Premio Lasker per il servizio pubblico). Per mettere in evidenza l'importanza e la difficoltà di questo lavoro, basta leggere i requisiti che ne richiedono l'accesso:

Requisiti indispensabili

- Laurea in infermieristica
- Almeno due anni di esperienza lavorativa recente nel settore
- Conoscenza di inglese e francese – B2
- Disponibilità per 9-12 mesi
- Corso di medicina tropicale riconosciuto dal circuito TropEd oppure significativa esperienza di lavoro in Paesi a risorse limitate.

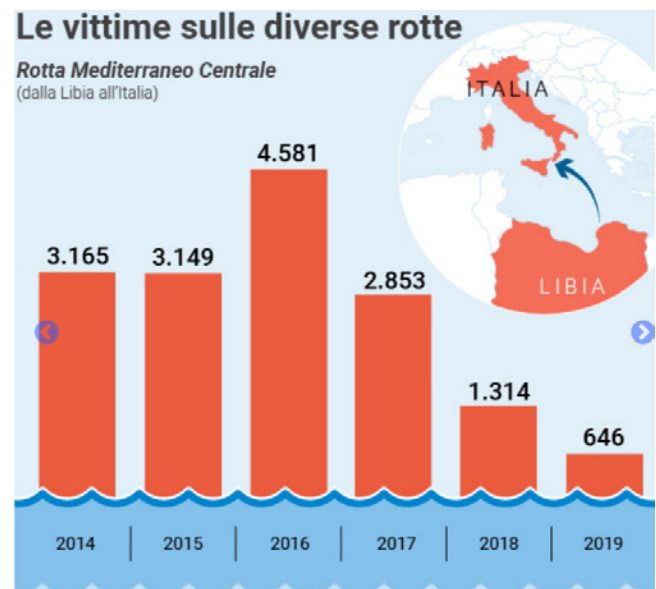
Requisiti preferenziali

- Esperienza in pediatria o neonatologia
 - Esperienza di TBC e HIV/AIDS
 - Esperienza in terapia intensiva e pronto soccorso
 - Esperienza di supervisione e insegnamento
- Solitamente, dopo aver messo al sicuro i migranti dalle preca-

rie imbarcazioni con le quali viaggiano, coloro che richiedono cure specifiche vengono accompagnati presso l'ambulatorio che si trova sulle navi utilizzate da MSF per il soccorso. Le condizioni cliniche che usualmente accomunano la maggior parte dei migranti sono: ustioni (solari o causate dal carburante del motore), disidratazione, ferite lacero-contuse (causate da soprusi subiti nel territorio natio o da risse insorte sulle imbarcazioni stesse), infezioni, stati di gravidanza a rischio... tutte le condizioni cliniche che richiedono un intervento superiore, non potendo essere trattate nell'ambulatorio di bordo, vengono risolte in un ospedale territoriale mediante trasporto in elicottero o motoscafo.

Grazie ai coraggiosi interventi dei numerosi volontari, si è potuto riscontrare un calo ponderale

Nonostante il confortante risultato, a queste associazioni



servono nuovi professionisti (oltre che ingenti fondi) pronti a fronteggiare il fenomeno in prima linea... quindi per ogni lettore che vorrebbe sperimentare questa nuova e difficile esperienza può facilmente seguire le linee guida presenti sulle varie piattaforme online.

Nuovo pericolo sulla rotta: Covid-19

Ormai, questo rinomato virus, è entrato a far parte delle nostre vite e si spera che possa rimanere solo un lontano ricordo. Dopo quasi 3 anni dalla scoperta del primo caso, numerose persone hanno perso la vita a causa di questa immeritata piaga... ma dal 31/03/2022, grazie all'impegno dei cittadini più ligi, delle Autorità e dei numerosi professionisti in campo, si conclude formalmente lo Stato di emergenza (come





annunciato nella conferenza stampa dei ministri Draghi e Speranza). Non bisogna, però, dimenticare tutte le difficoltà riscontrate nell'iniziale gestione del virus, il quale non ha risparmiato nemmeno passeggeri e personale di bordo. In un primo momento, a causa della mancanza di conoscenze e di mezzi appropriati, i pazienti venivano ventilati attraverso presidi aperti che incrementavano in maniera esponenziale il rischio di contagio attraverso l'aero-solizzazione dei droplets emessi dal paziente. Senza contare che, l'assenza di apposite camere provviste di pressione negativa per garantire l'isolamento dell'infecto, ha portato ad una diffusione a macchia d'olio del virus all'interno delle imbarcazioni.

