

## Riassunti di Medicina di Comunità

**Comunità:** è costituita da un gruppo di soggetti che vivono in una determinata area, che sottostanno alle stesse regole e che hanno in comune obiettivi, norme, valori, risorse, organizzazione. In una comunità ci sono micro-comunità (es., immigrati).

Comunità come:

- Luogo d'azione -> si può fare assistenza sia a livello di ospedale, che a livello di comunità
- Oggetto di assistenza -> oggetto di interesse medico

Gli extra-comunitari, in media, hanno più problemi di salute degli altri membri di una comunità -> varie cause:

- Condizioni socio-economiche ed igieniche
- Cultura
- Diffidenza a rivolgersi a strutture sanitarie locali
- Assenza di permesso di soggiorno
- Sovraffollamento
- Condizioni di lavoro malsane

4 ambiti di salute della comunità:

1. **biologia umana:**
  - patrimonio genetico
  - processo di sviluppo
  - processo di invecchiamento
2. **ambiente**
  - disponibilità di acqua, cibo, aria, protezione (prerequisiti alla salute)
  - igiene (controllo degli inquinanti, smaltimento dei rifiuti, prevenzione malattie infettive)
  - aspetti sociali (sicurezza, condizioni socio-economiche, scuola ed educazione, cultura, lavoro, risorse, servizi)
3. **comportamenti e stili di vita** (fumo, alcol, droga, stile di guida, abitudini alimentari e sessuali, igiene, esercizio fisico)
4. **organizzazione sanitaria** (rete di assistenza):
  - ospedali
  - distretti (medici di famiglia, poliambulatori, ASL, ...)
  - servizi di salute mentale
  - dipartimento di prevenzione
  - strutture intermedie (hospice, RSA, ...)

La mortalità dopo il primo anno di vita è influenzata da (nei Paesi industrializzati):

1. 50% stile di vita
2. 30% biologia umana
3. 15% fattori ambientali
4. 5% organizzazione sanitaria

---

1980: prima edizione della ICIDH (Classificazione Internazionale della Menomazione, della Disabilità e dell'Handicap). È uno strumento statistico, di ricerca, clinico, di politica sociale e d'educazione.

3 concetti fondamentali:

1. **Menomazione**: perdita o anomalia anatomica, fisiologica o psicologica di struttura o funzione sul piano anatomico, fisiologico o psicologico. Es., amputazione gamba.
2. **Disabilità**: perdita o riduzione, conseguente a menomazione, della capacità di compiere un'attività nel modo e nei limiti considerati normali per un essere umano. Es., diabete insulino-dipendente (iniezioni giornaliere di insulina).
3. **Handicap**: situazione di svantaggio sociale, conseguente a una menomazione o a una disabilità, che limita o ostacola l'individuo a esplicare un proprio ruolo nella società e nella famiglia in funzione di età, sesso, fattori culturali e sociali. È la socializzazione della menomazione.

Schema lineare unidirezionale irreversibile:

menomazione -> disabilità -> handicap

1999: seconda edizione della ICIDH. Viene considerato anche l'ambiente, come causa del passaggio disabilità -> handicap.

Modello bio-psico-sociale: diagnosi + ambiente = disabilità

2001: **ICF** (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute). Vengono considerati:

- gli stati di salute (funzionamento e disabilità: funzioni e strutture corporee, attività e partecipazione) -> modello medico (disabilità come problema causato da malattie/traumi)
- gli stati correlati alla salute (fattori economici, sociali, razziali e religiosi: fattori ambientali, fattori personali) -> modello sociale (disabilità come problema causato dalla società)

stati di salute + stati correlati alla salute -> disabilità: limitazioni delle attività (difficoltà che si incontrano nell'esecuzione di attività) o restrizioni della partecipazione (problemi nelle normali situazioni di vita).

Cosa fare con un paziente con una menomazione?

**Riabilitazione**: ha lo scopo di portare il soggetto disabile a recuperare il maggior grado di autonomia possibile, compatibile col suo stato.

Bisogna intervenire sia dal punto di vista sociale, che dal punto di vista sanitario.

Bisogna considerare sia programmi riabilitativi generali, che un progetto riabilitativo individuale.

Strumenti di valutazione in riabilitazione: scala FIM (Functional Independence Measure), scala indice di Barthel.

