Aut. Trib. di Forlì n° 27/2004 Direttore Resp. Dott. Stefano Benzoni

Bollettino

dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Forlì-Cesena

n. 2 2022

Bollettino dell'Ordine
dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia
di Forlì-Cesena

Organo ufficiale
dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Forlì-Cesena

Direttore: Stefano Benzoni
Coordinatore della Redazione: Dott. Gian Galeazzo Pascucci
Redazione: Dott. Giovanni Fabbroni, Dott. Leonardo Lucchi
Segreteria di Redazione: Michele Gavelli, Laila Laghi, Elisabetta Leonelli

Consiglio Direttivo dell'Ordine
Presidente: Dott. Michele Gaudio
Vice Presidente: Dott. Gian Galeazzo Pascucci
Segretario: Dott.ssa Morena Contri
Tesoriere: Drott Fabio Balistreri
Consiglieri: Dott. Enrico Maria Amadei, Dott. Umberto Castellani, Dott. Angelo Castellini, Dott. Giorgio Ercolani, Dott.ssa Roberta Gunelli, Dott. Leonardo Lucchi, Dott. Paolo Paganelli (Cons. Od.), Dott.ssa Veronica Pasini, Dott.ssa Annalisa Prati, Dott. Marco Ragazzini, Dott. Mario Raspini (Cons. Od) Dott. Claudio Simoni, Dott. Gilberto Vergoni

Commissione Odontoiatrica:
Presidente: Dott. Paolo Paganelli
Vice Presidente: Dott. Mario Raspini
Componenti: Dott. Andrea Alberti, Dott. Domenico D'Arcangelo, Dr.ssa Daniela Zanetti

Revisori dei Conti:
Presidente: Rag. Montserrat Alessandri Giunchi Alessandra
Componenti: Dott. Giovanni Fabbroni, Dott.ssa Paola Possanzini
Revisore supplente: Dott.ssa Melania Vicchi

Periodico distribuito
a tutti gli iscritti
all'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Forlì-Cesena
e a tutti gli Ordini d'Italia.
È organo ufficiale di stampa dell'Ordine
e pertanto le notizie pubblicate
hanno carattere di ufficialità
e di avviso per tutti i colleghi.

Editoriale

pag. 3

Le serate dell'Ordine

Malattie neuromuscolari in corso di infezione da SARS-COV-2 *pag. 4*

Gestione della tossicità da immunoterapia nel paziente oncologico *pag. 8*

La terapia antalgica: integrazione ospedale- territorio *pag. 10*

Ernie e difetti della parete addominale: orientamenti di tecnica attuali *pag. 15*

La lezione del covid: spunti per un miglioramento del SSN *pag. 17*

Dolore cronico non oncologico e linee guida regionali *pag. 18*

Nuovi approcci di diagnostica molecolare integrata: next generation sequencing e armonizzazione con test di laboratorio di secondo livello *pag. 20*

Aggiornamento

I medici e il dovere di trattare il nemico *pag. 22*

I narcisisti tendono a non rispettare le regole anti-covid *pag. 24*

Come maneggiare il burnout tra gli operatori di cure primarie *pag. 25*

I social networks sono un rischio per la salute mentale degli adolescenti? *pag. 30*

EDITORIALE

E', questo, uno strano editoriale, scritto a quattro mani, mentre tutti i medici combattono contro l'afa estiva e soprattutto contro la ennesima, insidiosa, malefica ondata di Covid-19, tanto più sgradita perché completamente inaspettata. E con il Covid-19, purtroppo, non si tratta, ci si deve adeguare ai suoi capricci e piegare il capo alle necessità dei pazienti, tanti dei quali non sono solo positivi ma anche sintomatici, nonostante media e politici dicano tutti il contrario.
E quindi avanti, cari colleghi, teniamo botta più che si può, fino a che si può, perché poi, in fondo, noi siamo eroi (o no?) e il nostro non è un mestiere, ma una missione (o no?).
La cosa importante sarebbe che almeno chi dirige i nostri servizi sanitari riconosca quanto fino ad ora è stato fatto e, se possibile, smetta di spremere i professionisti come limoni, perché ormai il succo sta esaurendosi. In ogni caso, si preparano delle novità importanti, e ne dobbiamo parlare.
Se la situazione economica e i vari piani del PNRR reggeranno, infatti, si preannuncia per i prossimi anni una rivoluzione sul territorio, per effetto del DM77 (prima indicato come DM 70/71)
Un vero cambiamento di paradigma, con migliaia di "case di comunità" a fungere da connettore centrale "hub" a tanti studi (quasi tutti associati) dei Medici di Medicina Generale in collegamento telematico ("spoke") Al loro interno lavoreranno amministrativi, infermieri, psicologi, assistenti sociali e naturalmente medici di medicina generale e medici specialisti.
La dimensione del progetto e le necessità organizzative (si prevedono 1288 strutture centralizzate con al loro interno circa 10000 medici, oltre 2000 operatori di altre lauree sanitarie per un ampio corredo di prestazioni che dovranno essere garantite alla popolazione) rende già perplessi.
Ma permetteteci di aggiungere qualche altra considerazione.
Prima di tutto, un progetto calato dall'alto che configura la collaborazione di più professioni mediche e sanitarie e una rivoluzione negli assetti organizzativi così profonda deve essere applicato con molta cautela e gradualità, soprattutto in una regione come la nostra in cui, tutto sommato, la assistenza funziona ancora bene a tutti i livelli.
Poi l'esperienza passata, e alla nostra età un pochino ne abbiamo, ha sempre dimostrato che le organizzazioni sanitarie complesse vanno fatte "digerire" bene agli operatori prima che siano applicate. Bisogna guardarsi da eccessivi interventi teorici pre-varo, interventi in cui si rischia di appesantire troppo la barca, che rischia poi solo una cosa: di affondare appena partita. Ne sono la prova tanti interventi voluti in passato dai decisori nazionali e regionali, tanti percorsi, progetti, PDTA studiati, presentati e mai completamente realizzati.
I professionisti, signori, vanno coinvolti sempre, perché solo se sono convinti e condividono le motivazioni e la progettualità si rendono disponibili a collaborare tra loro per il risultato.
E la giusta convinzione e motivazione permettono anche comportamenti deontologicamente corretti (che auspichiamo sempre) sia nei confronti dell'utenza che degli altri operatori coinvolti.
D'altra parte, non possiamo evitare di segnalare la stanchezza e lo stato di malessere del personale sanitario. Medici e infermieri sono semplicemente esausti dopo due anni e mezzo di pandemia, la loro resistenza è allo stremo, le loro condizioni psicologiche sfiorano il burnout in ogni situazione.
Senza considerare il discreto numero di re-infezioni da Covid-19 che nelle ultime settimane sta limitando il funzionamento di qualche reparto ospedaliero. Con un esercito in queste condizioni, quale generale si azzarderebbe a partire per una battaglia complessa come quella della applicazione del DM 77? Sicuramente nessun comandante con la testa sulle spalle e una normale consapevolezza della situazione. Speriamo davvero che i nostri "comandanti" siano razionali e consapevoli, e che il processo parta con la gradualità e la cautela necessarie, rispettando le competenze e l'esperienza dei professionisti sul territorio. Da parte nostra faremo tutto il possibile per tutelare i colleghi e l'utenza, con un attento lavoro di controllo e di osservazione, senza alcun timore di essere "scomodi" e "inopportuni", ritenendo che questo sia parte fondante del nostro mandato.
Buona estate a tutti

Dott. Michele Gaudio
Presidente OMCeO

Dott. Gian Galeazzo Pascucci
Vicepresidente OMCeO FC

MALATTIE NEUROMUSCOLARI IN CORSO DI INFEZIONE DA SARS-COV-2

20/01/2022

IL PRESENTE ARTICOLO FA RIFERIMENTO ALLE CONOSCENZE E AI DATI EPIDEMIOLOGICI DISPONIBILI A DICEMBRE 2021.

I Aspetti epidemiologici

Nel corso degli ultimi mesi sono stati pubblicati diversi studi clinici che hanno dimostrato come il Covid-19 sia causa di complicanze neurologiche in circa il 25% dei pazienti.
Quasi il 40% dei pazienti che hanno contratto il Covid-19 attesta di soffrire di disturbi neurologici di vario tipo e gravità. I sintomi più comuni e più lievi causati dall'infezione del nuovo coronavirus sono cefalea, disturbi della percezione di gusto e olfatto (ageusia e anosmia, rispettivamente), rallentamento e disturbi di memoria.
Tra le complicanze di gravità maggiore, invece, le più comuni sono:
-Danni cerebrali diffusi di tipo infiammatorio o metabolico a comparsa acuta, ad esempio encefalopatie tossiche-metaboliche o disimmuni
-Sindrome di Guillain-Barrè, e varianti ad evoluzione in genere monofasica e benigna
-Eventi vascolari cerebrali
- Crisi epilettiche.

Inoltre, in alcuni pazienti sono stati descritti aspecifici disturbi di ansia e dell'umore, in parte imputabili alla modificazione dei rapporti sociali e alla compromissione del benessere individuale.

II In che modo può un'infezione da SARS-CoV-2 causare effetti sul sistema nervoso centrale o periferico

Vi sono diversi meccanismi ipotetici tramite i quali il Covid-19 può causare conseguenze neurologiche**.**
Uno dei primi inizialmente ipotizzati è quello dell'invasione diretta del sistema nervoso centrale da parte dell'agente patogeno. Infatti, i recettori ACE-2, a cui il coronavirus si lega per entrare nell' ospite, ricoprono sia le cellule dei bulbi olfattivi. Questa potrebbe essere una via di accesso anche alle strutture del tronco encefalico. Al momento, la maggior parte degli studi che ha valutato la presenza del SARS-CoV-2 nel liquor cerebrospinale, nei cervelli di pazienti deceduti per Covid-19, non ha trovato evidenze di un'invasione diretta.
Esistono, invece, chiare evidenze di un danno indiretto dovuto al coronavirus**.** In primo luogo, la malattia Covid-19 è caratterizzata da problemi respiratori anche gravi con possibile danno ipossico .Un altro meccanismo indiretto tramite il quale il Covid-19 può causare sintomi è legato alla risposta, infiammatoria disimmune o iperimmune. Uno stato infiammatorio disimmune /iperimmune protratto non controllato quale si verifica nell'infezione da SARS-COV-2 provoca:
-Massiccio rilascio di citochine (IL-1, IL-6 e TNF)
-Attivazione via estrinseca e intrinseca dei fattori della coagulazione
-Danno endoteliale vascolare con caratteristiche di vasculite ed endotelite. Il SARS-COV infatti penetra nelle cellule endoteliali tramite i recettori ACE 2 causando danno tissutale
-Formazione di microtrombi ed adesione piastrinica all'endotelio danneggiato dal virus e dalla tempesta citochinica
-Danno tissutale d'organo sia diretto, causato dal virus che indiretto causato dalla infiammazione sistemica

III SARS -COV 2 e malattie neuromuscolari

Il COVID-19 durante la pandemia ha preoccupato i neurologi per il potenziale rischio di agire sui pazienti affetti da malattie neuromuscolari aumentandone il rischio evolutivo e turbandone l'equilibrio

terapeutico. Pertanto sono state pubblicate linee guida a cui si rimanda per la gestione terapeutica ed assistenziale di questi pazienti fragili gia' portatori di patologie respiratorie e cardiologiche. Inoltre vi e' il noto rischio di innescare con un meccanismo para o post infettivo poliradicolonevriti acute o miopatie acute associate a mioglobinuria e rabdomiolisi. Sono stati riportati in letteratura per fortuna casi rari di accentuazione-peggioramento clinico e respiratorio in di pazienti affetti da miastenia gravis. Si suggerisce e si auspica uno sforzo collaborativo fra neurologi , internisti e medici di famiglia volti ad un continuo interscambio culturale per una gestione attenta delle complicanze da infezione da SARS-COV -2

Dott.ssa Giuliana Galassi
Neurologa, Università di Modena & Reggio Emilia

NeuroCOVID

10-50% dei pazienti COVID19+ ha un coinvolgimento del SNC e/o SNP con diversi meccanismo d'azione:

-Danno tossico-metabolico (tempesta citochinica): cefalea, vertigini, mialgie, encefalopatia, crisi epilettiche

-Neuroinvasione diretta e danno endoteliale: anosmia e disgeusia, encefaliti, mieliti, stroke, TVC

-Danno immunomediato: neuropatie acute, encefaliti, mieliti

L'associazione con il COVID19 è spesso solo probabile, tranne nel caso di encefaliti, meningiti, mieliti e vasculiti del SNC con riscontro del virus nel liquor cerebrorachidiano in cui l'associazione è certa.

L'ictus è più frequente in uomini giovani con infezione grave da COVID19; è clinicamente più severo con alta incidenza di occlusione di grossi vasi, coinvolgimento di territori multivascolari e outcome sfavorevole.

Nei quadri severi da COVID19, favorita dalla terapia anticoagulante di profilassi per ipercoagulabilità o per embolia polmonare, si può avere una trasformazione emorragica dell'ictus o la presenza di microbleeds isolati o correlati a emorragia intraparenchimale.

L'interessamento della sostanza bianca può essere legato a leucoencefalopatia post-ipossica, a patologia demielinizzante successiva ad evento ipossico severo o a encefalite infettiva o post-infettiva.

Complicanze para- e post-infettive del sistema nervoso periferico sono: poliradicolonevriti (sindrome di Guillain-Barré e le sue varianti), critical illness neuropathy o myopathy, neuropatia isolata (peroneo), miopatie, rabdomiolisi, iperCKemie sintomatiche o non e plessopatie. In alcuni casi si è osservato esordio o recrudescenza di Miastenia Gravis, anche se il ruolo del COVID non sembra causale.

LongCOVID

Due terzi dei pazienti COVID+ presentano sequele nel lungo periodo (fase cronica da 12 settimane a oltre 6 mesi), legate a attivazione infiammatoria, disregolazione immune e possibile danno diretto da parte del virus. I sintomi possono esordire già in fase acuta, ma persistono anche in fase cronica, con regressione spontanea.

La fatica cronica è presente in più del 50% dei pazienti, soprattutto donne, ed è il sintomo più disabilitante; vi contribuiscono:

-Fattori centrali: livello dei neurotransmettitori (es., dopamina and serotonina), eccitabilità neuronale intrinseca, infiammazione, demielinizzazione.