Pur avendo diviso per zone (gialle e rosse), i pazienti con

conclamata infezioni da quelli di dubbia o negativa positività, la carenza di disponibilità di DPI e test di screening ha portato alla morte di numerosi individui. Alcuni canali testimoniano, inoltre, le bizzarre idee proposte durante questi anni di pandemia. Tra queste proposte, vi era quella di utilizzare le navi per la quarantena di coloro che risultano positivi al tampone, oppure per i casi confermati di Covid-19. Quanto appena affermato, sarebbe stato proposto proprio per alleggerire le terapie intensive e reparti di malattie infettive (e non) che hanno rischiato innumerevoli volte il collasso(18).

Bibliografia

1. J. Costello, "Interview with a cruise ship nurse. Interview by Diane Wroblewski", J. Emerg Nurs. 1996 Dec
2. Eilif Dahl, Suzanne Stannard. "Ship's doctor qualifications: a response to the German recommendations", Int Marit Health. 2015
3. N. Nikolić, T. Mavric, B. Troselj-Vukić, N. Radin. "Ship's medicine chest on Yugoslav ship". Bull Inst Marit Trop Med Gdynia. 1990
4. Tarquinio F. "Focus sull'infermieristica militare e progetti per il futuro". Nurse24.it. 10-2021
5. Gentile A. "Il duplice uso sistemico dell'Infermieristica militare nella gestione del trauma maggiore nell'emergenza extraospedaliera". L'Infermiere. 2019
6. Eilif D. "Cruise ship's doctors - company employees or independent contractors?" Int. Marit Health. 2016
7. Giuseppe P. "Storie di infermieri. Lavorare sulle navi da crociera". Nursetime.org. 2015
8. Adoriano S. "Infermieri sulle Navi da Crociera: cosa fanno e come vengono reclutati?". asscarenews.it. 2019
9. Faggiano I. "Navi da crociera, quali sono le professioni sanitarie a bordo? L'intervista al medico di bordo Mauro Salducci". sanitàinformazione.it. 2018
10. Ottomann C. "Ship's doctors qualifications required for cruise ships: Recruiter's comments on the German-Norwegian debate". Int Marit Health. 2015
11. Amenta F. "The International Radio Medical Centre (C.I.R.M.): an organization providing free medical assistance to seafarers of any nationality world wide". Int Marit Health. 2000
12. Fazio D., Ferrari L., Testa S., Tamburrelli F., Marra E., Biancardi M., Palladino P., Marzocchi G.M. "Second-language learning difficulties in Italian children with reading difficulties". Br J. Educ Psychol. 2021
13. Guessoum S.B., Rezzoug D., Touhami F., Bennabi-Bensekhar M., Taieb O., Baubet T., Moro M.R. "Transcultural and familial factors in bilingualism and language transmission: A qualitative study of maternal representations of French-Maghrebi Arabic bilingual children". Transcult Psychiatry. 2021
14. Guillaumet M., "Trans-cultural relationships in treatment situations". Rev Enferm. 2009
15. Di Giovanna T., Rosen T., Forsett R., Sivertson K., Kelen G.D., "Ship-board medicine: a new niche for emergency medicine". Ann Emerg Med. 1992
16. Vannini C., "Medical Emergency Team, cos'è e che funzioni ha il MET". Nurse24.it. 2019
17. Coluzzi T., "Quanti migranti sono sbarcati in Italia nel 2021, i numeri del Viminale". Fanpage.it. 2021
18. Marinaro G. "La nave da crociera pronta a diventare un "ospedale" da mare a Palermo". Agi.it. 2020

