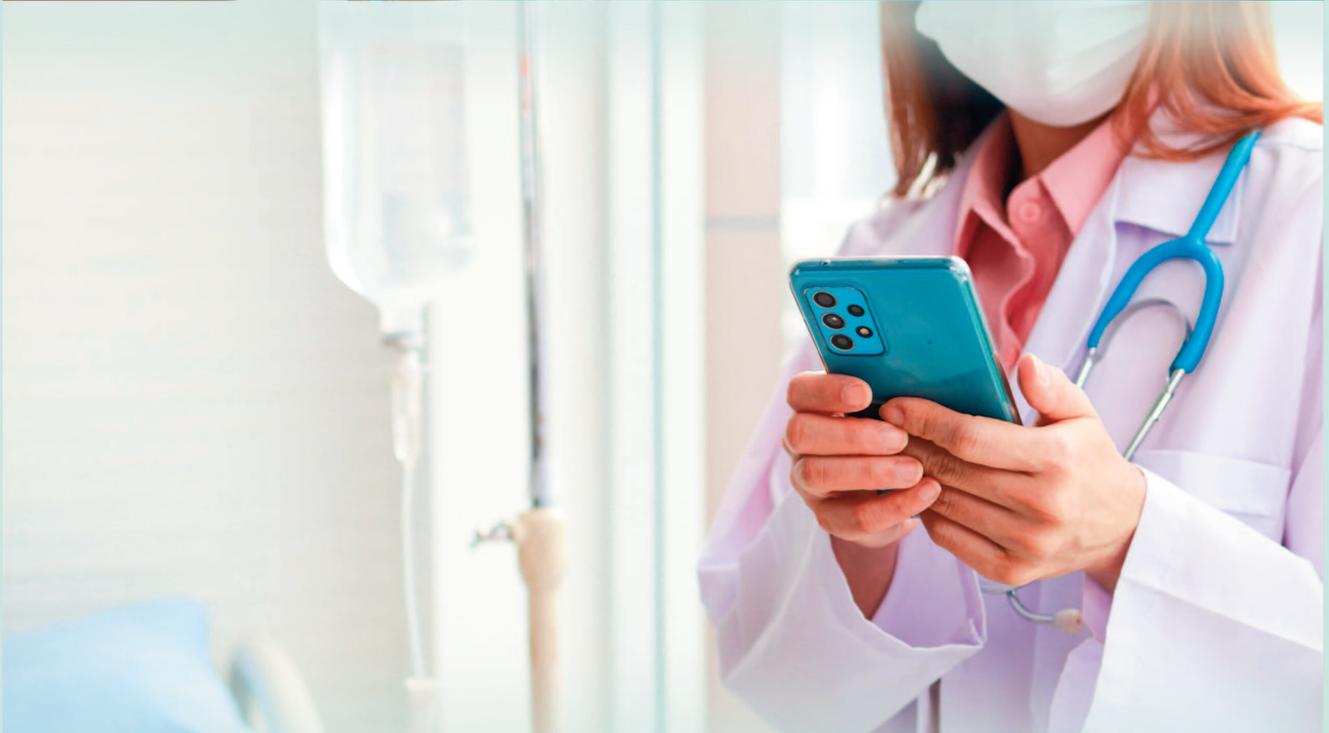




Bollettino

dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Forlì-Cesena
n. 1 2024



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: Dott. 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, Dott.ssa Daniela Zanetti

Revisori dei Conti:
Presidente: Rag. Montserrat Alessandri Ginchi 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

Anno nuovo vecchi problemi *pag.* 3

LE SERATE DELL'ORDINE

“Pain in Romagna” integrazione ospedale-territorio
Low Back Pain Diagnosi e Terapia *pag.* 4

“Linee di indirizzo sull'attività fisica 3 novembre 2021”
La prescrizione dell'attività fisica come medicina
dal bambino all'adulto *pag.* 5

Cure palliative pediatriche: l'inguaribilità
e il valore del tempo *pag.* 6

Radioprotezione Decreto legislativo 101/2020:
dalla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale
alle recenti sentenze, le implicazioni sulla professione *pag.* 8

Patologie del rachide:
il neurochirurgo e il ruolo della terapia antalgica *pag.* 9

Integrazione ospedale-territorio:
le nuove sfide della psicopatologia dell'adolescenza *pag.* 11

AGGIORNAMENTO

Siamo davvero pronti per l'intelligenza artificiale
in medicina? *pag.* 12

L'incontro clinico con il paziente “difficile” *pag.* 14

Le feste di fine anno, causa di peso in eccesso *pag.* 16

Sette errori da evitare sui social media
che potrebbero nuocere alla tua carriera professionale *pag.* 17

Le ritrattazioni degli articoli scientifici sono un problema
in continua crescita *pag.* 19

ANNO NUOVO, VECCHI PROBLEMI

Questo nuovo anno appena cominciato si è portato dietro tutti gli innumerevoli problemi che affliggono il nostro SSN. Inutile ripetersi, li conosciamo tutti e siamo consapevoli che tutti insieme hanno finito per rendere il sistema Sanità boccheggiante se non peggio.

In questo editoriale voglio soffermarmi e fare una riflessione su due argomenti sempre più all'ordine del giorno.

Cominciamo dal cosiddetto fenomeno del "paziente aggressivo".

Una condizione sconosciuta fino a pochi anni fa e che oggi con una escalation che sembra non arrestarsi mai sfocia in episodi di inaudita violenza nei confronti degli operatori sanitari.

Neppure le recenti modifiche legislative hanno consentito di attenuare il fenomeno.