-Fattori psicologici: stress, ansia, depressione, apatia, sonnolenza e paura legati a quarantena, distanziamento sociale e a stress post-traumatico

-Fattori periferici: dolore e debolezza muscolare possono essere associati, pur senza evidenza di miopatia a EMG e biopsia muscolare e con livelli di CK nella norma

-Anosmia e disgeusia sono presenti in un terzo dei pazienti; nessun beneficio dall'uso di steroidi per via nasale.

Mialgie, dolore e discomfort a patogenesi non nota.

Gestione della malattie neuromuscolari in corso di pandemia da COVID19

-La malattia neuromuscolare non aumenta di per sé il rischio di contrarre l'infezione, ma le terapie immunosoppressive e i frequenti accessi in ospedale per visite e terapie infusive espongono a maggior rischio, per cui indicato modulare la dose di steroidi dove possibile, passare a terapie sottocute (es Ig) o per os e ridurre le visite favorendo contatti telefonici o in telemedicina;
-Non è opportuna alcuna modifica delle terapie immunosoppressive in atto
-Ig vena e plasmaferesi non aumentano di per sé il rischio di infezione da COVID19
-Rimandare l'inizio di terapie immunospppressive o immunomodulanti, se possibile
-Indicata la vaccinazione utilizzando vaccino a RNA (evitare vaccini a virus attenuato)
-Non vi è un'evidenza causale del ruolo del vaccino nell'esordio di malattie neurologiche immunomediate, anche se vi sono segnalazioni isolate. L'infezione di per sé rappresenta un rischio maggiore dell'esordio di tali patologie.
-In caso di pregressa poliradicolonevrite o esordio/riacutizzazione di Miastenia Gravis aspettare almeno tre mesi per la vaccinazione. Poliradicolonevrite post-vaccinica precedente non rappresenta controindicazione.

Dott.ssa Alessandra Ariatti
Neurologa, Azienda Ospedaliero Universitaria, Modena
Responsabile Amb. Malattie Neuromuscolari Neurologia

Insufficienza respiratoria acuta secondaria a COVID-19

I pazienti affetti da COVID-19 presentano sintomatologia caratterizzata da febbre, mialgie, astenia e tosse nell'81% dei casi, mentre nel 14% dei casi, circa a 7 giorni dall'inizio dei sintomi, si sviluppa una malattia severa caratterizzata da insufficienza respiratoria acuta. I pazienti che necessitano di ospedalizzazione richiedono trattamento in Terapia Intensiva nel 30% dei casi con una elevata mortalità quando si rende necessaria una ventilazione meccanica invasiva.
Il quadro fisiopatologico alla base della insufficienza respiratoria del COVID-19 è complesso e comprende casi del tutto simili al classico ARDS (con marcata ipossiemia associata a riduzione della compliance del sistema respiratorio) e casi dove la marcata ipossiemia non è associata ad una alterazione della meccanica del sistema respiratorio.
In questo ultimo caso si è ipotizzato un ruolo principale della alterazione della perfusione polmonare, sia mediante una perdita dei meccanismi di regolazione quali la vasocostrizione ipossica, sia mediante il riscontro di microangiopatia trombotica dei vasi polmonari con peggioramento del mismatch ventilazione/perfusione.
Una quota dei pazienti affetti da insufficienza respiratoria acuta presenta inoltre una alterazione del drive centrale del respiro, con una ridotta sensazione di dispnea anche in presenza di grave ipossiemia. Questo aspetto clinico risulta ancora poco chiaro in termini eziopatologici, e viene denominato "Happy Hypoxemia", per descrivere le caratteristiche cliniche di questi pazienti che risultano poco consapevoli della insufficienza respiratoria di cui sono affetti.

Insufficienza respiratoria acuta di origine neuromuscolare in corso di COVID -19

Come riportato da numerosi studi, l'infezione da SARS-CoV-2 può promuovere la comparsa di insufficienza respiratoria acuta ipercapnica secondaria a disfunzione muscolare, sia attraverso lo scatenamento di un meccanismo autoimmune, sia mediante la esacerbazione di una patologia

neuromuscolare preesistente.
Quale che sia il meccanismo alla base, l'insufficienza respiratoria di natura neuromuscolare è secondaria alla debolezza di diversi gruppi muscolari che hanno differenti effetti sulla funzione respiratoria.
La disfunzione dei muscoli delle alte vie respiratore (facciale, orofaringe, laringeo) induce disfagia, rischio di inalazione e di occlusione delle alte vie aeree. La disfunzione dei muscoli inspiratori causa ipoventilazione e ritenzione di Co2 interessando sia il diaframma che i muscoli accessori ed intercostali. Infine, l'interessamento dei muscoli espiratori causa tosse inefficace e rischio di ingombro secretivo delle vie aeree.

Monitoraggio dei muscoli respiratori
La complessità dei meccanismi alla base della insufficienza respiratoria secondaria a COVID-19 e la possibile insorgenza di fatica dei muscoli respiratori, rendono utile il monitoraggio strumentale dei muscoli respiratori nei pazienti con sospetta malattia neuromuscolare sia di nuova insorgenza che preesistente.
Le metodiche non invasive più spesso utilizzate sono la MIP (pressione inspiratoria massimale), la capacità vitale (VC), la MEP (pressione espiratoria massimale) e lo SNIP test (pressione di sniff). E' stato proposto che nei pazienti affetti da patologia neuromuscolare i seguenti parametri: VC < 20ml/Kg, MIP < 30cmH2O, MEP < 40 cmH2O, o la riduzione maggiore del 30% in ognuna di queste misurazioni, suggeriscono la necessità di ventilazione meccanica invasiva.
Recentemente è stata introdotta la valutazione ecografica del diaframma come metodica utile a valutare la funzione del muscolo diaframma nei pazienti affetti da malattia neuromuscolare. Il parametro più utilizzato in questi casi è la frazione di accorciamento del muscolo o TF (Thickness fraction), che viene ricavato attraverso la sonda ecografica posizionata sulla zona di apposizione del diaframma.
La variazione dello spessore del diaframma durante l'atto inspiratorio massimale è in grado di indicare una severa disfunzione del diaframma quando la TF è < 20%.
Pertanto, quest'ultimo parametro può risultare molto utile nell'identificare al letto del malato con una metodica che non richiede una significativa coordinazione da parte del paziente, la comparsa di disfunzione/paralisi del diaframma.

Dott. Alessandro Marchioni
Pneumologo, Azienda Ospedaliero Universitaria, Modena

GESTIONE DELLA TOSSICITÀ DA IMMUNOTERAPIA NEL PAZIENTE ONCOLOGICO

27/01/2022

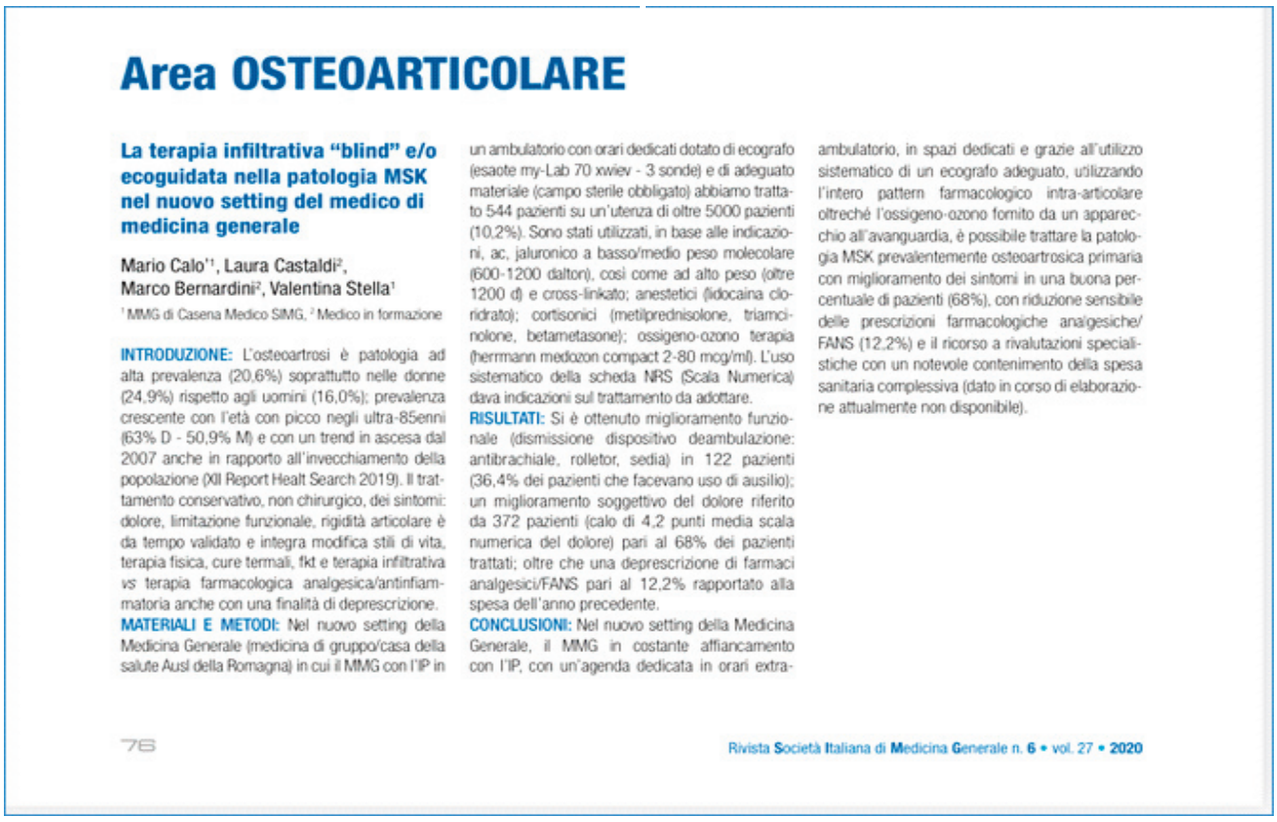
L'immunoterapia (IT), di recente inserita nell'armamentario terapeutico dell'oncologo, ha rivoluzionato la storia naturale di diversi tumori ed è attualmente prescrivibile in diversi istotipi, tra cui il melanoma, il carcinoma renale, il mesotelioma e il tumore del polmone (NSCLC).
Questi nuovi farmaci, anticorpi monoclonali nella maggior parte dei casi, hanno un meccanismo d'azione che si basa sul potenziamento del sistema immune, in particolare gli inibitori dei checkpoint immunitari agiscono bloccando i down-regolatori dell'immunità, come CTLA-4 (cytotoxic T-lymphocyte antigen-4) oppure PD1 (Programmed cell Death-1) o PDL1, il suo ligando.
Gli oncologi si sono trovati ad affrontare una tipologia totalmente nuova di tossicità e hanno dovuto imparare a riconoscerla e gestirla.
Gli eventi avversi, infatti, non sono causati dall'azione diretta del farmaco sugli organi sani, ma da una iperattivazione del sistema immune.
Il saper riconoscere gli eventi avversi immuno-relati (EA-IR) non è sempre semplice perché non sono specifici verso un organo o un apparato; infatti potenzialmente tutti gli organi possono essere bersaglio di tossicità e le manifestazioni cliniche degli EA-IR possono entrare in diagnosi differenziale con altre condizioni morbose frequenti nel paziente neoplastico ed oggi anche con l'infezione da SarsCov2.
La consapevolezza e il riconoscimento di questi EA-IR è fondamentale per la loro gestione, perché prima vengono riconosciuti, prima si interviene e più si riduce il rischio di danni permanenti o di dover interrompere precocemente un trattamento oncologico efficace.
Gli EA-IR hanno una eziopatogenesi non del tutto chiarita ma probabilmente sono dovuti a plurimi fattori: da una parte assistiamo a fenomeni di cross-reattività antigenica sia di risposta T sia di risposta B anticorpale che slatentizzano vere e proprie malattie autoimmuni e dall'altra vengono esacerbate le risposte infiammatorie tissutali con rilascio di grandi quantità di citochine infiammatorie quali TNFalfa, IL1, IL6.
Queste tossicità IR possono colpire tutti gli organi e apparati anche se le più frequenti sono a carico della cute, ghiandole endocrine, tratto gastrointestinale e polmoni. Più raramente osserviamo invece tossicità neurologiche, ematologiche o oculari. La tossicità dermatologica (di tutti i gradi) è riportata nel 34% dei pazienti che assumono inibitori PD-1 (nivolumab e pembrolizumab) e nel nel 43%-45% dei pazienti trattati con CTLA4 (ipilimumab).
Una revisione sistematica della letteratura ha riportato che il 13-20% dei pazienti che assumono pembrolizumab o nivolumab ha sviluppato eruzione cutanea o prurito e circa l'8% ha sviluppato vitiligine (2), che è associata a una risposta tumorale (3).
L'insorgenza di EA-IR cutanei avviene tipicamente entro giorni o settimane dall'inizio del trattamento (2), anche se talora può comparire dopo diversi mesi di trattamento (4).
La maggior parte delle tossicità dermatologiche sono di basso grado e gestibili ma sono stati descritti anche casi di reazione avverse cutanee severe di cui è fondamentale la diagnosi tempestiva.
Il riconoscimento precoce degli EVIR è la chiave nella gestione della tossicità da immunoterapia perché permette una riduzione della morbidità.
Le più recenti e aggiornate linee guida dell'ESMO (European Society for Medical Oncology) suggeriscono come primo approccio di trattamento la terapia steroidea ad alte dosi (in genere 1-2 mg/kg di prednisone o metilprednisolone) associata ad una consulenza specialistica d'organo se ritenuta necessaria. Se il quadro risulta essere steroido resistente si deve ricorrere ad altri farmaci

immunosoppressori che agiscano o sulla risposta T o sulle citochine infiammatorie.
In questo momento storico è d'obbligo fare un accenno alla pandemia da SarsCov2 perché alcuni eventi avversi da Anticorpi Immunomodulanti ed in particolare la polmonite interstiziale da AntiPD1/PDL1 entra in difficile diagnosi differenziale sia radiologica sia per i sintomi con la polmonite da Covid19 probabilmente perché hanno alla base dei meccanismi eziopatogenetici comuni.
E' quindi ancora più importante invitare i pazienti oncologici, compresi quelli in trattamento con farmaci immunomodulanti, a vaccinarsi contro SarsCov2.