Medic@live consiglia

Vittime della violenza di genere

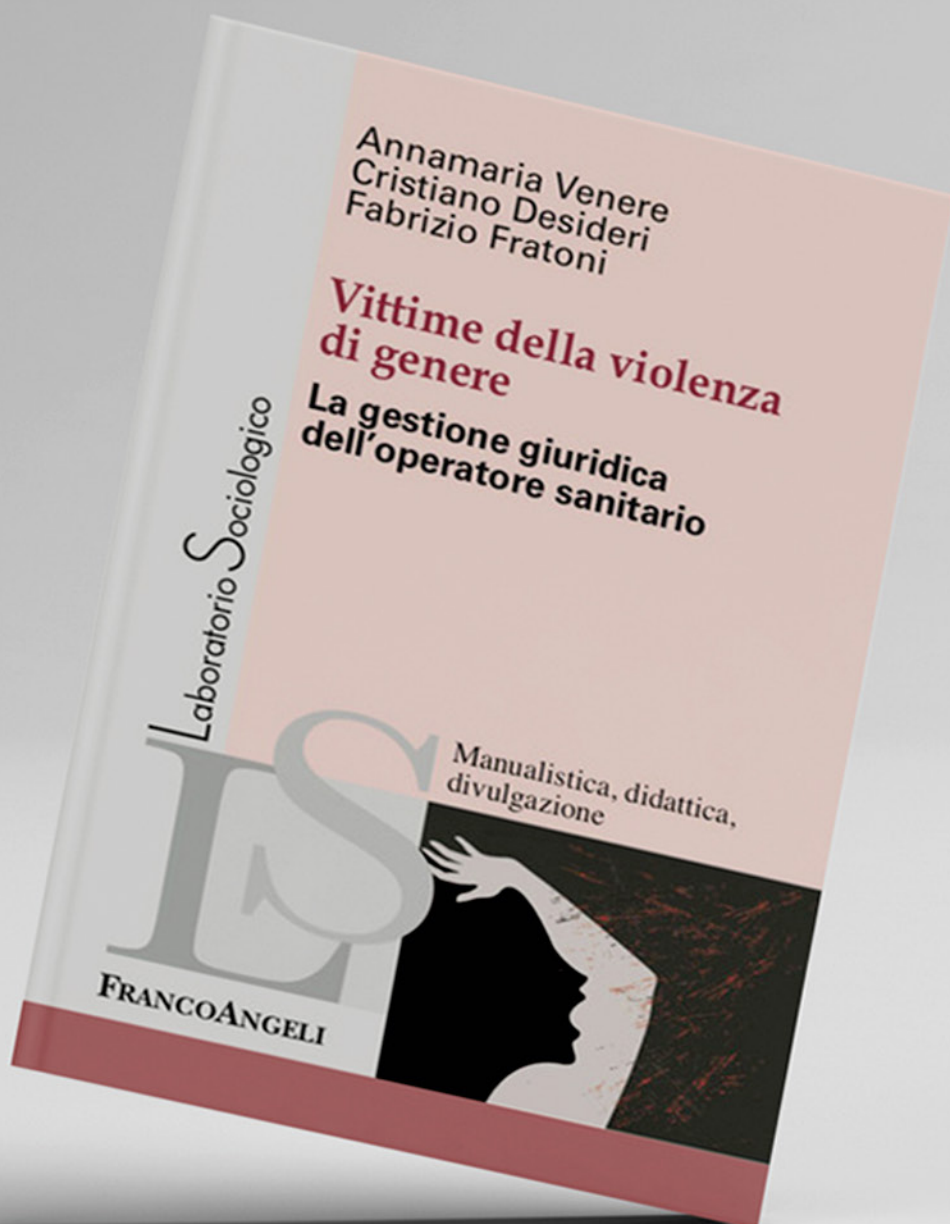
La Gestione Giuridica dell'operatore sanitario

AUTORI

Annamaria Venere

Cristiano Desideri

Fabrizio Fratoni



Sebbene le molte metamorfosi nei rapporti tra i sessi e gli impegni operati sul piano del controllo e della sensibilizzazione, la violenza contro le donne assume proporzioni sempre più allarmanti. È un fenomeno ampio e trasversale che racchiude diverse espressioni e interseca dimensioni eterogenee: contesto culturale e ruoli sociali, rappresentazioni simboliche e potere, vissuti individuali e tratti psicologici. Purtroppo, per ogni donna uccisa per mano di un uomo, all'indignazione e all'orrore, sembra spesso seguire una triste rassegnazione.



Il meccanismo dello stress possiede solo una funzione omeostatica?

La funzione di ripristino dell'omeostasi di molti sistemi psico-neuro-endocrino-immunologici è una funzione fondamentale del meccanismo dello stress ma esiste anche una funzione dello stress finalizzata a fornire energia e risorse per aumentare la complessità dell'organismo nella sua globalità bio-psico-sociale.