Figure professionali coinvolte nella riabilitazione: fisiatra, fisioterapista, logopedista, psicologo, terapeuta occupazionale, infermiere della riabilitazione, ...

Riabilitazione:

1. trattamento fisio-riabilitativo
2. favorire un adattamento alla nuova situazione
3. insegnare dei cambiamenti comportamentali
4. interventi ambientali e sociali (assistenza domiciliare, fornitura di ausili, eliminazione barriere architettoniche, assistenza socio-familiare, ...)

Fasi della riabilitazione:

1. prevenzione del danno secondario e delle menomazioni (fase acuta della malattia)
2. riabilitazione intensiva (fase post-acuta)
3. completamento del recupero e del progetto di riabilitazione
4. mantenimento e prevenzione del degrado

Malattia: risposta dell'organismo a un insulto esterno.

**Malattie immunitarie**: malattie immunologicamente mediate, sregolate o dirette contro Ag self.

Malattie del connettivo: lupus eritematosus sistemico, artrite reumatoide, sclerodermia

Malattie del sangue: anemia aplastica

Malattie del sistema endocrino: tireopatie autoimmuni, diabete mellito insulino-dipendente (I tipo)

Malattie del SNC: miastenia gravis, sclerosi multipla

Malattie dell'apparato respiratorio: sarcoidosi

Malattie dell'apparato digerente: malattia celiaca

Malattie del rene: glomerulonefriti da immunocomplessi e da auto-Ac

Problemi di:

- diagnosi
- terapia
- supporto -> livello familiare e di territorio
- lavoro e autosufficienza

**Malattia allergica** -> compare quando l'esposizione a un allergene provoca un'anomala reattività dell'organismo -> ipersensibilità.

**Allergeni** -> sostanze che danno reazione IgE-mediata. Ci può essere segregazione familiare (atopia).

Allergeni:

- da inalazione (pollini, acari, derivati animali)
- da ingestione (alimenti, farmaci)
- da iniezione (veleno di insetti, farmaci)
- da contatto (cosmetici, sostanze chimiche, farmaci)

Manifestazioni cliniche dell'allergia: rinite, asma, dermatite atopica, eczema, orticaria, allergia alimentare, ipersensibilità, anafilassi, shock.

**Fattori di rischio**:

- esogeni: tabagismo, inquinamento ambientale, scarsa esposizione a malattie infettive nell'infanzia
- endogeni: alterata clearance muco-cigliare, deficit enzimatici, alterate difese immunologiche dell'apparato respiratorio, iperattività bronchiale

**Prevenzione**:

- primaria: allontanamento allergeni
- secondaria: utilizzo di farmaci che bloccano reazioni da ipersensibilità

**Malattia:**

- entità biologica -> organo
- entità clinica -> individuo
- entità sociale -> comunità

Per evitare il passaggio disabilità -> handicap, bisogna eliminare barriere fisiche, culturali e relazionali.

**Dimensioni della malattia:**

- durata
- gravità (impegno clinico, prognosi)
- disabilità (alterata funzione, alterata struttura)
- handicap (visibilità, limitazione sociale, barriere e pregiudizi)
- famiglia/gruppo di appartenenza: è tutta la famiglia/comunità che tira fuori le energie e le risorse per far guarire il malato

Fattori che influenzano l'impatto della malattia:

- relativi al soggetto (età, età di comparsa, durata della malattia, carattere, stabilità affettiva)
- relativi alla famiglia (stabilità relazionale ed economica, livello culturale, attese sul paziente)

La famiglia è importantissima per far superare la malattia al paziente.

L'adulto diventa disabile; ha già ultimato lo sviluppo.

Il bambino è già da subito disabile; vive lo sviluppo con la sua disabilità, che condiziona lo sviluppo.

Curare la disabilità è più difficile nel bambino, che nell'adulto.