Dott.ssa Laura Ridolfi
Specialista in Oncologia, PhD, SC
"Oncologia clinica e sperimentale di Immunoterapia e tumori rari"
IRST-Meldola

10/02/2022

“La Terapia Antalgica: integrazione Ospedale- Territorio”
Serata dell’OMCEO FOCE del 10.02.2022
La gestione del dolore nell’ambulatorio del MMG
Prendendo spunto dall’articolo pubblicato nella Rivista **S**ocietà **I**taliana di **M**edicina **G**enerale n. **6** • vol. 27 • **2020, pag. 76**
che riprendeva il lavoro presentato nella sezione Poster del **37° Congresso Nazionale SIMG**



Area OSTEOARTICOLARE

La terapia infiltrativa “blind” e/o ecoguidata nella patologia MSK nel nuovo setting del medico di medicina generale

Mario Calo[1], Laura Castaldi[2], Marco Bernardini[2], Valentina Stella[1]
[1] MMG di Casena Medico SIMG, [2] Medico in formazione

INTRODUZIONE: L’osteoartrosi è patologia ad alta prevalenza (20,6%) soprattutto nelle donne (24,9%) rispetto agli uomini (16,0%); prevalenza crescente con l’età con picco negli ultra-85enni (63% D - 50,9% M) e con un trend in ascesa dal 2007 anche in rapporto all’invecchiamento della popolazione (XII Report Healt Search 2019). Il trattamento conservativo, non chirurgico, dei sintomi: dolore, limitazione funzionale, rigidità articolare è da tempo validato e integra modifica stili di vita, terapia fisica, cure termali, fkt e terapia infiltrativa *vs* terapia farmacologica analgesica/antinfiammatoria anche con una finalità di deprescrizione.
MATERIALI E METODI: Nel nuovo setting della Medicina Generale (medicina di gruppo/casa della salute Ausl della Romagna) in cui il MMG con l’IP in un ambulatorio con orari dedicati dotato di ecografo (esaote my-Lab 70 xwiev - 3 sonde) e di adeguato materiale (campo sterile obbligato) abbiamo trattato 544 pazienti su un’utenza di oltre 5000 pazienti (10,2%). Sono stati utilizzati, in base alle indicazioni, ac, jaluronico a basso/medio peso molecolare (600-1200 dalton), così come ad alto peso (oltre 1200 d) e cross-linkato; anestetici (lidocaina cloridrato); cortisonici (metilprednisolone, triamcinolone, betametasone); ossigeno-ozono terapia (herrmann medozon compact 2-80 mcg/ml). L’uso sistematico della scheda NRS (Scala Numerica) dava indicazioni sul trattamento da adottare.
RISULTATI: Si è ottenuto miglioramento funzionale (dismissione dispositivo deambulazione: antibrachiale, rolletor, sedia) in 122 pazienti (36,4% dei pazienti che facevano uso di ausilio); un miglioramento soggettivo del dolore riferito da 372 pazienti (calo di 4,2 punti media scala numerica del dolore) pari al 68% dei pazienti trattati; oltre che una deprescrizione di farmaci analgesici/FANS pari al 12,2% rapportato alla spesa dell’anno precedente.
CONCLUSIONI: Nel nuovo setting della Medicina Generale, il MMG in costante affiancamento con l’IP, con un’agenda dedicata in orari extra-ambulatorio, in spazi dedicati e grazie all’utilizzo sistematico di un ecografo adeguato, utilizzando l’intero pattern farmacologico intra-articolare oltreché l’ossigeno-ozono fornito da un apparecchio all’avanguardia, è possibile trattare la patologia MSK prevalentemente osteoartrosica primaria con miglioramento dei sintomi in una buona percentuale di pazienti (68%), con riduzione sensibile delle prescrizioni farmacologiche analgesiche/FANS (12,2%) e il ricorso a rivalutazioni specialistiche con un notevole contenimento della spesa sanitaria complessiva (dato in corso di elaborazione attualmente non disponibile).

76 Rivista Società Italiana di Medicina Generale n. 6 • vol. 27 • 2020

ci siamo chiesti: “ma che c’azzecca il MMG nella terapia del dolore?”. In realtà il dolore rappresenta la principale causa di ricorso al MMG; e tra le cause più frequenti di dolore, vi è il dolore muscolo-scheletrico. Nella vita reale solo il 7% dei casi di dolore che giunge all’attenzione del MMG è di natura oncologica. Il low back pain o “mal di schiena” colpisce 4 pazienti su 5 con sindrome dolorosa, con il circa il 35% origine lombare, mentre più del 10% è di origine cervicale, poco meno del 10% dorsale. L’osteoartrosi dell’arto inferiore riguarda circa un 25% di pazienti con sindrome dolorosa di cui circa il 10% di gonalgia, che fa il pari con la spalla dolorosa. Grazie alla proiezione di casi trattati in ambulatorio abbiamo mostrato come il presidio del MMG diventa il luogo ove il paziente con sindorme dolorosa di spalla, ginocchio, gomito ed altro può essere preso in carico in un percorso di diagnosi (tendinopatia calcifica di cuffia, borsite SAD, tenovaginalite CLB, capsulite adesiva, artrosi AAC… gonartrosi con versamento sovrarotuleo, meniscopatia int>ext, borsiti anserina-lavandaia, condropatia, sindrome da conflitto, entesopatia m. quadricipite, et al.), grazie all’uso della ecografia “office”, ma anche di trattamento (artrocentesi di versamenti e borsiti e-o infiltrazione intrarticolare) con miglioramento dei sintomi, in attesa di rivalutazione specialistica, “medicina di attesa”, vigile ed attiva però, oppure con soluzione del problema, “medicina d’iniziativa”. Tutto ciò ovviamente grazie alla dotazione di strumentazione suddetta, sia ecografo, sia macchina per ossigeno-ozono terapia, ma

soprattutto grazie alla presenza in studio dell'infermiere professionale, abbiamo detto, come diceva Gene Wilder in Frankestein Junior: "SI… PUO'… FARE…!".

Dott. Mario Calò
MMG Medicina di Gruppo: Medici di San Giorgio – Cesena (FC)

Stato dell'arte della Terapia Antalgica di Cesena
Anestesia e Rianimazione Ospedale M. Bufalini Cesena

L'attività di Terapia Antalgica dell'ospedale M, Bufalini di Cesena ha subito una evoluzione negli ultimi cinque anni. La già presente attività ambulatoriale è stata intensificata ed ampliata attraverso l'aumento del numero di prestazioni quotidiane e l'introduzione di procedure di primo, di secondo livello e di terzo livello (per queste ultime si fa particolare riferimento alla neuromodulazione farmacologica spinale). Questo ha portato ad una riduzione delle liste d'attesa e ad un accrescimento delle competenze dell'equipe medico infermieristica.
Allo stato attuale l'attività lavorativa è così suddivisa:
- Un ambulatorio al mattino a cadenza quotidiana (lunedì-venerdì), in cui vengono eseguite visite per l'inquadramento clinico del paziente e procedure infiltrative ecoguidate
- Attività di sala operatoria per infiltrazioni RX guidate
- Attività di sala operatoria per termo-ablazioni o neuro-modulazioni con radiofrequenza RX guidate

La pandemia, nel 2020, ha solo rallentato l'attività lavorativa rispetto agli anni precedenti, ma il numero delle prestazioni è rimasto comunque molto elevato.
Il Centro Spoke di Terapia Antalgica, ubicato nella Piastra Servizi dell'Ospedale M. Bufalini di Cesena, Ambulatori 51, 52, prevede l'esecuzione 5 giorni-settimana (lunedi-venerdi dalle 8 alle 14) di visite specialistiche e di procedure terapeutiche (anche infiltrative) La struttura, oltre ad avere i requisiti previsti per l'ambulatorio medico, utilizza per le procedure infiltrative ambulatoriali un ambulatorio chirurgico presente sullo stesso piano della Piastra Servizi. All'interno dell'ambulatorio sono disponibili tutti i monitoraggi dei parametri vitali, il carrello emergenze per eventuali necessità, un ecografo dedicato. Si aggiunge un ulteriore ambulatorio, il giovedì mattina (8-14), con cadenza bisettimanale, presso i Poliambulatori dell'Ospedale Marconi di Cesenatico, presso il quale sono possibili prime visite terapia con agopuntura.
Il Centro si avvale inoltre per le procedure infiltrative ed interventistiche di due accessi settimanali pomeridiani (14-20) alla sala operatoria presso il blocco operatorio multispecialistico al piano terra, con il supporto dell'amplificatore di brillanza e di ecografo.

Tipologia di Prestazioni:

-VISITA ANTALGICA (prima visita)
-VISITA DI CONTROLLO TERAPIA ANTALGICA
-VISITA DI CONTROLLO IN TELEMEDICINA
-INIEZIONE NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA
-INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE IN ARTICOLAZIONE O LEGAMENTO
-INIEZIONE NERVO PERIFERICO

Accesso alla prima visita:

- prenotazione CUP di VISITA ANTALGICA con richiesta del MMG o di altro specialista: nella richiesta deve essere specificato il quesito diagnostico (non la terapia infiltrativa la cui indicazione è di stretta pertinenza algologica) e la priorità, nel rispetto dei criteri sottoelencati:

- prenotazione interna: pazienti ricoverati ed in regime di DH o DS
- pazienti ambulatoriali affetti da patologia oncologica o da patologie neurologiche con spasticità severa

Criteri di Priorità della prima visita:

- P (30-120 giorni): sindromi dolorose croniche correlate a patologia degenerativa
- D (30 giorni): sindrome dolorose acute non responsive alla terapia farmacologica (ernia discale, rachialgia acuta, crollo vertebrale, algodistrofia, nevralgia post herpetica, spalla congelata);
- B (10 giorni): sindrome dolorose acute iperalgiche con eventuale indicazione alla terapia infiltrativa, dolore correlato a grave patologia neurologica (sclerosi multipla, sindrome talamica, esiti traumatici), dolore correlato a vasculopatia ischemica cronica;
- U (72 h): grave radicolopatia acuta deficitaria da ernia discale espulsa, radicolopatia herpetica acuta (entro 15 giorni dall'esordio), dolore nel paziente oncologico.

L'indicazione alle procedure infiltrative viene data durante la prima visita o la visita di controllo, quest'ultima possibile eventualmente in casi eccezionali anche telefonicamente (telemedicina). Massimo 3 procedure prenotabili distanziate di circa un mese (ciclo infiltrativo) oltre le quali è necessaria rivalutazione con visita di controllo. Trascorsi 12 mesi dall'ultimo trattamento si può accedere ad un eventuale nuovo ciclo infiltrativo solo previa prima visita.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Per ogni paziente è presente una cartella informatizzata (sistema On-Healths) che contiene:
- l'Anagrafica del paziente
- storico del percorso paziente con i precedenti accessi ambulatoriali e visite specialistiche
- il referto con la descrizione del quadro clinico, degli esami diagnostici disponibili, dell'orientamento diagnostico e del piano terapeutico
- la valutazione dell'efficacia del trattamento (visita di controllo)
- le prenotazioni successive (per terapia infiltrativa, visita di controllo)
- storico delle ricette dematerializzate

Durante l'attività ambulatoriale di terapia antalgica è sempre presente almeno un medico dell'UO di anestesia e rianimazione esperto di terapia antalgica, e due infermieri professionali con specifica esperienza in terapia antalgica. Durante l'attività invasiva maggiore praticata in sala operatoria è sempre presente almeno un medico dell'UO di anestesia e rianimazione esperto di terapia antalgica, un infermiere professionale, un tecnico di radiologia ed un OSS.

MONITORAGGI ED ESAMI EMATOCHIMICI NECESSARI PER LE INFILTRAZIONI

Durante tutte le procedure ambulatoriali è previsto il monitoraggio di frequenza cardiaca e saturazione di O2 con saturimetro al dito a lettura ottica. Il monitoraggio prosegue per circa 15 minuti dopo il termine della procedura, prevista ulteriore osservazione di 15 minuti senza monitoraggio al termine del quale il paziente può essere congedato. Le procedure infiltrative ambulatoriali non prevedono l'esecuzione di esami ematochimici se non vengono identificati all'anamnesi e all'esame obiettivo del paziente specifici fattori di rischio emorragico, metabolico o cardiovascolare. Tutte le procedure maggiori in regime di ricovero ordinario o DH prevedono l'inserimento nel percorso del prericovero per l'esecuzione degli esami preoperatori previsti dai protocolli aziendali.

TERAPIA ANTIAGGREGANTE E ANTICOAGULANTE

Nei pazienti in terapia antiaggregante e anticoagulante vengono applicati i protocolli di sospensione previsti per l'attività chirurgica e per l'anestesia locoregionale, nel rispetto delle linee guida a cui si rimanda.

PRINCIPALI PATOLOGIE TRATTATE

Il sintomo comune a tutta la patologia trattata è il DOLORE, acuto o cronico, di qualunque tipologia (nocicettivo, neuropatico) e origine (correlato a patologia degenerativa, infiammatoria, ischemica, compressiva, oncologica, neurologica, miofasciale, traumatica, psicogena). Il ruolo fondamentale dell'Algologo e' identificare il tipo o i tipi di dolore presenti in una determinata condizione e i meccanismi fisiopatologici coinvolti, in modo da indirizzare nel modo più congruo e secondo un criterio "patogenetico" la scelta terapeutica sia farmacologica che basata su specifiche procedure.

Di seguito un elenco delle principali patologie trattate secondo un classico schema classificativo, sottolineando che è di pertinenza algologica la diagnosi e la terapia del dolore di qualsiasi natura o origine (anche quando di natura non determinata).

- Osteoartrosi
- Radicolopatia
- Dolore assiale vertebrale
- Algia Sacroiliaca
- Sindromi Canalicolari
- Sindrome da ipotensione liquorale
- Nevralgia Trigeminale
- Neuropatie Periferiche
- Nevralgie post-traumatiche e post-chirurgiche
- Arteriopatia Obliterante degli arti inferiori
- Dolore in corso di neoplasie
- Sindromi miofasciali e fibromialgiche
- Dolore in corso di malattie reumatologiche

Dott. Vinicio Dima
Dirigente Medico Anestesia e Rianimazione
Ospedale "M. Bufalini" Cesena

Indicazioni per l'accesso del paziente con dolore nel centro Spoke

Il dolore è un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole, influenzata da fattori biologici, psicologici e sociali. È frequentemente causa di disabilità e peggioramento della qualità di vita delle persone che ne soffrono. Le difficoltà economiche individuali, familiari e sociali che ne derivano sono sempre più significative in virtù del progressivo invecchiamento della popolazione.