Dott. Massimo Agnoletti

Psicologo, Dottore di ricerca
Esperto di Stress, Psicologia
Positiva e Epigenetica.
Formatore/consulente aziendale,
Presidente PLP-Psicologi
Liberi Professionisti-Veneto.
Direttore del Centro di Benessere
Psicologico, Favaro Veneto (VE)





Abstract

Il paradigma attualmente accettato di Stress prevede che esso abbia una funzione adattiva finalizzata a ripristinare uno squilibrio reale o potenziale (percepito in termini di possibile rischio) di uno o più sistemi appartenenti ad una persona intesa come entità bio-psico-sociale.

L'assunto di questa prospettiva è che esista un equilibrio omeostatico (o allostatico), garantito dall'attivazione del sistema dello Stress e che rappresenta uno stato di benessere e salute psicofisica.

Nel modello che propongo, il meccanismo di Stress non è limitato a questa funzione di difesa dall'omeostasi ma include anche la disponibilità di energie e risorse finalizzate a perseguire teleonomie che aumentano la complessità del sistema globale bio-psico-sociale.

Il coinvolgimento del sistema dello Stress per perseguire teleonomie non omeostatiche risulta essere fondamentale, se non necessario, per la comprensione di bisogni umani quali la curiosità, l'esplorazione, l'apprendimento, il flow, la felicità e molti altri tratti fenotipici umani.

The currently accepted paradigm of Stress provides that it has an adaptive function aimed at restoring a real or potential imbalance (perceived in terms of possible risk) of one or more systems belonging to a person understood as a bio-psychosocial entity.

The assumption of this perspective is that there is a homeostatic (or allostatic) balance, guaranteed by the activation of the Stress system and which represents a state of well-being and psychophysical health.

In the model I propose, the Stress mechanism is not limited to this defense function of homeostasis but also includes the availability of energy and resources aimed at pursuing teleonomies that increase the complexity of the global bio-psychosocial system.

The involvement of the Stress system to pursue non-homeostatic teleonomies is fundamental if not necessary for the understanding of human needs such as curiosity, exploration, learning, flow, happiness and many other human phenotypic traits.

Attualmente il modello di Stress largamente condiviso all'interno della comunità scientifica prevede, anche nella specie umana, che vi sia una specifica attivazione psico-neuro-endocrina finalizzata a risolvere una situazione potenzialmente pericolosa per l'omeostasi dell'organismo.

L'equilibrio omeostatico può essere perturbato da un cambiamento interno o esterno all'organismo, da una minaccia reale o potenziale ma la logica del meccanismo dello Stress è sempre quella di ripristinare attivamente un equilibrio precedente l'evento perturbante.

Dal concetto di "ambiente interno" (*"milieu intérieur"*) introdotto dal celebre fisiologo francese Claude Bernard, all'altrettanto famoso fisiologo americano Walter Bradford Cannon che identificò la risposta di "lotta o fuga" messa in atto dagli animali in seguito all'esposizione di una minaccia, allo stesso concetto di Stress descritto da Hans Selye, il contesto di riferimento è rimasto sempre la difesa attiva di un equilibrio omeostatico biologico (statico o dinamico) caratteristico di un organismo in uno stato di benessere psicofisico.

L'equilibrio omeostatico può essere definito come un meccanismo attivo finalizzato a mantenere entro determinati livelli di soglia uno specifico stato biologico (il *"milieu intérieur"* di Bernard) potenzialmente perturbabile da fattori interni od esterni all'organismo ma che è sempre caratterizzato dal medesimo livello di complessità (e quindi non da un suo aumento).

Recentemente molti autori come McEwen (2007), Sapolsky (2006) e Chrousos (2009) hanno ulteriormente raffinato il concetto di base riferito ad un equilibrio omeostatico (o allostatico) con sempre maggiori dettagli fisiologici o molecolari.

Riportando testualmente una recente pubblicazione di Chrousos e Agorastos (Agorastos & Chrousos, 2021) dove i due autori egregiamente sintetizzano il concetto classico di Stress: "Lo stress è definito da uno stato di minaccia all'equilibrio omeodinamico da un'ampia gamma di sfide o stimoli intrinseci o estrinseci, reali o percepiti, definiti come fattori di stress. Per preservare questo stato omeodinamico ottimale all'interno di un intervallo fisiologico, gli organismi hanno sviluppato un sistema altamente sofisticato, il sistema dello stress, che ser-



ve all'autoregolazione e all'adattabilità dell'organismo mediante il re-indirizzamento dell'energia in base alle esigenze presenti." (tradotto dall'originale "Stress is defined as a state of threatened homeodynamic balance by a wide range of intrinsic or extrinsic, real or perceived challenges or stimuli, defined as stressors. To preserve this optimal homeodynamic state within a physiologic range, organisms have developed a highly sophisticated system, the stress system, which serves self-regulation and adaptability of the organism by energy redirection according to the current needs.").