### Legge 104/92 (sulle disabilità)

Art 1 -> finalità (diritto alla dignità umana, libertà e autonomia dei portatori di handicap)

Art 2 -> principi generali (che devono essere applicati da regioni e comuni, che definiscono i dettagli di applicazione dei principi generali)

Art 3 -> soggetti aventi diritto (portatori di disabilità)

### Azioni principali legge 104/92:

- **Prevenzione** (ricerca, prevenzione primaria e diagnosi precoce, informazione e comunicazione)
- **Recupero** (a carico del SSN; lo strumento è la riabilitazione)
- **Tutela** (a carico del SSN; gli strumenti sono ausili e presidi, informazioni sui servizi)
- **Integrazione sociale** (assistenza sanitaria e sociale domiciliare (ADI), provvedimenti per favorire accesso a edifici e mezzi pubblici)
- **Inserimento lavorativo** (formazione, lavoro in strutture sovvenzionate, assunzione obbligatoria)
- **Istruzione e scuola** (dall'asilo nido all'università; nessun handicap limita il diritto all'istruzione)

---

### Prima del 1978 non esisteva il SSN, ma solo molteplici strutture autonome:

- Ospedali
- Enti mutualistici
- Manicomi
- Laboratori di igiene e profilassi
- Medico provinciale
- Medico condotto
- Uffici sanitari comunali
- Dispensari

Aspetti negativi:

- Impossibilità di fare programmazione dei servizi
- Disparità del trattamento degli assistiti (mutue)
- Accentuazione del momento terapeutico a scapito di quello preventivo

- Squilibrio nella distribuzione territoriale dei servizi

Dalla fine degli anni '60 al 1978 -> varie leggi e riforme

**Legge 833/78 -> nascita SSN:**

- Globalità degli interventi
- Uguaglianza dei cittadini
- Superamento degli squilibri territoriali
- Partecipazione dei cittadini alle decisioni
- Prevenzione
- Efficienza

Vengono create le USL, alle quali viene attribuita la gestione complessiva delle attività sanitarie.

Aspetti negativi:

- Lentezza nell'individuazione e nell'attivazione delle USL
- Mancanza di programmazione sanitaria a livello nazionale
- Appesantimento e rallentamento burocratico
- Costi non contenuti
- Eccessivo peso dei partiti politici nella gestione

**D.L. 502/92 -> perfezionamento legge del '78:**

- Aziendalizzazione USL -> ASL
- Obbligo di pareggio del bilancio
- Cambiamento del sistema di finanziamento
- Divisione ospedali in 2 categorie: aziende ospedaliere e ospedali presidi delle USL

Ciascuna ASL ha al suo interno distretti, consultori, ambulatori, ecc.

Le aziende ospedaliere sono strutture scorporate, autonome.

Dipartimento di prevenzione -> servizi di:

- Igiene pubblica
- Tutela alimenti e bevande
- Prevenzione e sicurezza in ambienti di lavoro
- Medicina veterinaria

Distretto -> articolazione dell'ULSS, dove si realizza un'integrazione tra servizi sanitari e sociali, per soddisfare i bisogni socio-sanitari della popolazione.

Deve servire almeno 60.000 abitanti.

Fornisce prestazioni di I livello e molto frequenti.

Ha attività preventive, curative e riabilitative.

Figure professionali di un distretto:

- Medico di base
- Psicologo
- Psichiatra
- Ginecologo
- Assistente sociale
- Infermiere
- Logopedista
- Pediatra
- Ausiliari
- Amministrativi
- Medici specialisti poliambulatoriali

Oggi si lavora per progetti, con assegnazione di budget in funzione degli obiettivi da raggiungere.

---

**Educazione alla salute** -> interventi di educazione della popolazione (o di suoi gruppi) a compiere procedure atte a minimizzare il rischio di ...

Questi interventi hanno target e scopi vari, ma hanno in comune il fatto di voler instaurare/modificare e mantenere nel tempo dei comportamenti che prevengono malattie o migliorano la qualità della vita.

L'informazione non basta.

I nostri comportamenti sono innati e trasmessi dai nostri antenati tramite i geni. I comportamenti istintuali sono fondamentali per la conservazione dell'individuo e della specie.

Il comportamento è influenzato da:

- **Storia individuale** (esperienze, valori)
- **Storia naturale** (biologia)
- **Storia sociale** (cultura, organizzazione, norme)

Per cambiare i comportamenti non basta l'informazione, ma bisogna agire su tutti e 3 gli ambiti

I cambiamenti che si vogliono ottenere devono essere:

- Volontari
- Ben accettati
- Ottenuti con consenso
- Partecipati (dalla società, dal gruppo di amici/familiari)

2 tipi di diagnosi

- Epidemiologica -> problemi di salute. Serve per capire se il progetto che abbiamo in mente è motivato dai numeri e dai dati statistici ed epidemiologici.
- Sociologica -> problemi sociali. Quando si fa un intervento sulla salute della comunità, bisogna anche considerare le sue reazioni.