Sulla base di recenti valutazioni epidemiologiche, allo stato attuale, si valuta che la prevalenza nella popolazione italiana di persone affette da dolore cronico severo sia compresa tra 800.000 e un milione di residenti-anno. I dati si raddoppiano se si considerano i pazienti affetti da dolore cronico moderato. Uno degli obiettivi del Sistema Sanitario Nazionale è la cura del dolore e la continuità assistenziale ai

pazienti affetti da dolore cronico. La legge 15 marzo del 2010 n°38 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore.
La normativa promuove il completamento delle reti di Terapia del Dolore e pone attenzione ad un sistema di accreditamento che prevede:
- il coordinamento delle reti sia a livello regionale che locale
- l’integrazione sanitaria e sociosanitaria
- il potenziamento dei rapporti tra le equipe operanti a livello ospedaliero e le attività territoriali della medicina generale
- l’attivazione di nuovi percorsi formativi.

È stato dimostrato che l’accesso alla terapia del dolore è correlato al recupero delle normali attività quotidiane, compresa l’attività lavorativa, andando ad influire positivamente sulla qualità della vita garantendo oltretutto una ripresa economica individuale e sociale. Favorire l’accesso alla terapia del dolore porterebbe progressi anche nell’efficacia e nell’efficienza dei servizi sanitari, prevendo ricoveri ospedalieri evitabili o inappropriati.

Dott. Giovanni Musetti
Direttore U.O.C. Terapia Antalgica
Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma

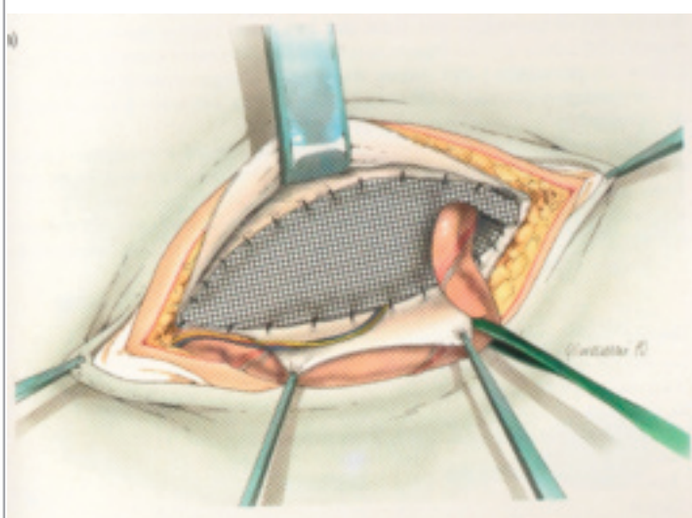
ERNIE E DIFETTI DELLA PARETE ADDOMINALE: ORIENTAMENTI DI TECNICA ATTUALI

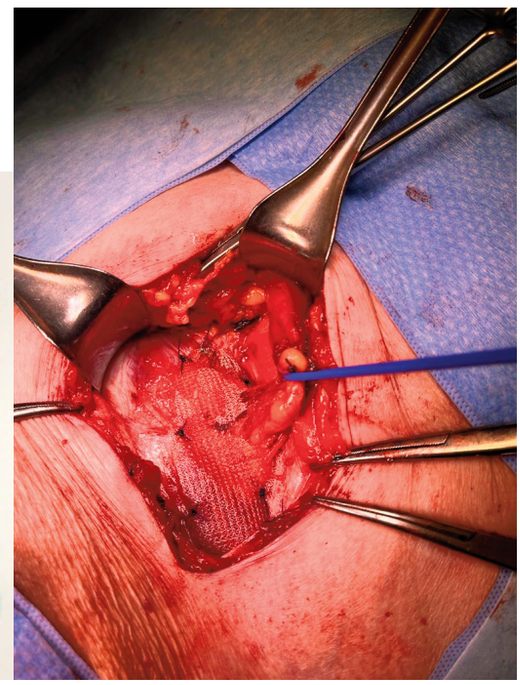
21/04/2022

CONSIDERAZIONI E PUNTI CHIAVE

I difetti dalla parete addominale rappresentano un eterogeneo gruppo di patologie che presentano segni e sintomi diversi a seconda della sede anatomica interessata.
Si tratta di patologie con impatto sociale se si pensa che annualmente circa 20 milioni di persone si sottopongono al trattamento dell'ernia inguinale.
Di queste patologie le più frequenti sono rappresentate dall'ernia inguinale, dall'ernia ombelicale e, dal laparocele post-chirurgico. Più rare sono l'ernia crurale e le ernie della parete addominale laterale (Spigelio).
Interessano entrambi i sessi con predominanza del sesso maschile per quello che riguarda le ernie inguinali e del sesso femminile per le ernie crurali.
Per quanto riguarda le ernie inguinali possono essere classificate dirette (20%) se interessano il pavimento del canale inguinale od oblique esterne (70%) se decorre lungo in funicolo spermatico.
L'eziopatogenesi del laparocele è importante: può essere presente un difetto di cicatrizzazione associata a squilibri della parete addominale (obesità, multiparità, relaparotomie) che ne determinano un aumento della pressione (BPCO, stipsi).
Per lo più asintomatiche, presentano sintomi comuni che vanno dal senso di peso e dolore inguinale, crurale od ombelicale fino al pericoloso intasamento e strangolamento intestinale, maggiormente tipico dell'ernia crurale o del laparocele di grandi dimensioni con impegno dell'omento o di anse intestinali nella porta erniaria.
La diagnosi è eminentemente basata sulla sintomatologia se presente, sull'esame obbiettivo e clinico e sulla diagnostica radiologica di tipo ecografico.
Il trattamento gold standard di tali difetti è eminentemente chirurgico utilizzando la plastica del difetto erniario con sutura diretta nei casi di ernia ombelicale di piccole dimensioni o di ernia crurale; nei casi di ernia inguinale o di ernie incisionali si ricorre al posizionamento di protesi sintetiche (plastica secondo Lichtenstein la più utilizzata) a rinforzare la barriera anatomica e prevenire l'insorgenza di recidive rare ma di complesso trattamento (secondo le linee guida europee Evidenza di tipo A).
L'approccio mininvasivo nelle ernie inguinali ed incisionali è stato utilizzato dagli anni '90 e risulta vantaggioso in termini di morbilità, mortalità, ridotto dolore post-operatorio e buon risultato cosmetico, ma non vi è alcuna evidenza definitiva di una superiorità di quest'approccio rispetto a quello open (costi 16€ vs 900€).
Il trattamento chirurgico di plastica con protesi pur essendo ormai ubiquitariamente utilizzato può essere foriero in alcuni casi di complicanze anche gravi e gravose per il paziente se non eseguito correttamente.
Complicanze possibili dell'intervento di plastica di ernia inguinale sono: disfunzione sessuale, orchite ischemica, ematoma ed alterazioni testicolari ma la complicanza più temuta e da prevenire è la neuralgia cronica.
Il 15% dei pazienti presenta dolore invalidante. Vi può essere un danno primario (sezione intrappolamento o danno da stiramento dei nervi ileo-ipogastrico, iòleo-inguinale e branca ileo-pubica del genito-femorale) o secondario (processo infiammatorio innescato dalla mesh, meshoma con intrappolamento del nervo).
Clinicamente è presente una triade di sintomi: dolore urente che si irradia nella sede dei nervi; alterata percezione sensoriale nei territori e dolore che recede alla somministrazione di anestetico sul decorso dei nervi.
Il trattamento della neuralgia cronica prevede l'utilizzo di infiltrazione anestetica del nervo, l'utilizzo

di gabapentin o pregabalin e può giungere fino alla triplice neurectomia selettiva e multipla. La rimozione della protesi è obbligatoria e la nuova protesi dovrebbe essere posta per via pre-peritoneale.
Nel 0.5 -15% dei casi si assiste ad una recidiva dell'ernia. Le cause possono essere: riparazioni sotto tensione nelle plastiche senza mesh; inadeguata fissazione della mesh od overlap del tubercolo pubico o del margine mediale; mancata resezione del lipoma pre-erniario; eccessiva devascolarizzazione e dissezione.
Fattori favorenti la recidiva sono: fumo, obesità, diabete, età avanzata, chemioterapia, corticosteroidi, incremento pressione addominale.
Recidive precoci sono vizi della chirurgia quelle tardive sono legate al paziente; in generale si consiglia cessazione del fumo, controllo o perdita del peso e cessazione delle terapie.
Il trattamento consiste nella plastica con mesh lasciando la precedente in sede (tecniche TEP TAPP Lichtenstein, plug and patch).
In conclusione si può affermare che il trattamento chirurgico dei difetti della parete addominale è ormai ben codificato e definito ma non vanno minimizzate le indicazioni precise e l'utilizzo di una tecnica corretta in mani esperte per non incorrere in complicazioni che rendano la vita del paziente una via crucis clinica e terapeutica.





Dott. Stefano Sanna
Dirigente Medico Chirurgia Generale
Casa di Cura Villa Serena - Gruppo OPF di Forlì

Dott. Domenico Garcea
Responsabile Chirurgia Generale
Casa di Cura Villa Serena - Gruppo OPF di Forlì

LA LEZIONE DEL COVID: SPUNTI PER UN MIGLIORAMENTO DEL SSN

14/05/2022

Il Covid 19 ha picchiato duro coinvolgendo moltissimi cittadini. I grandi numeri ci dicono che oltre il 70% di questi coincide con la categoria delle persone "fragili"; in genere anziane, polipatologiche, cronicizzate, sole, povere, emarginate, senza reti di protezione sociale.
Con il volume "Covid e fragilità" si presentano i risultati conclusivi di una indagine che ha considerato 4 aree di assistenza (ospedaliera, residenziale sociosanitaria, domiciliare e della integrazione sociosanitaria) nelle quali si è manifestato in misura preponderante il bisogno assistenziale espresso dalle persone fragili, osservando quanto è accaduto ai Sistemi sanitari e sociosanitari di 9 Regioni italiane. Si è giunti, così, a selezionare, sia le maggiori, ricorrenti e condivise criticità che, durante la pandemia, sono state denunciate da circa 40 intervistati (medici – dirigenti e non – infermieri, operatori sociali, familiari di pazienti, presidenti di associazioni di volontariato e singoli volontari) sia le soluzioni adottate (o che dovrebbero esserlo) per superare tali criticità.
Queste possono compendiarsi in un unico, grande "fenomeno": la rapida dissociazione delle parti del sistema sanitario e sociosanitario, la incomunicabilità fra i professionisti, la evanescenza delle linee di comando, la perdita dei punti di riferimento da parte del paziente, ecc…
In una espressione: l'improvviso lacerarsi del tessuto connettivo fra le componenti della organizzazione, con il conseguente ingigantirsi della entropia del sistema.
Altrettanto sintetico e onnicomprensivo si configura, peraltro, l'insieme delle proposte correttive che guardano al futuro post-Covid: ovvero, tutto ciò che può sviluppare processi di integrazione organizzativa, operativa, gestionale, istituzionale, professionale e tecnologica.
Il volume fa sintesi di tali linee di miglioramento e le indica articolandole in tre aree tematiche:

- la prima, ricomprende alcuni, grandi processi di integrazione di cui è emersa prepotentemente la esigenza nei "racconti" degli intervistati: la creazione di reti clinico-assistenziali sociosanitarie; lo sviluppo deciso dei percorsi di "presa in carico e di continuità assistenziale"; le forme della integrazione sociosanitaria; la strutturazione stabile di modalità di cooperazione fra le Istituzioni e il volontariato di prossimità.
- La seconda, contempla alcuni fattori che favoriscono tali processi rendendoli più incisivi e rapidi; si tratta della sanità digitale e della telemedicina, oltre che della evoluzione del ruolo dell'infermiere, sempre di più orientato verso l'ampliamento delle funzioni di "care" e di "case" management.
- La terza, approfondisce l'assetto di alcuni contesti e servizi nei quali le forme della integrazione sono (o devono essere) presenti al massimo livello possibile: le "medicine di gruppo"; le Case della comunità; le assistenze domiciliari e quella ospedaliera.

Per ciascuno di tali argomenti non ci si limita ad illustrare che cosa è necessario fare, ma anche il "come" farlo, proponendo monografie che, per taluni aspetti, rasentano la manualistica.

Dott. Fosco Foglietta
già Direttore generale della Asl di Ferrara
e Presidente della società CUP 2000 spa

DOLORE CRONICO NON ONCOLOGICO E LINEE GUIDA REGIONALI

26/05/2022

Il dolore cronico non oncologico è un dolore che persiste oltre il consueto decorso della malattia acuta o al di là del tempo di guarigione previsto (IASP 2019). Si distingue dal dolore acuto, che ha breve durata e una correlazione lineare con un danno o uno stimolo valutato pericoloso, e dal dolore persistente che non è altro che un dolore acuto prolungato nel tempo.
L'incidenza di questo tipo di dolore è elevata, circa il 19% della popolazione europea ha sofferto o soffre almeno una volta nella vita di dolore cronico non oncologico moderato-severo con un enorme impatto sul sistema sanitario e quindi sulla spesa correlata. Questo tipo di dolore è infatti tra le principali causa di disabilità e impatta enormemente sulla qualità della vita con frequenti demansionamenti professionali.
Alla base di questo dolore vi sono fattori di rischio genetici, immodificabili, come una storia familiare di dolore cronico e alterazioni genetiche di canali ionici. Ma vi sono anche fattori di rischio individuali sui quali è possibile lavorare, tra questi una storia di ansia e depressione, la tendenza alla catastrofizzazione e una storia di dolore intenso mal controllato.
I meccanismi con i quali si instaura sono molteplici. Si parte spesso da una sensibilizzazione periferica che interferisce con i segnali trasmessi dal 1° neurone dal nocicettore periferico che, in presenza di iperstimolazione, porta a iperalgesia e infiammazione neurogena. Questa a sua volta può innescare un meccanismo di sensibilizzazione centrale a livello delle vie sensitive del midollo spinale per portare modifiche fino alla corteccia insulare, prefrontale e del cingolo anteriore con comparsa anche di allodinia. Responsabili sono anche la compromissione della via inibitoria discendente, la cui attività si riduce, e della via facilitatoria discendente che invece si potenzia. Si assiste infine ad un vero e proprio rimodellamento maladattativo del SNC con modifiche strutturali di glia e microglia che una volta "innescate" entrano in un processo infiammatorio cronico irreversibile.
Questi meccanismi ci fanno capire la difficoltà che spesso noi clinici incontriamo nel trattare questo tipo di dolore. E' infatti fondamentale inquadrare il meccanismo sottostante al dolore cronico che stiamo curando per poterlo trattare al meglio.
Per farlo ci viene in aiuto un documento pubblicato nel 2021 dalla Regione Emilia-Romagna in cui vengono date delle raccomandazioni terapeutiche sia di tipo farmacologico che infiltrativo per trattare il dolore cronico non oncologico.
Nelle raccomandazioni farmacologiche, il dolore viene diviso in 5 gruppi:
- Dolore osteoarticolare persistente
- Dolore cronico del rachide
- Dolore neuropatico
- Fibromialgia
- Algodistrofia