In altre sedi (Agnoletti, 2020a; Agnoletti, 2021b; Agnoletti, 2022) ho sottolineato come questa visione tradizionale del concetto di Stress sia fortemente focalizzata sulla teleonomia puramente biologica (rispetto quella psicologica o socioculturale) e per questo motivo le definizioni di Eustress (Stress positivo) e Distress (Stress negativo) attualmente trovano il loro spazio logico unicamente in funzione della fitness biologica dell'organismo.

A mio parere la versione che prevede il meccanismo dello Stress unicamente come processo finalizzato a ripristinare un equilibrio precedente sebbene sia corretta in questi specifici contesti:

- esposizione ad una minaccia per la sopravvivenza da parte di agenti biologici (batteri, virus, predatori, etc.) presenti (o potenzialmente presenti) nel "qui ed ora" della persona;
- si consideri il significato adattivo dello Stress nel breve termine;
- in cui l'organismo si trovi in una situazione in cui non sta aumentando la propria complessità informazionale (nel caso della specie umana detta complessità riguarda gli aspetti bio-psico-sociali/culturali). Ormai sappiamo da diversi anni che i sistemi biologici sono sistemi informazionali che si modificano nel tempo aumentando la loro complessità (Barbieri, 2003; Miller, 1970; Monod, 1970; Morin, 1985; Prigogine, 1976; Volkenstein & Chernavskii, 1978).

Non risulta adeguata nel descrivere situazioni che prevedono:

- l'assenza di una minaccia imminente (o potenzialmente tale) per la sopravvivenza rappresentata da agenti biologici (batteri, virus, predatori, etc.);
- la valutazione del significato dello Stress (positivo o negativo) in relazione ad alcuni domini biologici (per esempio l'ontogenesi) che molti domini psicologici o socioculturali;
- la valutazione del significato dello Stress (positivo o negativo) in considerazione di dinamiche temporali di medio/lungo termine soprattutto degli aspetti psicologici e socioculturali;





– che l'organismo stia aumentando la propria complessità informazionale (nella specie umana la natura di questa complessità è bio-psico-sociale).

In questa sede è mia intenzione sottolineare che, se è corretto affermare che il meccanismo dello Stress risulta essere fondamentale per comprendere i fenomeni ed i processi che sono finalizzati a difendere l'omeostasi dell'organismo nella sua globalità bio-psico-sociale, occorre chiedersi come spiegare quei fenomeni in cui non ci si trova più di fronte ad uno stato omeostatico ma, diversamente, osserviamo un aumento di complessità informazionale dovuto a necessità teleonomiche bio-psico-sociali.

Per "aumento di complessità informazionale" qui intendo uno stato di un sistema con una complessità (cioè come il numero più breve di istruzioni necessarie per descrivere un sistema) più elevata rispetto lo stato precedente del medesimo sistema mentre con la frase "dovuto a necessità teleonomiche bio-psico-sociali" intendo un aumento di complessità in relazione a bisogni di tipo biologico, psicologico o socioculturale.

In altri termini, esistono evidenti fenomeni di aumento di complessità di ordine biologico (si pensi allo sviluppo embrionale ontogenetico per esempio) o psicologico (si pensi ad esempio a tutti i processi di apprendimento) o socioculturale (per esempio dalla dinamica dei gruppi all'evoluzione tecnologica) che, pur non essendo riconducibili a sistemi omeostatici, riflettono una teleonomia specifica bio-psico-sociale che non può essere spiegata in termini di concetto di Stress solo come meccanismo di difesa o di ripristino di un equilibrio pre-esistente.