Le campagne di educazione alla salute sono influenzate da entrambi i fattori (epidemiologici e sociologici). Es., l'AIDS è un problema epidemiologicamente meno grave, ma sociologicamente più sentito degli incidenti stradali -> perciò ci sono cmq molte campagne contro l'AIDS.

Per programmare un intervento di educazione alla salute:

1. si sceglie un problema di salute
2. si fa un elenco dei fattori di rischio per quel problema
3. si scelgono i comportamenti a rischio
4. si sceglie un particolare comportamento a rischio che si vuole eliminare

Fattori:

- predisponenti -> informazione (es., modi di trasmissione dell'HIV)
- facilitanti -> condizioni oggettive per comportarsi a quel modo (disponibilità e accessibilità) (es., ci sono distributori di profilattici in zona)
- rinforzanti: positivi (gratificazione nel comportarsi in un certo modo) e negativi (scotto da pagare se ci si comporta nel modo opposto)

**Rischio relativo (RR)** =  $\text{incidenza esposti} / \text{incidenza non esposti}$

Dà un'idea dell'eventuale associazione tra fattore di rischio e malattia

**Rischio attribuibile (RA)** =  $\text{incidenza esposti} - \text{incidenza non esposti}$

Dà un'idea della diffusione del fattore di rischio nella popolazione (quanti sono gli esposti nella popolazione)

Nella pianificazione di interventi sanitari a livello di popolazione si tiene conto del rischio attribuibile, non del rischio relativo.

Bisogna compiere una serie di diagnosi:

---

1. diagnosi sociologica
  2. diagnosi epidemiologica
  3. diagnosi comportamentale
  4. diagnosi educativa
  5. diagnosi amministrativa
- 

Diagnosi comportamentale -> si vede qual è il comportamento che ci espone di più al fattore di rischio. Lo si scompone in:

---

- fattori predisponenti -> portano a fare (abitudini, valori, motivazioni)
  - fattori facilitanti -> fanno fare (accessibilità, disponibilità, pulsioni)
  - fattori di rinforzo -> portano a ripetere il comportamento (associano il messaggio che si vuole dare a un concetto positivo -> pubblicità)
- 

Diagnosi educativa -> si analizza e si agisce sui fattori predisponenti, facilitanti e di rinforzo.

Diagnosi amministrativa -> si predispongono piani di salute atti a compiere il nostro progetto.

---

**Prevenzione primaria** -> evitare che la malattia insorga (profilassi)

**Prevenzione secondaria** -> arginare le complicanze di una malattia già presente (diagnosi precoce)

**Prevenzione terziaria** -> allungare l'aspettativa di vita di chi si è già ammalato e ha avuto complicanze (trattamento)

**Promozione della salute** -> è un qualcosa in più della salute minima biologica. È essere emotivamente stabili, avere un apprendimento cognitivo sufficiente, una buona crescita, ...  
È far sì che il potenziale di salute della comunità possa esprimersi al meglio.

**Equità della salute** -> come distribuire risorse finite a una domanda maggiore, potenzialmente infinita? Bisogna sempre procedere in ordine di priorità. Esistono vari criteri:

- equità equa
- equità secondo il bisogno, secondo la gravità
- equità secondo le possibilità di guarigione

**Comunità** -> entità sociale con:

- obiettivi comuni
- gestione delle risorse comune

La prima comunità è la famiglia. Ci sono anche altre comunità, più o meno chiuse.

Comunità chiuse -> si conservano nel tempo

Comunità aperte -> evolvono, per interscambio dei membri

Di solito, un individuo appartiene a più comunità, e porta in ciascuna il suo contributo, che deriva da tutto l'insieme delle comunità a cui appartiene.

Gruppo tribale -> comunità più chiusa. Rimane immutato dall'età della pietra.

Comunità terapeutica -> deve modificare le abitudini malsane dei suoi membri (che non possono portarvi il proprio contributo, anzi!); è chiusa. Però, una volta usciti, i suoi membri non riescono a reintegrarsi nella società e ritornano in comunità (vedi S. Patrignano).