Per ognuna di queste categorie di dolore, il Gruppo di Lavoro Regionale ha analizzato le LG più aggiornate presenti in letteratura dando indicazioni e raccomandazioni sui metodi farmacologici più efficaci. Oltre alle terapie farmacologiche, nel documento viene fatta una carrellata su terapie infiltrative e tecniche interventistiche utili sia come trattamento di prima linea che nei casi in cui la terapia medica abbia fallito.
Si parla di infiltrazioni intendendo l'iniezione di farmaci e/o altre molecole attive in corrispondenza o nelle immediate vicinanze delle strutture interessate dal processo patologico e dalle quali origina il dolore, utilizzando cortisone, ozono o acido ialuronico, a cui possono essere associati anestetici locali e soluzione fisiologica.
Nel documento regionale le diverse tecniche infiltrative vengono suddivise in base al distretto anatomico in cui si possono applicare e alla tipologia:
1- Infiltrazioni dorso-lombari (faccette articolari, epidurale interlaminare, epidurale transforaminale, epidurale caudale, articolazione sacro-iliaca, pericoccigea)

2- Infiltrazioni cervicali (faccette articolari, epidurale interlaminare)
3- Infiltrazioni perineurali
4- Blocchi gangliari
Per quanto concerne le tecniche interventistiche si distinguono:
1- Neuromodulazione elettrica
2- Neurolisi fisica (radiofrequenza continua o pulsata, crioablazione)
3. Neurolisi chimica (soluzioni saline ipertoniche, alcool etilico, fenolo)
4- Terapia intratecale (pompe intratecale)
Come si evince dal documento le tecniche per la gestione del dolore cronico non oncologico sono molteplici, richiedono in tutti i casi competenze specifiche e in base alla loro complessità vengono eseguite in centri Spoke o Hub. Per un corretto invio dei pazienti è quindi fondamentale nei casi di dolore cronico non oncologico una valutazione precoce presso uno specialista algologo.
Il documento regionale per tale motivo conclude affermando che le raccomandazioni terapeutiche devono essere opportunatamente declinate nelle realtà locali dove fondamentale è la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali e la programmazione aziendale, provinciale e di area vasta.

Dott.ssa Morena Calli
Dirigente Medico Unità Operativa di Anestesia-Rianimazione e Terapia Antalgica
Ospedale Morgagni Pierantoni di Forlì

BIBLIOGRAFIA

La terapia farmacologica del dolore cronico: la valutazione del Gruppo di Lavoro sui farmaci per il trattamento del dolore cronico.
Trattamento del dolore cronico con terapia infiltrativa e tecniche interventistiche: la valutazione del Gruppo di lavoro regionale.
Gruppo di lavoro regionale costituito con Determinazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare N. 16688 del 24/10/2017. Supporto scientifico: Area Farmaco e Dispositivi Medici Servizio Assistenza Territoriale, Regione Emilia-Romagna. Ricerca bibliografica: Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna. Pubblicato ad Agosto 2021.

NUOVI APPROCCI DI DIAGNOSTICA MOLECOLARE INTEGRATA: NEXT GENERATION SEQUENCING E ARMONIZZAZIONE CON TEST DI LABORATORIO DI SECONDO LIVELLO

09/06/2022

Applicazione di Next Generation Sequencing (NGS) nella medicina di laboratorio: sviluppi della diagnostica molecolare

Dalla pubblicazione della prima bozza del genoma umano, 20 anni fa, sono emerse diverse nuove tecnologie di sequenziamento. Mentre alcune fanno diminuire il costo del sequenziamento del DNA, altre affrontano le parti difficili del genoma che finora erano rimaste inaccessibili. Ma il sequenziamento di nuova generazione (NGS) è un ambiente tecnologico in rapida evoluzione e ci si può facilmente perdere tra sequenziatori di seconda e terza generazione o tra i pro e i contro delle tecnologie a lettura breve e a lettura lunga. In questo incontro abbiamo passato in rassegna le principali tecnologie NGS attualmente disponibili. Abbiamo presentato i protocolli di preparazione dei campioni e i metodi di sequenziamento, evidenziando brevemente i requisiti e i vantaggi di ciascuna tecnologia. Abbiamo inoltre sottolineato l'importanza di un continuo aggiornamento metodologico, in modo da poter usufruire della tecnologia più potente e rapida per ottenere risultati atti a diagnosticare una patologia a base genetica e per poter applicare algoritmi complessi di predisposizioni a diverse patologie.

Le malattie genetiche rare, se considerate nel loro insieme, sono relativamente comuni. Nonostante i progressi della genetica e delle tecnologie genetiche e genomiche, nonché la maggiore comprensione della funzione e della disfunzione genomica, molte malattie genetiche continuano a essere difficili da diagnosticare. L'obiettivo di questo incontro è stato quello di aumentare la familiarità con le strategie di test genetici per gli operatori non genetisti. Poiché i test genetici sono sempre più utilizzati nelle cure primarie, in molte cliniche subspecialistiche e in vari contesti di ricovero, è importante che i test genetici siano utilizzati in ambiente ospedaliero, ed è importante che gli operatori non genetisti abbiano una conoscenza di base dei punti di forza e di debolezza delle varie strategie di test genetici, oltre a sviluppare la capacità di interpretare i risultati dei test genetici. In questo incontro abbiamo fornito un background sugli approcci ai test genetici comunemente utilizzati, abbiamo dato esempi di fenotipi in cui i vari approcci ai test genetici vengono utilizzati, abbiamo descritto i tipi di variazioni genetiche e genomiche, abbiamo trattato le sfide nell'identificazione delle varianti, abbiamo riportato esempi in cui il sequenziamento di prossima generazione (NGS) non è riuscito a scoprire la variante responsabile di una malattia, e abbiamo discusso le opportunità di miglioramento continuo nell'applicazione clinica del NGS. Poiché i test genetici sono sempre più parte di tutte le aree della medicina, la familiarità con gli approcci ai test genetici e l'interpretazione dei risultati è fondamentale per ridurre il peso delle malattie non diagnosticate.
Risulta quindi importante familiarizzare con nuove tecnologie di biologia molecolare ed aver una formazione necessaria per poter conoscere quale metodica applicare per ottenere un risultato fruibile ed azionabile per il beneficio globale del paziente, e riconoscere i limiti e le possibilità delle nuove tecnologie di laboratorio.

Dott. Francesco Pallotti
Professore associato di Biochimica clinica e Biologia molecolare clinica
Università degli Sudi dell'Insubria, Varese;
Dirigente medico convenzionato
SSD Laboratorio analisi-SMel specializzato in Citogenetica e genetica medica
ASST-Sette Laghi, Varese

L'introduzione delle tecniche di biologia molecolare ha pesantemente rivoluzionato la medicina di laboratorio fornendo nuove possibilità diagnostiche e prognostiche un tempo difficilmente immaginabili. Ma non è stato un processo rapido né tantomeno facile.
Quando nuove tecnologie si affacciano nell'ambito della medicina il processo della loro implementazione è lungo e richiede una maturazione culturale che peraltro è essenziale anche per un controllo critico nella discussione di dati che sono alla base del processo diagnostico e prognostico. La prudenza è sempre doverosa in ogni implementazione tecnologica in medicina, ma per la biologia molecolare in medicina i tempi di gestazione sono ormai finiti.
Nell'incontro del 9 giugno si è discusso di alcuni aspetti della diagnostica che sono radicalmente mutati con l'introduzione di tecniche di biologia molecolare. Nel primo esempio si è presentato il caso di come sia cambiata la diagnostica relativa alla determinazione della resistenza alla proteina C attivata (o APCR, sigla del nome inglese Activated protein C resistance) che è un disordine dell'emostasi caratterizzato da una debole risposta anticoagulante alla proteina C attivata (APC). La proteina C è una glicoproteina vitamina K-dipendente sintetizzata nel fegato che circola in forma inattiva e viene attivata ad APC dal complesso trombina-trombomodulina sulla superficie endoteliale. La resistenza all'APC è nel 90% dei casi dovuta a una mutazione nel gene del Fattore V che comporta la sostituzione di Arg534 (R) con Gln (Q) nella proteina del Fattore V.
Questa mutazione rende la proteina del Fattore V resistente all'inattivazione da parte dell'APC.
La resistenza all'APC è indicata come anomale quando il rapporto di sensibilità all'APC è inferiore al valore di cut off di 2,0. Tale anomalia è il difetto ereditario più frequente associato alla trombosi venosa profonda. Il ruolo del laboratorio di genetica interviene proprio in questa fase ove la presenza di una anomalia nella resistenza alla proteina C è confermata con approccio genetico, che permette di fare diagnosi certa e identificare il fattore di rischio trombo embolico.
Altri casi in cui l'intervento del medico biologo molecolare è critico riguardano l'inquadramento di anemia congenite. L'anomalo comportamento dell'emoglobina è determinato da mutazioni che ne compromettono la stabilità e quindi la funzionalità, come nella anemia falciforme (emoglobina S). L'identificazione di varianti patologiche dell'emoglobina è quindi un campo specifico di applicazione della biologia molecolare come nel caso dell'identificazione della emoglobina C, D ed E, che è la più diffusa dopo l'emoglobina S. Mutazioni poi a carico del citocromo P450 sono importanti nel metabolismo dei farmaci e delle sostanze xenobiotiche e pertanto forniscono informazioni preventive importanti nell'esecuzione delle terapie farmacologiche.
Nel caso del fattore di crescita FGF23 esiste una mutazione che è alla base del nanismo ipofosfatemico, che permette una diagnosi sicura e l'uso dei nuovi farmaci biologici risolutivi di questa patologia genetica.
In una rapida carrellata si è quindi cercato di sottolineare l'importanza della biologia molecolare quale strumento formidabile per una diagnostica e un monitoraggio terapeutico sempre più efficienti e moderni.

Dott. Alberto Passi
Professore ordinario di Biochimica clinica e Biologia molecolare clinica
Università degli Sudi dell'Insubria, Varese
Direttore f.f., UOC Medicina di Laboratorio di Analisi chimico cliniche
ASST-Sette Laghi, Varese

I MEDICI E IL DOVERE DI TRATTARE IL NEMICO

(di Daniela Ovadia — Agenzia Zoe)

I medici possono sostenere il boicottaggio delle forniture sanitarie, compresi i farmaci e i trattamenti salvavita, ai cittadini russi? Dovrebbero farlo?

Recentemente, la questione è stata sollevata nelle chat e nei social media, soprattutto qui in Europa. La guerra fa ormai parte della nostra vita quotidiana. Siamo tutti impegnati ad aiutare i rifugiati ucraini, fornendo assistenza sanitaria di base, aprendo le nostre case per ospitarli, e raccogliendo beni e farmaci da inviare ai confini dell'Ucraina dove migliaia di rifugiati sono oramai ammassati. Tutti noi riconosciamo che ci sono vittime e aggressori.

Quando devo rispondere a domande così impegnative, sono contenta di aver scelto di studiare e insegnare etica e bioetica. Carte, linee guida e dichiarazioni etiche funzionano bene come un "esoscheletro morale" che mi aiuta a tenere a mente i valori più alti della medicina, anche quando questi valori stabiliscono soglie morali molto impegnative e a volte si scontrano con il mio istinto.

Le Convenzioni di Ginevra (quattro trattati firmati nel 1949, alla fine della Seconda guerra mondiale, e tre protocolli aggiuntivi firmati nel 1977) stabiliscono norme legali internazionali per il trattamento umanitario in tempo di guerra, compresa l'assistenza sanitaria. Assicurano protezione ai feriti, ai malati e ai civili in una zona di guerra e nelle sue vicinanze.

Naturalmente, hanno lo scopo principale di proteggere coloro che sono attaccati dalla crudeltà dell'aggressore, e ci sono molte prove che la campagna militare russa sta violando le regole delle Convenzioni di Ginevra prendendo di mira ospedali e strutture sanitarie. Ma questo permette alla comunità medica internazionale di tagliare i legami con il sistema sanitario russo, impedendo alle aziende farmaceutiche e all'industria medica di inviare i propri prodotti nel paese dell'aggressore? A mio parere, la risposta è no. Le Convenzioni di Ginevra affermano che le regole di protezione si applicano ai civili in qualsiasi paese coinvolto in una guerra, e anche ai soldati in difficoltà, una volta che sono feriti o lasciano il campo di battaglia.

Anche se volessimo basarci solo sulle teorie bioetiche classiche di beneficenza e non maleficenza delle azioni mediche, potremmo essere nei guai se contribuiamo al crollo del sistema sanitario russo con l'obiettivo di fare pressione sul governo russo per fermare la guerra.

La Russia è un paese molto grande, già afflitto da enormi diseguaglianze nella salute. Il boicottaggio economico sta già causando una carenza di forniture salvavita, come i farmaci per le chemioterapie e le tecnologie diagnostiche, come ha ben descritto una giornalista russa in un articolo su questo stesso sito. Possiamo facilmente prevedere che il numero di morti evitabili crescerà velocemente. Abbiamo già visto un aumento significativo del tasso di mortalità nei paesi occidentali durante la pandemia, quando l'accesso alle misure preventive e ai trattamenti è stato compromesso. Ci aspettiamo che le sanzioni abbiano un impatto simile, e probabilmente i nostri politici si aspettano che spingano i cittadini russi a ribellarsi contro il criminale di guerra che sta governando il loro paese. Ma i politici hanno ruoli diversi e quadri etici diversi dai medici e dagli operatori sanitari, secondo la bioetica moderna.