Nel momento in cui accettiamo che lo Stress sia un meccanismo con lo scopo di fornire di energia e risorse finalizzate a preservare il nostro equilibrio biologico per garantire il centrale concetto di "*milieu intérieur*", è lecito domandarsi quale possa essere il meccanismo che fornisce energie e risorse al medesimo sistema nella situazione in cui esso però aumenta la propria complessità in termini squisitamente biologici (per esempio quando da zigote diventa un organismo di circa 37,2 trilioni di cellule) e/o in termini psicologici (per esempio apprendendo una lingua straniera, un nuovo sport o leggendo un nuovo libro) e/o socioculturali (per esempio scrivendo un libro o aumentando la propria rete sociale).

Una nuova definizione di Stress potrebbe includere questa nuova categoria di situazioni che fanno assolutamente parte della nostra natura bio-psico-sociale e che infatti soddisfanno precisi bisogni sia specie-specifici che non (per esempio essere felici, giocare, vivere l'esperienza di Flow, la curiosità, l'esplorazione, la necessità di esprimersi creativamente, ecc.).

Ho la sensazione che la straordinaria necessità umana di aumentare di complessità in termini generali bio-psico-sociali sia una caratteristica specie-specifica permessa da una notevole neuro-plasticità che coinvolge sia il piano biologico che psicologico che culturale interessando cambiamenti che vanno dal codice genetico a quello simbolico concettuale.

Una definizione di Stress che include anche il fenomeno di aumento di complessità permetterebbe anche una maggiore chiarezza rispetto la differenza tra Stress Positivo e Stress Negativo perché risulta evidente che almeno una specifica categoria di esperienze che aumentano la nostra fitness biologica sono caratterizzate dall'essere uno Stress Positivo associato ad un aumento della complessità del sistema bio-psico-sociale (si pensi alle Esperienze di Flow, le Esperienze Eudaimoniche, tutte le esperienze di apprendimento connotate da Motivazione Intrinseca, ecc.) (Agnoletti & Formica, 2021).



Va da sé che in questa visione più estesa di Stress, la dimensione del significato acquista un ruolo fondamentale e necessario (Agnoletti, 2022; Agnoletti, 2021a) per comprendere realmente la differenza tra Stress Positivo e Negativo (si pensi, ad esempio, in riferimento alla Motivazione Intrinseca vs quella Estrinseca).

Questo nuovo paradigma dello Stress è in opposizione con la visione riduzionistica dello Stress che prevede che le sue dinamiche siano riconducibili unicamente ad aspetti quantitativi (Agnoletti, 2021a; Agnoletti, 2021b; Agnoletti, 2020a; Agnoletti, 2020b; Agnoletti, 2019).

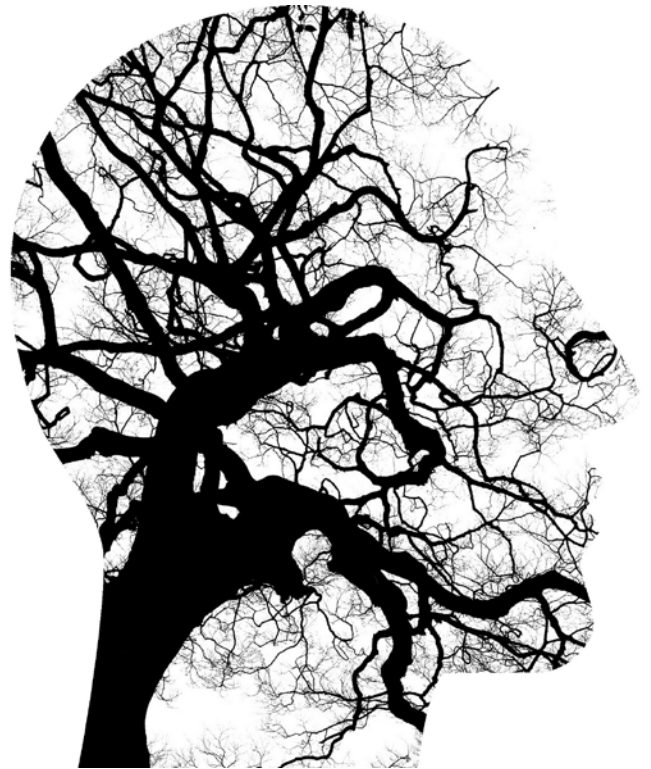
Esemplificando quest'ultimo paradigma quantitativo: "lo Stress" è Positivo solo quando è "poco" frequente anche se è intenso (acuto) diversamente, quando è prolungato, anche se di bassa intensità (cronico), è comunque sempre Negativo.