Oggi le comunità tendono a diventare sempre più aperte. Tuttavia, parallelamente a questo stesso processo, ci sono sottogruppi che – non riconoscendosi assolutamente nella comunità globale – tendono a isolarsi, esacerbando le diversità. Questi sottogruppi, così facendo, vanno a trovarsi in situazioni sanitarie svantaggiate. La comunità globale, oggi, cerca di favorire l'integrazione di questi sottogruppi, che sottraggono risorse importanti alla grande comunità.

Quest'ultimo problema è tenuto in grande considerazione da chi programma la salute. Chi si occupa di ciò, si chiede quali sono i fattori che fanno sì che una famiglia accumuli uno dopo l'altro vari problemi -> **teoria delle catene causali** (un problema ne causa un altro, che a sua volta diventa causa di un altro problema ancora).

Si determina una **soglia di vulnerabilità** che varia da soggetto a soggetto. Quando un agente lesivo supera questa soglia, si ha una malattia, un problema. Questo problema entra nella catena di causalità di altri effetti -> si abbassa ulteriormente la soglia di vulnerabilità -> nuovo problema -> il ciclo si ripete.

Ciò non avviene che per pochi individui, in quanto di solito ci sono fattori di protezione aggiuntivi, forniti dalla comunità, che fanno uscire il soggetto dal circolo vizioso.

Famiglia con problemi -> i membri sani tirano fuori qualcosa in più per venirne fuori -> se non basta, c'è una rete di aiuti informale (amici, famiglia allargata, ...) -> se non basta, c'è una rete di aiuti formale (strutture sanitarie)

**Bisogna curare l'individuo tenendo conto della comunità e dei problemi in cui è immerso.** Bisogna, cioè, dare la cura che si adatta meglio a quel paziente, tenendo conto degli altri suoi problemi; inoltre, bisogna assicurarsi con zelo che il paziente segua le nostre indicazioni. L'obiettivo è curare prima di arrivare alla multiproblematicità, o – se questa è già presente – farne uscire.

---

**Trasmissione delle malattie infettive** -> influenzata da:

- caratteristiche dell'**ospite infetto**
- caratteristiche dell'**ospite suscettibile**
- caratteristiche del **patogeno**

**Se mancano ospiti suscettibili -> l'epidemia si blocca**

In popolazioni grandi e aperte, ci saranno sempre persone suscettibili.

**Malattie:**

- acute
- croniche

**Esposizione:**

- niente
- portatore sano
- infezione clinica



- infezione subclinica

**Incidenza:** nuovi casi / pop

Utile per studiare malattie acute

**Prevalenza:** tot casi / pop

Utile per studiare malattie croniche

Quando si usa la sierologia per determinare la prevalenza, si parla di **sieroprevalenza**.

Durata: prevalenza / incidenza

Incidenza cumulativa -> sieroprevalenza per strati d'età. Fornisce un'idea dell'incidenza di infezione per strato di età.

**Attack rate** (AR): proporzione di esposti che si ammalano clinicamente

**Secondary attack rate** (SAR): n persone infettate dal caso primario / n persone suscettibili

**Letalità:** n morti / n ammalati

**Mortalità:** n morti / n pop

Mortalità = Incidenza x Letalità

rabbia -> 100% letalità (tutti i malati muoiono), bassa mortalità (pochi casi all'anno);  
influenza -> bassa letalità (malattia poco grave), alta mortalità (siccome circola molto, ci possono essere complicanze mortali)

Tasso riproduttivo: potenziale di diffusione manifestato da una malattia infettiva nel diffondersi da persona a persona in una popolazione.

Vettore: animale, spesso artropode. Trasferisce l'agente infettante da soggetto affetto a soggetto suscettibile.

Vie di trasmissione:

- interpersonale
- aerea
- acqua
- cibo
- mediata da vettori

Trasmissione:

- diretta -> trapianti, sesso, tosse/starnuti/saliva, placenta
- indiretta -> acqua, vettori, cibo, oggetti

**Serbatoio:** nicchia ecologica dove il patogeno vive e si moltiplica al di fuori dell'ospite umano.

Antropozoonosi: infezioni che possono diffondere da animali vertebrati all'uomo.

**Periodo di incubazione:** tempo tra momento di infezione e comparsa sintomi

Periodo infettivo: intervallo di tempo in cui l'infetto può trasmettere la malattia

Periodo latente: intervallo di tempo tra l'acquisizione dell'infezione e l'inizio del periodo infettivo

Intervallo seriale: per le malattie che si diffondono da persona a persona, è il tempo tra la comparsa di sintomi simili in generazioni successive.