Gli interessi degli esseri umani e quelli della società

La Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina (meglio conosciuta come Convenzione di Oviedo), firmata dal Consiglio d'Europa nel 1997, è il primo testo internazionale giuridicamente vincolante che mira a preservare la dignità, i diritti e le libertà dell'uomo attraverso una serie di principi e divieti contro l'uso improprio dei progressi della medicina. Il punto di partenza della Convenzione è che *gli interessi degli esseri umani devono venire prima degli interessi della scienza o della società.* Si basa sulla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani delle Nazioni Unite, e specialmente sugli articoli dal 22 al 27 che stabiliscono i diritti economici, sociali e culturali degli individui, compresa la salute e si riferisce in particolare alle cure date a chi è in maternità o nell'infanzia. La Convenzione di Oviedo stabilisce una serie di principi e divieti in materia di bioetica, ricerca medica, consenso, diritti alla vita privata e all'informazione, ecc. Ma, prima di tutto,

stabilisce il principio che tutti hanno il diritto di essere curati, se malati, e che è dovere di ogni medico curare chiunque ne abbia bisogno, senza chiedere e senza esprimere giudizi morali.
Si tratta di un principio importante e fondante della bioetica moderna, sancito anche in altri documenti, come la Dichiarazione di Helsinki della World Medical Association, adottata per la prima volta dalla diciottesima Assemblea Generale della WMA nel giugno 1964 e modificata più volte (l'ultima nel 2013). Sia la Convenzione di Oviedo che la Dichiarazione di Helsinki sono concepite principalmente per proteggere gli esseri umani nella ricerca medica.
Questo è un ulteriore problema che la comunità medica e le compagnie farmaceutiche dovranno affrontare se vogliono davvero interrompere qualsiasi collaborazione con la comunità scientifica russa, perché le moderne carte bioetiche affermano che chi inizia una sperimentazione clinica ha il dovere di portarla a termine e ha anche il dovere di continuare a offrire un trattamento adeguato ai pazienti reclutati, anche in caso di interruzione della sperimentazione e indipendentemente dalle ragioni sottostanti.
Non è la prima volta che le sanzioni hanno un impatto sulla salute di un paese. Durante gli anni '80, il boicottaggio scientifico del Sudafrica colpì la salute dei cittadini sudafricani, anche se i farmaci e le forniture mediche non erano inclusi nel divieto commerciale. I sostenitori interni delle sanzioni, come la National Medical and Dental Association, una delle principali organizzazioni mediche anti-apartheid, hanno discusso, allora, i modi per sostenere le sanzioni economiche e, allo stesso tempo, proteggere i più vulnerabili dal peso che derivava da queste politiche.
Il "nemico come paziente" e ciò che possiamo imparare, da un punto di vista etico, dall'esperienza dei medici coinvolti nel trattamento dei nemici è stato il soggetto di un recente studio molto interessante di Rubinstein e Bentwich. Si tratta di un'analisi quantitativa dei pregiudizi impliciti nei medici israeliani che trattano sia i siriani feriti che i terroristi civili palestinesi. I risultati mostrano che i medici israeliani sono più prevenuti verso i civili palestinesi, ma il commento più interessante, a mio avviso, è quello che gli autori hanno aggiunto all'abstract: "Questa carenza [di empatia verso certi tipi di nemici] mina il principio di beneficenza, influenzando così l'adempimento dell'impegno di curare i pazienti. Riconoscere e affrontare le potenziali carenze emotive ed etiche in gioco negli incontri con i cosiddetti nemici-pazienti è importante per la comunità medica globale, poiché tali incontri sono sempre più parte integrante delle attuali realtà politiche affrontate sia dal mondo sviluppato sia da quello in via di sviluppo."
In conclusione, la comunità medica è quindi impossibilitata a sostenere qualsiasi sanzione o boicottaggio? Penso che possiamo trovare una buona risposta a questa domanda in una dichiarazione sullo status morale del boicottaggio scientifico in generale, pubblicata su Nature nel 2003 da un gruppo di scienziati. Secondo gli autori, tra cui Colin Blakemore e Richard Dawkins, un boicottaggio scientifico deve soddisfare condizioni precise, tra cui un giudizio esplicito e ampiamente condiviso sul fatto che valga la pena abbandonare il principio di universalità della scienza per un particolare e soverchiante guadagno.
Bisogna essere sicuri che il boicottaggio contribuisca effettivamente a cambiare "il comportamento inaccettabile di un regime" perché "non è solo un gesto politico". Infine, ma non meno importante, il boicottaggio dovrebbe essere "parte di un programma di misure concordate a livello internazionale che esprimono orrore collettivo contro un regime e sono necessarie per evitare qualche disastro prevedibile", al fine di evitare qualsiasi decisione guidata dalla ritorsione invece che dal beneficio. Nel caso del divieto commerciale russo, queste misure devono essere prese a sostegno dell'Ucraina, in primo luogo, ma anche dei civili russi, magari attraverso programmi sostenuti a livello internazionale per garantire almeno le forniture salvavita.
"In onore della conoscenza che ho ricevuto dai miei maestri, giuro di prendermi cura di chiunque soffra, principe o schiavo".
Giuramento di Ippocrate

I NARCISISTI TENDONO A NON RISPETTARE LE REGOLE ANTI-COVID

(da WIRED) Dimmi quanto rispetti le regole anti Covid-19 e ti dirò che narcisista sei. Forse non sarà proprio così automatico, ma uno studio della Pennsylvania State University (Usa) suggerisce che più una persona presenta tratti narcisistici meno è propensa a aderire alle forme di mitigazione del contagio da Sars-Cov-2, quindi a indossare le mascherine e a vaccinarsi.
Per gli esperti esistono due forme di narcisismo "estremo". Chiamate narcisismo grandioso e narcisismo vulnerabile. Hanno caratteristiche comuni come l'egocentrismo e un senso esagerato di importanza, la tendenza a interagire con gli altri in modo antagonistico e il bisogno di veder riconosciute le proprie indubbie qualità. Ma mentre il narcisista grandioso manifesta la propria altissima autostima dando a chi gli sta attorno l'illusione di essere una persona molto sicura di sé ma nello stesso tempo positiva (tanto da ammaliare il prossimo), il narcisista vulnerabile appare, invece, insicuro, sempre sulla difensiva, ipersensibile e suscettibile alle critiche.
Al di là di questi estremi, però, spiega Peter Hatemi della Penn State, "abbiamo tutti un certo livello di narcisismo grandioso e vulnerabile. È una parte naturale della personalità di tutti gli umani, senza la quale non funzioneremmo correttamente". Il narcisismo, insomma, si collocherebbe in un continuum, con tratti più o meno accentuati in ciascuno di noi, che però - sostiene il ricercatore - possono essere alimentati e dirottati verso specifici temi. Da messaggi politici, per esempio.
Questo fenomeno, secondo la teoria di Hatemi, si sarebbe verificato anche durante la pandemia: i tratti narcisistici del carattere avrebbero condizionato il modo di reagire di ognuno, e i più narcisisti sarebbero diventati i più anticonformisti.
Per verificare se ci fosse un'associazione tra il narcisismo e i comportamenti tenuti dalle persone nel periodo dell'emergenza, Hatemi e il collega Zoltán Fazekas hanno condotto nel marzo 2021 una ricerca su 1.100 adulti. Queste persone hanno fornito dati demografici e orientamenti politici (ricerche precedenti hanno mostrato come i conservatori tendano a sentirsi meno vulnerabili a Covid-19) e hanno risposto a diverse domande sulle loro abitudini nell'indossare le mascherine, la loro propensione verso i vaccini e le loro preoccupazioni circa la pandemia. Alcuni quesiti, poi, erano mirati a valutare il livello di narcisismo della loro personalità.
Analizzando i dati, i ricercatori hanno concluso che i partecipanti con un più spiccato narcisismo grandioso avevano meno probabilità di indossare le mascherine e di farsi vaccinare. Tuttavia, se sceglievano di seguire le norme per il contenimento del contagio, erano anche quelli più propensi ad invitare gli altri allo stesso comportamento.
Anche le persone nello spettro del narcisismo vulnerabile con tratti di egoismo e egocentrismo prevalenti avevano maggiori probabilità di non indossare le mascherine e di non volersi vaccinare; coloro nei quali, invece, prevale la suscettibilità nei confronti del giudizio altrui sono più propensi a adeguarsi alle regole anti-Covid.
Lo studio, sostengono i ricercatori, dà spunti per sviluppare forme di narrativa e di sensibilizzazione diverse, che facciano leva su ciò che è davvero importante per le diverse categorie di persone: il bisogno di distinguersi per un narcisista grandioso, quello di non subire il giudizio sociale per un narcisista vulnerabile.

COME MANEGGIARE IL BURNOUT TRA GLI OPERATORI DI CURE PRIMARIE

(da Univadis - di Vasumathy Sivarajasingam (MGP) Il burnout è definito dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) nell'undicesima revisione della classificazione internazionale delle malattie (ICD-11) come una sindrome "risultante da uno stress cronico sul posto di lavoro che non è stato gestito con successo". Nell'ICD-11, il burnout è classificato come un fenomeno occupazionale piuttosto che come una condizione medica o un disturbo mentale. La condizione è caratterizzata da tre dimensioni:
sensazione di esaurimento di energia o di stanchezza;
aumento della distanza mentale dal proprio lavoro, o sentimenti di negatività o cinismo a esso correlati;
un senso di ridotta efficacia professionale e di mancanza di realizzazione.
Il burnout porta a uno stato di esaurimento emotivo, mentale e fisico in cui un individuo non è più in grado di soddisfare le richieste che gli vengono poste. La sindrome presenta uno spettro di sintomi che includono lacrime agli occhi, depersonalizzazione, sentimenti di disperazione, depressione e ansia.

La storia del burnout
Il termine "burnout" è stato concepito negli anni '70 dallo psicologo americano Herbert Freudenberger, che lo utilizzò per descrivere le conseguenze di un grave stress legato al lavoro tra coloro che operavano nelle professioni "di aiuto". Da allora, è diventato evidente che il burnout può colpire chiunque sia sottoposto a stress e sovraccarico di lavoro.
Nel 1981 è stato sviluppato il primo e più comunemente utilizzato strumento di valutazione, il Maslach Burnout Inventory, per l'autovalutazione del rischio di burnout. Lo strumento valuta tre aspetti della sindrome: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale.

Il burnout nel servizio sanitario
Sebbene il burnout possa verificarsi in tutti i contesti, è particolarmente diffuso tra gli operatori sanitari che hanno scelto la loro professione per prendersi cura e sostenere le persone e sono portati sacrificare il proprio benessere per farlo. La professione medica è intellettualmente impegnativa e comporta processi decisionali complessi, soprattutto quando si tratta di pazienti difficili, e implica una componente emotiva in quasi tutto ciò che si fa. Inoltre, gli operatori sanitari devono spesso svolgere il proprio ruolo con risorse individuali e organizzative inadeguate, come competenze, formazione, attrezzature, tecnologie e personale, aumentando ulteriormente il rischio di burnout.

L'entità del problema
Nel marzo 2020, circa 1,3 milioni di persone erano impiegate nel National Health Service britannico (NHS). Nel luglio 2021 il numero di persone che lavoravano nell'assistenza sociale agli adulti in Gran Bretagna era di 1,54 milioni. Insieme queste persone rappresentano circa l'8% della popolazione in età lavorativa.
La salute e il benessere della nazione dipendono dall'impegno di questa forza lavoro; è essenziale che siano in grado di svolgere i loro compiti in modo sicuro ed efficace.
In tutti i sistemi sanitari, circa il 50% dei medici soddisfa i criteri per la diagnosi di burnout, con tassi che salgono fino al 70% nei medici più giovani. I dati raccolti negli ultimi 20 anni a livello globale mostrano costantemente che circa un terzo dei medici è in burnout in qualsiasi momento, indipendentemente dalla loro specialità, con grave minaccia per la salute a lungo termine della professione.
Il burnout è particolarmente diffuso tra gli operatori sanitari che lavorano nell'assistenza primaria. Prima della pandemia da COVID-19, l'incidenza del burnout e del malessere mentale era più alta tra i medici di base rispetto agli altri operatori sanitari e alla popolazione generale. Uno studio su un sondaggio del 2018 pubblicato nel 2020 ha identificato che un terzo dei medici britannici intervistati - soprattutto quelli che lavorano nella medicina d'urgenza e nella medicina generale - mostrava segni di burnout. Questa situazione è stata aggravata dalla pandemia COVID-19.

Secondo lo "Studio internazionale sul burnout nei medici di famiglia europei", il 30-40% dei medici soffre di burnout a un livello tale da influenzare le prestazioni professionali.
Uno studio di prevalenza condotto sui medici di medicina generale (MMG) della provincia di Modena ha rilevato una notevole diffusione del disturbo: più dei due terzi dei MMG è risultato emotivamente esausto e circa la metà ha presentato livelli medio-alti di depersonalizzazione.

Le cause del burnout

I fattori che contribuiscono al burnout sono molteplici e includono cause legate al lavoro (per esempio la mancanza di controllo sul lavoro, un lavoro troppo impegnativo o un ambiente professionale ad alta pressione), cause legate allo stile di vita (per esempio sonno insufficiente, scarso equilibrio tra lavoro e vita privata o mancanza di relazioni di supporto) e cause sociopolitiche (tra cui le aspettative della società nei confronti dei medici, i finanziamenti insufficienti e la pressione derivante dagli obiettivi governativi).
Anche i fattori di personalità (per esempio il perfezionismo, il pessimismo o la necessità di avere il controllo) svolgono un ruolo importante, ma forse trascurato, nel causare il burnout.
L'evidenza suggerisce che esiste una relazione indipendente tra il burnout e i fattori individuali dei medici, come il sesso e l'età, nonché con i fattori legati al lavoro, come l'orario e il carico amministrativo.
I fattori professionali che contribuiscono al burnout includono un ambiente di lavoro impegnativo (per esempio, un carico di lavoro cronico eccessivo, un aumento delle pratiche burocratiche, orari prolungati, una scarsa integrazione tra lavoro e vita privata e un'elevata richiesta da parte dei pazienti) e un controllo insufficiente (per esempio, mancanza di competenze, efficienza e autonomia) oppure scarsità di risorse (per esempio mancanza di supporto da parte di colleghi e dirigenti o risorse fisiche inadeguate) sul posto di lavoro.
Storicamente, l'eccesso di pratiche burocratiche è stato uno dei principali fattori di stress per i medici di base; in un sondaggio del 2015 condotto tra i medici di base del Regno Unito, le pratiche burocratiche sono state citate come il quarto fattore di stress.
Un'altra causa fondamentale del burnout tra i medici è la dissonanza professionale o il disagio psicologico che si prova lavorando in un sistema non in linea con i propri valori professionali, con conseguente scarsa realizzazione professionale. Inoltre, lo stress sul posto di lavoro può avere origine da un ambiente in cui il personale sanitario si sente personalmente non supportato o discriminato.
In sintesi, l'aumento delle responsabilità e la diminuzione dell'autonomia sul lavoro, in un ambiente di lavoro impegnativo e poco incoraggiante, sono alla base dell'elevata prevalenza del burnout tra gli operatori sanitari che lavorano nell'assistenza primaria.