La potenza esplicativa di un paradigma dello Stress esteso anche ai contesti non omeostatici è potenzialmente molto maggiore anche se dobbiamo abbracciare una definizione più articolata rispetto quella attualmente disponibile ma rappresenta l'unico percorso concettuale che ci permette di spiegare con maggiore precisione la complessità della nostra natura bio-psico-sociale.

Come qualsiasi strumento più complesso del precedente richiede generalmente un tempo inizialmente maggiore per essere utilizzato con efficacia, il nuovo paradigma dello Stress che incorpora anche i contesti non omeostatici richiederà un certo tempo per essere compreso appieno ma ci permetterà di fare luce su alcuni fenomeni complessi specie specifici umani che finora non hanno trovato un adeguato spazio esplicativo nel paradigma attuale.

Sebbene più articolato e complesso rispetto il precedente, il nuovo paradigma dello Stress che spiega sia le dinamiche omeostatiche che quelle dove vi è un aumento di complessità sarà in grado di fornirci nuovi modi di promuovere la salute ed il benessere psicofisico.



Bibliografia

Agnoletti, M. (2022). Il moderno concetto di stress necessita di concettualizzare ed operazionalizzare anche lo stress positivo. *State of Mind*, 1.

Agnoletti, M. (2021a). La dimensione del significato è necessaria per comprendere la distinzione tra eustress e distress. *Medicalive Magazine*, 9, 8-15.

Agnoletti, M. (2021b). Il meccanismo dello stress non ha solo una funzione difensiva. *Medicalive Magazine*, 3, 21-28.

Agnoletti, M. & Formica, S. (2021). Physiological and epigenetic implications of Positive Emotions. chapter in *Positive Psychology*, Aleksandra Kostic & Derek Chadee (Editor), Wiley-Blackwell, USA.

Agnoletti, M. (2020a). La differenza tra stress positivo e negativo non è solo di natura quantitativa. *Medicalive Magazine*, 11, 25-30.

Agnoletti, M. (2020b). La differenza tra stress positivo e negativo non è solo di natura quantitativa. *Medicalive Magazine*, 11, 25-30.

Agnoletti, M. (2019). Nove principali errori nella visione riduzionistica dello stress. *Medicalive Magazine*, 10, 16-21.

Barbieri, M. (2003). *The Organic Codes*. Cambridge: Cambridge University Press. Trad. it. (2000), *I Codici Organici*. Ancona: PeQuod.

Cannon, W.B. (1929). Organization for physiological homeostasis. *Physiological Review*, 9(3), 399-431.

Chrousos G. P. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Na-*

ture reviews. Endocrinology, 5(7), 374–381. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2009.106>

Charmandari, E., Tsigos, C. & Chrousos, G. P. (2005). Neuroendocrinology of stress. *Ann. Rev. Physiol.* 67, 259–284.

McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiol. Rev.* 87, 873–904.

Miller, J.G. (1970). *Living Systems*. New York: Mc-Graw-Hill. Trad. it. (1971), *La teoria generale dei sistemi viventi*. Milano: Franco Angeli.

Monod, J. (1970). *Le hazard et la nécessité*. Parigi: Seuil. Trad. it. (1970), *Il caso e la necessità*. Milano: Mondadori.

Morin, E. (1985). *La via della complessità*. In G. Bocchi, M. Ceruti (a cura di) (1985), *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli.

Prigogine, I. (1976). *Order Through Fluctuations. Self-Organization and Social Systems*. In E. Jantsch & L.H. Waddington (a cura di) (1976), *Evolution and Consciousness. Human Systems in Transition*. Reading (Mass.): Addison-Wesley.

Sapolsky, R. (2006). *Perché alle zebre non viene l'ulcera?* Orme Editore, Milano.

Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Butterworth's, reading, Massachusetts.

Volkenstein, M.C., & Chernavskii, D.S. (1978). Information and Biology. *Journal of Social and Biological Structures*, 1,1, 69-86.





fatti vedere.

advcommunication.it

agenzia pubblicitaria <

web agency <

web marketing <

video e multimedia <

eventi <

ufficio stampa <

editoria e formazione <

ADV
ADV communication



Specialisti della formazione **FAD**

info@av-eventieformazione.it – Tel. 095 728 0511





Invita Medic@live al tuo congresso

pubblicita@medicallive.it

MEDIC@LIVE
Magazine