Il periodo infettivo non coincide col periodo incubazione -> di solito il periodo infettivo inizia alla fine dell'incubazione; spesso finisce quando ancora la malattia dà sintomi.

**Epidemia:** molti casi, concentrati nel tempo e nello spazio

**Endemia:** molti casi, ma in un periodo di tempo più lungo

---

**Tumore** -> 3° causa di morte su scala assoluta (12-15%)

Maschi:

Paesi industrializzati -> polmone, prostata, colon-retto

Paesi poveri -> stomaco, fegato

Femmine:

Paesi industrializzati -> mammella, colon-retto, polmone

Paesi poveri -> cervice uterina, stomaco

I tumori più frequenti nelle età più avanzate sono più frequenti nei Paesi ricchi, perché nei Paesi poveri si vive di meno.

Tumore cervice uterina -> più frequente nei Paesi poveri, perché manca pap-test e le condizioni igieniche sono peggiori

Tumore fegato -> più frequente nei Paesi poveri, perché ci sono più infezioni da HBV e HCV.

Tumore polmone -> più frequente nei Paesi ricchi; mortalità simile a incidenza.

Tumore prostata, mammella -> più frequenti nei Paesi ricchi

**Fattori ambientali + Fattori genetici** -> predispongono all'insorgenza di tumori

Tumore al polmone nei maschi -> dal 1985 ha un'incidenza stabile o in lieve calo

Tumore al polmone nelle femmine -> dal 1985 ha un'incidenza in crescita

Questo riflette il fatto che – storicamente – le donne hanno iniziato a fumare ~ 20 anni dopo i maschi.

Tumore prostata -> dal 1985 c'è stato un brusco aumento, a causa dell'introduzione di metodiche diagnostiche più efficienti e di una capillare campagna di screening (-> si sono scoperti anche casi

presenti da tempo e non scoperti in precedenza). Oggi è in lieve calo, perché si scoprono solo i reali nuovi casi.

Negli ultimi 20 anni l'incidenza dei tumori è rimasta circa costante, ma la frequenza assoluta è in crescita, per due cause:

1. incremento demografico
2. invecchiamento della popolazione

Tumore al polmone – Eziologia:

- fumo di tabacco (anche passivo)
- radiazioni ionizzanti
- esposizioni occupazionali
- fattori dietetici
- fattori genetici

La strategia migliore è la prevenzione primaria.

Fattori di rischio per tutti i tumori:

- tabacco
- dieta
- fattori ormonali
- radiazioni
- esposizioni occupazionali
- virus
- fattori genetici

La presenza di geni mutati che predispongono allo sviluppo di un tumore è così bassa, che – per pianificare un intervento a livello di comunità – non ha senso sottoporre a screening tutti i membri della popolazione a rischio.

Bisogna agire sui fattori di rischio esterni (ambientali).

**Buona parte dei tumori è evitabile.**

**Per ridurre la malattia neoplastica, bisogna agire a livello di prevenzione primaria.**

---

### Comunicazione

Per secoli è rimasta legata alla scrittura.

Fino a metà '700, per comunicazione si intendeva dare qualcosa a qualcuno -> attenzione incentrata sul contenuto.

Dopo metà '700, per comunicazione si intendeva che qualcuno dà qualcosa a qualcun altro -> attenzione incentrata sul soggetto.

Oggi, per comunicazione si intende un rapporto tra qualcuno e qualcun altro di tipo biunivoco -> attenzione incentrata sulla relazione.

McLuhan -> il modo di trasmettere un messaggio ne modifica il contenuto

L'impossibilità a comunicare costituisce un grave svantaggio.

La globalizzazione in senso medico è partecipazione, farsi carico dei problemi di singole comunità.

In USA, il medico interviene sulla patologia, l'infermiere sul paziente.

Da noi, il medico si occupa di salute nel senso latino di *salus* ("salvezza") -> attenzione sia sulla patologia, che sul paziente (medicina olistica).

È impossibile curare una malattia senza considerare il paziente nella sua totalità.

Comunicazione -> intende lo stabilirsi di una relazione, per cui chi comunica è oggetto e soggetto della comunicazione. Significa uscire da ogni forma di passività, è il presupposto stesso di ciò che noi intendiamo per "essere vivi".