Segni e sintomi del burnout

I medici sono tenuti a identificare i segni e i sintomi del burnout nei loro pazienti ma non sempre sono consapevoli dei propri livelli di stress. È facile ignorare i segni del burnout e perseverare nel lavoro di routine; in effetti, alcuni operatori sanitari possono ignorare i propri sintomi perché li considerano stigmatizzanti. Elenchiamo qui sette segnali di allarme precoci del burnout per permettere una autovalutazione :
La "scomparsa": non rispondere alle chiamate, assenze inspiegabili durante il giorno, ritardi, frequenti assenze per malattia.
Basso ritmo di lavoro: lentezza nell'esecuzione di procedure, nella gestione dei pazienti, nel rispondere alle mail e nel prendere decisioni; arrivare presto e andarsene tardi, senza riuscire a portare a termine un carico di lavoro ragionevole.
"Rabbia da ambulatorio": scoppi d'ira, urla, reazione negativa a offese reali o immaginarie.
Rigidità: scarsa tolleranza dell'ambiguità; incapacità di scendere a compromessi; difficoltà a stabilire le priorità; sfoghi inappropriati.
Sindrome da bypass: i colleghi più giovani o gli infermieri trovano il modo di evitare il parere o l'aiuto del medico in burnout.
Problemi di carriera: difficoltà con gli esami, incertezza sulla scelta della carriera, disillusione nei confronti della medicina.
Fallimento dell'intuizione: rifiuto delle critiche costruttive; posizioni difensive; controsfida.

La British Medical Association ha prodotto un questionario online confidenziale che consente ai medici di effettuare un auto-creening per individuare i sintomi del burnout (bit.ly/3KP0CDN).

Gli effetti del burnout sulla salute fisica e mentale

Il burnout ha un'ampia gamma di effetti fisici e psicologici sull'individuo. I sintomi comuni dello stress sono:

Sintomi fisici:

mal di testa o vertigini
tensione o dolore muscolare
problemi di stomaco
dolore al petto o battito cardiaco accelerato
problemi sessuali.

Sintomi mentali:

difficoltà di concentrazione
difficoltà a prendere decisioni
sensazione di sopraffazione
preoccupazione costante
disturbi di memoria.

Cambiamenti nel comportamento:

irritabilità e nervosismo
dormire troppo o troppo poco
mangiare troppo o troppo poco
evitare determinati luoghi o persone
bere o fumare di più.

Se non curati, questi sintomi possono portare al burnout, che ha conseguenze a lungo termine sulla salute fisica e mentale, come l'abuso di sostanze e la dipendenza, la depressione e l'ansia, e persino il suicidio. I disturbi non curati possono anche avere un effetto a catena sul benessere dei collaboratori, dei familiari e degli amici più stretti di una persona che soffre di burnout.

L'impatto del burnout sul servizio sanitario nazionale

Il rapporto del GMC Caring for doctors, caring for patients afferma che "il benessere del personale migliora significativamente la produttività, la qualità delle cure, la sicurezza dei pazienti, la loro soddisfazione, le prestazioni finanziarie e la sostenibilità dei nostri servizi sanitari". Al contrario, il burnout tra i medici è un importante problema di salute pubblica, con conseguenze dannose per i pazienti e il sistema sanitario.

I medici di base riconoscono che lo scarso benessere e il burnout possono avere un impatto negativo sulla loro capacità di fornire un'assistenza sicura ai pazienti, con conseguenti peggiori risultati in termini di sicurezza, come l'aumento del rischio di eventi avversi. Fino al 2% delle consultazioni dei medici di base si traducono in incidenti di sicurezza dei pazienti e il 12% dei pazienti è soggetto a errori di prescrizione.

Oltre alla relazione negativa tra il burnout degli operatori sanitari e la qualità dell'assistenza ai pazienti, gli studi hanno confermato una forte associazione tra burnout e rischio medico-legale. Il burnout è correlato a un aumento del rischio di errori medici, di risultati scadenti per i pazienti e di insoddisfazione e reclami, con ripercussioni sulle prestazioni complessive delle organizzazioni sanitarie.

La forza lavoro dell'assistenza primaria

C'è una preoccupante carenza di forza lavoro nell'assistenza primaria: un gran numero di operatori sanitari sta abbandonando o considerando di abbandonare la professione medica, in molti casi a causa del burnout. Un'indagine condotta dal Commonwealth Fund nel 2015 ha rilevato che quasi il 30% dei medici di base nel Regno Unito intendeva abbandonare la professione entro cinque anni, e molti altri

non erano sicuri se avrebbero continuato a lavorare nella medicina generale nel lungo termine. Inoltre, nel 2019, il numero di medici di base in prepensionamento era triplicato rispetto a un decennio prima. A causa della difficoltà di trattenere il personale esistente e di reclutare nuovi operatori sanitari, molti studi medici di base stanno chiudendo, esattamente come sta succedendo in Italia.
La carenza di personale si è aggiunta alla pressione che i medici di base devono affrontare, aggravata dalla crescente difficoltà nel fornire cure primarie in linea con linee guida e politiche sempre più severe a una popolazione esigente, che invecchia e che spesso presenta comorbidità multiple e politrattamenti. Inoltre, la pandemia di COVID-19 ha aumentato notevolmente le pressioni sulla forza lavoro. È necessario investire tempo e denaro per affrontare il burnout nell'assistenza primaria, sia per fornire l'alta qualità delle cure che i pazienti meritano sia per fermare la diffusione della patologia nel servizio sanitario.

Affrontare il burnout nell'assistenza primaria
Per mitigare il rischio di burnout, il GMC ha pubblicato l'ABC dei bisogni fondamentali dei medici, che fornisce raccomandazioni per migliorare la vita lavorativa dei medici e ridurre al minimo lo stress sul posto di lavoro.
Per garantire il benessere e la motivazione sul lavoro e per ridurre al minimo lo stress sul posto di lavoro, le persone hanno tre bisogni fondamentali, che devono essere tutti soddisfatti:
- Autonomia-controllo: il bisogno di avere il controllo sulla propria vita lavorativa e di agire coerentemente con i propri valori lavorativi e di vita.
- Appartenenza: il bisogno di essere in contatto con gli altri, di prendersi cura di loro e di sentirsi apprezzati, rispettati e sostenuti.
- Competenza: il bisogno di sperimentare l'efficacia e di fornire risultati apprezzati, come un'assistenza di alta qualità.
Per comprendere il burnout e ridurne l'incidenza, è fondamentale raccogliere i diversi punti di vista dell'équipe di cure primarie e coinvolgerla nello sviluppo e nell'attuazione di strategie preventive. Una recente revisione sistematica e metanalisi sulla prevalenza del disturbo tra i medici di base ha sottolineato "l'importanza di considerare il contesto lavorativo del medico di base per caratterizzare meglio il burnout".
Una valutazione del rapporto costo-efficacia degli interventi per mitigare il burnout sarà essenziale per identificare le soluzioni più fattibili; tuttavia, la Boorman Review ha stimato che il costo per ottenere il miglioramento della salute e del benessere del personale nell'assistenza primaria sarà compensato dai benefici, come la riduzione delle spese legate alle assenze per malattia, al turnover del personale, all'utilizzo di personale interinale e ai pensionamenti per malattia.

Strategie per combattere il burnout
Il burnout non scompare da solo: è essenziale riconoscerlo, prevenirlo e trattarlo in noi stessi, nei membri del nostro team e nei nostri assitenti. Il burnout può essere prevenuto attraverso una combinazione di cambiamenti organizzativi e di formazione individuale.
Livello individuale
Gli individui possono ridurre al minimo i propri livelli di stress e ricaricarsi adottando semplici misure, tra cui prendersi delle ferie, andare in vacanza, trascorrere del tempo con la famiglia e gli amici e dedicarsi agli hobby, come l'attività sportiva o l'apprendimento di uno strumento musicale. È opportuno riservare del tempo per fare qualcosa di rilassante che sia totalmente estraneo al lavoro. È essenziale stabilire dei confini tra lavoro e vita domestica e cercare di lasciare il lavoro al lavoro.
Inoltre le persone possono impegnarsi nell'autovalutazione e vigilare sui segnali di burnout. Essere gentili con se stessi, praticare l'autocura (per esempio, seguire una dieta sana, fare esercizio fisico regolare e avere una buona igiene del sonno) e incorporare strategie di riduzione dello stress (come esercizi di respirazione profonda, yoga e meditazione) nella routine quotidiana possono aiutare a evitare il burnout.
Anche la comprensione dei propri limiti e la ricerca tempestiva di aiuto sono fondamentali: quando le cose vanno male o quando si è di cattivo umore, si può ricorrere a strategie di coping poco salutari.

Tecniche come la costruzione della resilienza, la pratica della mindfulness e la partecipazione a terapie cognitivo-comportamentali, mentoring e coaching possono aiutare le persone a reagire meglio allo stress, migliorando il benessere, le prestazioni e la produttività.

Livello organizzativo

Accettare che il burnout è un problema sistemico e affrontarlo a livello organizzativo libera i singoli dalla responsabilità. Inoltre aiuta a riconoscere che chiunque è suscettibile allo stress da lavoro, quindi che chi lo subisce non deve essere stigmatizzato. A livello organizzativo, il rischio di burnout può essere ridotto affrontando le pressioni sul posto di lavoro, garantendo risorse adeguate (tempo, persone e fondi) e aumentando le opportunità di lavorare in gruppo.

La linea guida del NICE britannico intitolata «Benessere mentale sul lavoro» raccomanda la creazione di un ambiente di lavoro favorevole e inclusivo per migliorare il benessere mentale, compresa la formazione e il supporto per i dirigenti.

Analogamente, nella guida «Caring for those who care: guide for the development and implementation of occupational health and safety programmes for health workers» (2022), l'OMS invita gli Stati membri "a prendere le misure necessarie per salvaguardare e proteggere gli operatori sanitari e dell'assistenza a tutti i livelli, attraverso un'equa distribuzione di dispositivi di protezione individuale, terapie, vaccini e altri servizi sanitari, un efficace controllo della prevenzione delle infezioni e misure di sicurezza e salute sul lavoro, in un ambiente di lavoro sicuro e libero da discriminazioni razziali e di altro tipo".

Qui di seguito vengono proposte misure che possono essere messe in atto a livello pratico per prevenire il burnout nell'équipe di cure primarie. Questi approcci sono efficaci e sostenibili e porteranno benefici alle organizzazioni nel loro complesso. Tuttavia, per avere successo, devono essere considerati come responsabilità di tutto il personale dello studio, e non solo dei medici di base o del team manageriale.

Consigli pratici per prevenire il burnout dei team di cure primarie

- Inserire il benessere olistico del personale nella cultura del lavoro
- Ribadire l'importanza di praticare una buona cura di sé e di mantenere uno stile di vita sano
- Promuovere l'equilibrio tra lavoro e vita privata e fare della salute e del benessere una priorità fondamentale
- Creare un ambiente di lavoro sicuro e sano
- Investire nell'ambiente fisico: fornire un'illuminazione e una ventilazione di buona qualità, ridurre l'inquinamento acustico e garantire che i locali siano ben mantenuti, confortevoli e puliti
- Creare una stanza o uno spazio dove il personale possa rilassarsi o stare in silenzio
- Incoraggiare la comunicazione e generare fiducia - adottare una politica di porte aperte e consentire al personale di proporre modi per ridurre il proprio stress (per esempio, rivedere regolarmente gli orari degli appuntamenti in modo che siano gestibili, incorporare tempi di recupero, mettere in atto un sistema per controllare il carico di lavoro degli altri, offrendo supporto ogni volta che è possibile)
- Organizzare regolarmente riunioni formali e informali, dare a tutto il personale la possibilità di esprimersi, trovare il tempo per ascoltare ed essere compassionevoli: questo favorisce il senso di appartenenza e un efficace lavoro di squadra durante le discussioni sui casi clinici, concentrarsi sulla discussione delle conseguenze psicologiche del coinvolgimento in situazioni stressanti
- Essere proattivi nello scoprire le preoccupazioni del personale facendo sondaggi regolari o creando una piattaforma per qualsiasi preoccupazione, come scadenze non rispettate, errori o situazioni di lavoro difficili; ascoltare queste preoccupazioni, apportare modifiche se necessario e comunicarle a tutti
- Coltivare una cultura "senza colpe" sul posto di lavoro, incoraggiando la riflessione e l'apprendimento congiunto dagli errori
- Consentire il lavoro flessibile e a distanza ogni volta che è possibile, in base alle esigenze pratiche sensibilizzare sul tema del benessere mentale e offrire l'accesso a un intervento precoce in qualsiasi momento
- Indicare l'accesso a servizi di supporto alla salute mentale interni (per esempio, programmi di assistenza per i dipendenti) ed esterni e a linee telefoniche di assistenza.

Questo articolo è stato tradotto e adattato dall'originale pubblicato su MGP Guidelines del gruppo Medscape.co.uk
Sullo stesso argomento:
World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics—QD85 burnout. icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281.
World Health Organization. Burn-out an 'occupational phenomenon': International Classification of Diseases. Geneva, Switzerland: WHO, 2019. www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases.
Maslach C, Jackson S, Leiter M. The Maslach burnout inventory manual. In: Zalaquett C, Wood R, editors. Evaluating stress: a book of resources. London: The Scarecrow Press, 1997: 191–218.
Maslach C, Jackson S. Maslach burnout inventory: manual. Palo Alto, CA, USA: Consulting Psychologists Press, 1981.
Staten A, Lawson E. GP wellbeing—combatting burnout in general practice. London: CRC Press, 2018.
Agarwal S, Pabo E, Rozenblum R, Sherritt K. Professional dissonance and burnout in primary care: a qualitative study. JAMA Intern Med 2020; 180 (3): 395–401.
McKinley M, McCain R, Convie L et al. Resilience, burnout and coping mechanisms in UK doctors: a cross-sectional study. BMJ Open 2020; 10 (1): e031765.
NHS Providers. Recovery position—the impact of the pandemic on the workforce. nhsproviders.org/recovery-position-what-next-for-the-nhs/the-impact-of-the-pandemic-on-the-workforce.

I SOCIAL NETWORKS SONO UN RISCHIO PER LA SALUTE MENTALE DEGLI ADOLESCENTI?