La comunicazione stabilisce un rapporto tra l'individuo e il mondo esterno.

Organo di senso -> ci permette di percepire il mondo, comunicare, vivere. È un canale di comunicazione.

**Apprendimento** -> passaggio da uno stato conoscitivo A a uno stato conoscitivo B, attraverso una molteplicità di canali di apprendimento o di comunicazione. Per l'apprendimento è necessaria un'interazione di stimoli.

**Canali di comunicazione** -> modo di accedere a determinati campi sensoriali.

Una via di percezione non utilizzata non solo non si sviluppa, ma si atrofizza.

### **Le diverse vie percettive**

È diverso prendere uno schiaffo per sbaglio o premeditato -> si dà un peso molto diverso nei due casi (-> il modo condiziona il contenuto).

Il bambino non si sviluppa in modo ottimale se le cure di cui è oggetto si limitano ai soli bisogni vitali.

La motivazione affettiva è fondamentale per l'apprendimento.

**Percezione uditiva** -> prerequisito alla formazione del linguaggio. L'analisi delle parole diventa possibile man mano che si sviluppano centri uditivi e vie nervose di associazione. Ci sono stretti legami tra funzione uditiva e funzione di equilibrio/orientamento.

**Percezione visiva** -> inizia precocemente con il contatto occhio-occhio tra madre e figlio. Questa interazione, inoltre, infonde nel bambino i comportamenti specifici della sua specie -> è la prima forma di educazione. Le stimolazioni visive precoci sono essenziali per lo sviluppo del bambino.

**Percezione tattile** -> si crea un rapporto tattile con gli oggetti e gli esseri viventi, ricco di nozioni e affettività -> importanza di questo canale di comunicazione per la riabilitazione dei bambini sordi, che sono per natura sospettosi, e necessitano di coccole e rassicurazioni.

### **Prerequisiti di comunicazione:**

- integrità dei canali di comunicazione
- stimoli adeguati
- motivazione relazionale
- stile di comunicazione personalizzato che viene procurato

Nel bambino che si sviluppa normalmente -> vista e udito hanno un ruolo preponderante

Sistemi che contribuiscono alla conversazione:

- canale uditivo-vocale
- canale visivo-gestuale

Vaccini di una volta -> molti effetti collaterali

Vaccini di oggi -> molto più sicuri ed efficaci, ma ci sono sempre (pochi) casi di effetti collaterali -> nessun vaccino è sicuro al 100%

Vaccini prescritti nei Paesi ricchi:

- difterite
- tetano
- pertosse
- poliomelite -> IPV, OPV
- haemophilus influenzae B
- HBV
- morbillo, parotite, rosolia -> MMR (o MPR)
- tubercolosi

Quando una malattia è endemica, si può usare un vaccino attenuato -> più efficace, ma c'è rischio che si riattivi.

Quando una malattia è scomparsa e si vaccina per prevenire, si usa un vaccino ucciso -> non c'è rischio che si riattivi (non si può tollerare anche un solo caso sporadico dovuto a vaccinazione).

Controindicazioni delle vaccinazioni:

- malattie acute febbrili
- disordini immunitari
- gravi reazioni avverse dopo precedente somministrazione di vaccino
- malattie neurologiche evolutive
- gravidanza
- allergia alle proteine dell'uovo e del lievito e agli antibiotici presenti nei vaccini

Correlazione tra evento avverso e singolo vaccino:

- anafilassi -> molto più comune per vaccini vivi
- trombocitopenia
- artrite acuta -> rosolia (adulti)

Aree di indagine anamnestica:

- storia infettivologica e immunitaria
- reattività a uovo, neomicina, kanamicina, composti mercuriali, lievito
- assunzione di farmaci e/o emoderivati

### **Calendario delle vaccinazioni**

3° mese	5° mese	11°-12° mese	15° mese	3° anno	5-6 anni	11-12 anni	14-15 anni
DTP	DTP	DTPa			DTPa	Td	
IPV	IPV	IPV		IPV			
HiB	HiB	HiB					
HB	HB	HB				HB	
MPR					MPR		

DTP -> difterite, tetano, pertosse (DTPa -> vaccino ucciso)

IPV -> poliomelite, vaccino ucciso intramuscolare

HB -> epatite B

MPR -> morbillo, pertosse, rosolia

Td -> tetano, difterite (dose inferiore a DTP)