(da Univadis - di Hélène Joubert)
Lille, Francia - Quando si parla del legame tra salute mentale e social network, bisogna fare attenzione a non saltare alle conclusioni. Questo è il monito di Margot Morgiève, PhD, ricercatrice di sociologia presso l'Istituto nazionale francese di salute e ricerca medica e il centro di ricerca in medicina, scienza, salute, salute mentale e società (Inserm-Cermes 3), che ha presentato le proprie osservazioni durante la sessione di apertura del Congresso delle società pediatriche organizzato dalla Società Francese di Pediatria (SFP), sulla base di una crescente quantità di letteratura scientifica.
Nel 2021, 4,2 miliardi di persone, ovvero più della metà della popolazione mondiale, hanno utilizzato i social network e l'80,3% dei cittadini francesi aveva un account su un social network. Secondo il report 02/2021 di AGCOM, sono 35,9 milioni gli utenti attivi su Facebook in Italia (il 61,83% della popolazione italiana). Il report Digital 2022 dice che, a fronte di una popolazione di 51 milioni di internauti italiani (+1,7% rispetto al 2021), ve ne sono oltre 43 milioni attivi sui social network (con un +5,4% rispetto al 2021).

La "depressione da Facebook"
Tra coloro che condannano i social network perché causano problemi agli adolescenti e coloro che, al contrario, li considerano un'ancora di salvezza, cosa sappiamo realmente del loro impatto sulla salute mentale dei giovani?
Sebbene diversi studi abbiano riscontrato un'associazione significativa tra l'uso massiccio dei social network e l'ansia, i sintomi depressivi e lo stress, sono stati segnalati anche una diminuzione della soddisfazione della vita, nonché una riduzione del benessere generale e dell'autostima.
"A causa dell'aumento della correlazione tra i disturbi dell'umore o la depressione e l'uso dei social

network, i ricercatori hanno voluto creare un nuovo disturbo: 'depressione da Facebook'", ha detto Morgiève, che è anche psicologo clinico e coordinatore dell'Unità chat e social network della linea telefonica nazionale francese per la prevenzione dei suicidi 3114. "Si sono però subito resi conto che sarebbe stato sbagliato riconoscerla come un disturbo specifico, perché sembrerebbe che gli effetti nocivi sulla salute mentale non siano legati al social network stesso, ma piuttosto a un suo uso problematico".

La fantasia degli adolescenti

Esistono tre categorie principali di utilizzo problematico dei social network, la prima delle quali è il confronto sociale. Si tratta della tendenza spontanea degli esseri sociali a confrontarsi con individui che sembrano più attraenti di loro.

Non si tratta di una novità, ma il fenomeno è esacerbato sui social network. Gli utenti enfatizzano gli aspetti positivi della loro vita e si presentano come equilibrati, popolari e soddisfatti.

Tuttavia, questo porta a forti vincoli normativi che si traducono in una valutazione negativa di sé, abbassando così l'autostima e favorendo la comparsa di sintomi depressivi. "Quindi non è il social network a creare la depressione, ma piuttosto il fenomeno del confronto, che spinge all'estremo", ha riassunto Morgiève.

Il secondo problema associato ai social network è la loro propensione a promuovere comportamenti di dipendenza attraverso l'apprendimento osservazionale, che può dare origine a comportamenti compulsivi e incontrollati, come illustrato dalla "FOMO" (fear of missing out o paura di perdersi).

Da qui l'idea di definire un'entità specifica chiamata "dipendenza da social network", anch'essa rapidamente abbandonata. Sono le caratteristiche stesse dei social network a generare questa paura e quindi questa tendenza, proprio come i news feed (aggiornamento costante di un elenco di notizie personalizzato).

L'uso "sostitutivo" è la terza categoria principale. Si verifica quando il tempo trascorso nell'ambiente online sostituisce quello trascorso offline. Gli utenti eccessivi riferiscono una sensazione di solitudine e la consapevolezza della mancanza di legami intimi.

Il linguaggio del disagio

Gli studi iniziali che utilizzano l'intelligenza artificiale e l'apprendimento automatico tendono a dimostrare l'esistenza di un linguaggio digitale del disagio. Gli autori hanno notato che i temi associati al disgusto di sé, alla solitudine, al suicidio, alla morte e all'autolesionismo sono correlati agli utenti che presentano i livelli più elevati di depressione.

La struttura stessa del linguaggio (più parole, più uso di "io", più riferimenti alla morte e meno verbi) cambia negli utenti in difficoltà.

Secondo gli autori, la pratica del vaguebooking, tipica dei social network - scrivere un post che incita alla preoccupazione, come "arriveranno giorni migliori" - è un fattore predittivo significativo di ideazione suicidaria. Secondo quanto riferito, esiste anche un linguaggio visivo dell'angoscia, ad esempio l'uso di tonalità scure, come il filtro calamaio in bianco e nero di Instagram.

Rischi e pericoli di Internet

Gli ambienti digitali comportano molti rischi e pericoli. I patti suicidi e i suicidi online (come il suicidio di una ragazza su Periscope nel 2016) sono rari ma diventano virali. Lo stesso vale per le sfide. Nel 2015, la Blue Whale Challenge consisteva in un elenco di 50 sfide che spaziavano dal benevolo al drammatico, con la sfida finale di "impiccarsi".

L'enorme copertura mediatica avrebbe potuto contribuire al suo successo virale se i social network non avessero reagito rapidamente in modo positivo.

Il trolling, dal canto suo, consiste nel postare contenuti provocatori con l'intento di scatenare un conflitto o di causare disagio.

Il cyberbullismo, il rischio online più comune per gli adolescenti, è la diffusione ripetuta di informazioni false, imbarazzanti o ostili.

Un pericolo crescente è il sexting (invio, ricezione o diffusione di fotografie, messaggi o immagini sessualmente esplicite). Le gravi conseguenze potenziali del sexting includono il revenge porn o lo

stupro informatico, definito come la distribuzione di contenuti illeciti senza consenso, la cui pratica è stata collegata alla depressione e al coinvolgimento in comportamenti a rischio.
Il rischio di esposizione al suicidio non va più trascurato, alla luce dell'ipotesi che alcuni contenuti online relativi al suicidio possano produrre un effetto emulativo o suggerire un metodo per il suicidio, oltre a far precipitare i tentativi.
"Le persone che postano commenti suicidi fanno parte di comunità strettamente connesse da legami di affiliazione (appartenenze, amicizie) e attività (retweet, like, commenti)" ha spiegato Morgiève.
in queste comunità, le informazioni emotivamente cariche che si diffondono rapidamente e ripetutamente potrebbero promuovere la co-ruminazione, da cui il concetto di "suicidocosmo [mondo del suicidio]", sviluppato nel 2017 da Charles-Edouard Notredame, medico del Dipartimento di psichiatria infantile e dell'adolescenza dell'Ospedale Universitario di Lille. Questo, a sua volta, può produrre e aumentare il contagio del suicidio sulla base del modello dell'effetto Werther.
Uno dei tanti esempi è il suicidio di Marilyn Monroe nel 1962, che ha aumentato il tasso di suicidi del 40% a Los Angeles. L'effetto Werther è particolarmente significativo perché sono presenti due pregiudizi: il pregiudizio di prestigio (identificazione con la persona che si ammira) e il pregiudizio di somiglianza (identificazione con la persona che mi somiglia).
Il bias di somiglianza è il più decisivo nell'adolescenza. Va notato che la controparte positiva dell'effetto Werther è l'effetto Papageno. Le apparizioni televisive del cantautore belga Stromae all'inizio di quest'anno, in cui ha parlato delle sue idee suicide permettendo ai giovani di riconoscere la propria sofferenza e di cercare aiuto, sono un esempio dell'effetto Papageno.
Sostegno sui social network?
Le reti sociali possono aumentare la connessione, cioè la sensazione di essere collegati a qualcosa di significativo al di fuori di se stessi. La connessione promuove il benessere psicologico e la qualità della vita.
Le caratteristiche stesse dei social network possono accrescere gli elementi di connessione, sia oggettivamente, aumentando la sfera sociale degli utenti, sia soggettivamente, rafforzando il senso di appartenenza sociale e il benessere soggettivo.
Prendendo come esempio Facebook e la sua funzione "anniversario", è stato dimostrato che maggiore è il numero di amici su Facebook, più gli individui si considerano connessi a una comunità.
"I millennial, ovvero le persone nate tra l'inizio degli anni '80 e la fine degli anni '90, sono quindi più propensi a sfruttare l'ambiente sociale digitale per stabilire un nuovo rapporto con la sofferenza psicologica e i suoi tentativi di alleviarla", ha dichiarato Morgiève.
È anche più probabile che si rivolgano naturalmente allo spazio digitale per cercare aiuto. Un numero sempre maggiore di loro cerca su Internet informazioni sulla salute mentale e condivide le proprie esperienze per ottenere supporto".
Un esempio è il progetto It Gets Better, che illustra bene la struttura delle comunità di pari online, con storie di persone LGBTQ+ che descrivono come sono riuscite ad affrontare le avversità durante l'adolescenza. In questo modo, i social media sembrano aiutare a individuare coetanei e risorse positive che di solito non sono disponibili al di fuori dello spazio digitale. Di conseguenza, grazie a modelli normativi su reti sociali estremamente forti e facili da conformare, queste comunità online di supporto tra pari hanno il potenziale di facilitare le interazioni sociali e di rafforzare il senso di speranza e di appartenenza a un gruppo".

Promuovere l'accesso alle cure
Secondo Morgiève, "l'accesso alle cure, in particolare nell'area della salute mentale degli adolescenti, è estremamente critico, data la mancanza di supporto proprio quando ne hanno più bisogno, come evidenziato dal numero di tentativi di suicidio".
"Ci sono due tipi di barriere alla ricerca di aiuto che possono spiegare questo fenomeno. Il primo è costituito dalle barriere strutturali: l'aiuto è troppo costoso o troppo lontano o l'attesa è troppo lunga. Il secondo si riferisce alle barriere personali, tra cui la negazione del bisogno di aiuto, che può

comportare un pregiudizio di autosufficienza, la sensazione di non poter essere aiutati, il rifiuto di disturbare amici e parenti stretti, la paura di essere stigmatizzati e il senso di vergogna".
Questi tipi di barriere sono particolarmente difficili da superare perché le convinzioni relative alle cure e agli operatori sono limitanti (dubbi sulla riservatezza, l'affidabilità e la competenza degli operatori). Questo si osserva soprattutto negli adolescenti a causa del desiderio di emancipazione e di sviluppo dell'identità. Quindi la relazione di aiuto può essere vissuta come subordinazione o alienazione.
Una nota positiva è che sono proprio le proprietà delle reti sociali a permettere di superare questi ostacoli alla ricerca di aiuto. Il fatto che siano disponibili ovunque compensa la mancanza di mobilità dei giovani e le disparità regionali. Inoltre, garantisce discrezione e libertà di utilizzo, riducendo le inibizioni.
Il fatto che i social network siano gratuiti supera gli ostacoli strutturali, come i costi finanziari e organizzativi, e quelli personali, facilitando così l'impegno e riducendo il costo motivazionale. La pseudonimia dissociativa o l'anonimato riducono la sensazione di vulnerabilità associata alla rivelazione di sé, nonché il timore di una violazione della riservatezza.
Morgiève ha riassunto: "Mentre la vita offline è silenziosa perché i giovani non parlano delle loro idee suicide, la vita online elimina davvero le inibizioni a parlare, a relazionarsi e a condividere le esperienze. Internet offre quindi agli adolescenti nuove opportunità di esprimersi, cosa che non fanno nella vita reale".

I professionisti diventano digitali
La Francia registra un suicidio ogni ora (8885 morti all'anno) e un tentativo di suicidio ogni 4 minuti. Dagli anni '50 sono stati sviluppati programmi di prevenzione e assistenza telematica (PADS) finanziati dal governo, come S.O.S. Amitié, Suicide Écoute, SOS Suicide Phénix, ecc. I loro valori e principi sono l'anonimato, la non direttività, il non giudizio e la neutralità. Oltre a queste offerte senza scopo di lucro, lo scorso ottobre il Ministero della Salute e della Prevenzione ha lanciato un programma di teleprevenzione professionale, la linea telefonica confidenziale 3114 per la prevenzione dei suicidi, con professionisti disponibili all'ascolto 24 ore su 24, 7 giorni su 7.
I suoi valori e principi includono la riservatezza, la proattività, la preoccupazione e la cura per gli altri. Ad oggi, sono stati aperti 13 dei 17 centri. In 6 mesi hanno ricevuto 50.000 chiamate, con una media di 400-500 chiamate al giorno. L'applicazione chat dedicata è stata progettata insieme agli utenti (soggetti che hanno tentato il suicidio). E ora anche i social network si stanno unendo a questa iniziativa. Ad esempio, il numero 3114 appare ogni volta che un utente di TikTok digita la parola "suicidio".
Questo articolo è stato tradotto dall'edizione francese di Medscape.

Consiglio Direttivo

Presidente: Dott. Gaudio Michele
Vicepresidente: Dott. Pascucci Gian Galeazzo
Segretario: Dott.ssa Contri Morena
Tesoriere: Dott. Balistreri Fabio
Componenti:
Dott. Amadei Enrico Maria
Dott. Castellani Umberto
Dott. Castellini Angelo
Dott. Ercolani Giorgio
Dott.ssa Gunelli Roberta
Dott. Lucchi Leonardo
Dott. Paganelli Paolo (Odontoiatra)
Dott.ssa Pasini Veronica
Dott.ssa Prati Annalisa
Dott. Ragazzini Marco
Dott. Raspini Mario (Odontoiatra)
Dott. Simoni Claudio
Dott. Vergoni Gilberto

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente: Dott. Paganelli Paolo
Vice Presidente: Dott. Raspini Mario
Componenti:
Dott. Alberti Andrea
Dott. D'Arcangelo Domenico
Dott.ssa Zanetti Daniela

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente: Rag. Alessandri Giunchi Montserrat Alessandra
Componenti:
Dott. Fabbbroni Giovanni
Dott. ssa Possanzini Paola
Supplente: Dott.ssa Vicchi Melania

Sede

Viale Italia, 153 - scala A - piano 1° - Forlì
Tel. e Fax. 0543.27157
www.ordinemedicifc.it
info@ordinemedicifc.it
PEC: segreteria.fc@pec.omceo.it

Orario di apertura al pubblico:
dal Lunedì al Venerdì dalle 9.00 alle 14.00
Martedì e Giovedì anche dalle 15.30 alle 18.30