Una figura meno violenta ma pur sempre problematica è quella del "paziente insoddisfatto". Nel non sempre piacevole lavoro ordinistico mi tocca gestire, ormai quasi quotidianamente, segnalazioni/esposti contro Colleghi che a detta di queste tipologie di pazienti non hanno svolto la professione in maniera deontologicamente e professionalmente corretta.

L'insoddisfazione nasce prevalentemente dalla negazione di prestazioni specialistiche, terapeutiche e certificative ampiamente motivate da problematiche di natura burocratica e/o clinica.

Difficile credere che improvvisamente i medici siano diventati meno empatici o addirittura alessitimici, così come è difficile credere che la gran parte dei pazienti sia, nel giro di poco tempo, diventata maleducata e financo aggressiva.

Per contro è del tutto evidente che manca, e non è diffusa né insegnata, la cultura del corretto utilizzo di medici, esami, terapie e strutture sanitarie con la conseguenza che poi le risorse non sono sufficienti per tutti i cittadini.

E poi, ed è tanto che lo diciamo, bisogna mettere fine allo tsunami burocratico che complica il lavoro e mina il rapporto di fiducia tra medico e paziente riducendo il tempo di cura.

Situazione peraltro aggravata dalle scadenti condizioni delle nostre reti informatiche. Bisogna renderle efficienti e continuamente funzionanti così da ottenere il risultato atteso di far girare dati e non persone.

Il secondo punto che merita una attenta riflessione è l'attuazione del regionalismo differenziato che un partito di maggioranza chiede con forza nel rispetto del patto di governo sottoscritto.

Già nell'ottobre del 2001 furono approvate le modifiche al titolo V della parte seconda della nostra Costituzione. Tali modifiche hanno cambiato l'assetto del governo territoriale sovvertendo i precedenti rapporti tra Stato centrale ed enti periferici.

Siamo consapevoli del divario nord-sud in tema di sanità e la preoccupazione è che ulteriori poteri su questo tema potrebbero drammaticamente aumentare tale divario.

Potrebbe essere il colpo definitivo al costante e tenace tentativo che portiamo avanti da anni di conservare l'universalità e l'equità nell'assistenza sanitaria tra regioni.

È del tutto ovvio che là dove il SSN si disgrega c'è il consistente rischio di passare da una gestione della salute pubblica ad una di tipo privatistico.

A conclusione voglio ancora ricordare l'ormai storico art. 32 della nostra Costituzione che mette al centro la salute con la più ampia accezione di benessere psico-fisico come diritto fondamentale ed inalienabile del cittadino.

Nell'esortare tutte le componenti sanitarie a continuare a difendere il nostro SSN, auguro a tutti un sereno 2024.



Dott. Michele Gaudio
Presidente OMCeO Forlì-Cesena

"PAIN ROMAGNA" INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

LOW BACK PAIN DIAGNOSI E TERAPIA

14/09/2023

La lombalgia (low back pain) può trovare la sua origine in varie strutture o condizioni patologiche non soltanto interessanti il rachide lombare (infiammazione delle strutture miofasciali, disco vertebrale, articolazioni zigoapofisarie, ernie discali, stenosi del canale, spondilolistesi). La stessa articolazione sacroiliaca (SIJ, sacroiliac joint), spesso negletta nel processo diagnostico, può essere alla base di questa condizione.

Un buon esame clinico con opportuna diagnostica per immagini (RMN) sono solitamente sufficienti per orientarsi nella diagnosi, tuttavia va posta la massima attenzione nella esclusione delle red flags: sindrome della cauda equina (attenzione ad anestesia a sella e disfunzioni sfinteriche), metastasi/localizzazioni vertebrali secondarie (il paziente solitamente ha storia documentata di neoplasia), fratture (traumi in anamnesi), infezioni (spesso conseguenti a intervento chirurgico, e spesso il paziente presenta i sintomi e i segni di uno stato infettivo).

Il 25-40% dei pazienti affetti da lombalgia cronica (low back pain) soffre in realtà di sindrome dolorosa e/o disfunzionale dell'articolazione sacroiliaca (SIJ), ma in alcuni studi più recenti tale stima arriva fino al 60%; viceversa il 39% dei pazienti affetti da dolore della SIJ riferiscono lombalgia. Questo tasso d'incidenza così alto di questa condizione comporta un importante dispendio finanziario, con un costo sanitario annuo diretto di oltre 2,5 miliardi di dollari all'anno.

I pazienti possono inoltre sperimentare la sindrome post laminectomia lombare o la sindrome da fallimento della chirurgia spinale (Failed Back Surgery Syndrome FBSS) con dolore persistente e compromissione funzionale.

Quando la disfunzione della SIJ viene considerata nella diagnosi differenziale in caso di lombalgia cronica, si riescono a gestire in modo più efficace sia il dolore che le spese sanitarie, dal momento che sovente tale patologia è sotto diagnosticata e mal trattata, a volte con artrodesi lombari inutili.

Pertanto, è dirimente la corretta diagnosi della disfunzione sacroiliaca, che si manifesta principalmente con lombalgia accompagnata da irradiazione aspecifica del dolore, spesso riferito a livello lombosacrale, o di addome, inguine, gluteo, coscia, cavo popliteo e gamba.

Il low back pain è una condizione spesso benigna e autolimitante, ma per cui la terapia farmacologica sistemica spesso non è di grande efficacia.

Più utili sono le infiltrazioni eco e rx guidate, nell'ottica di una terapia conservativa, rivestendo talora un ruolo attivo nel processo diagnostico o preliminare per trattamenti conservativi più duraturi (ablazione con radiofrequenze).

I farmaci somministrati con queste modalità sono perlopiù costituiti da cortisonici e anestetici locali. Le procedure, a seconda del primum movens algico, comprendono peridurale single shot, infiltrazione dell'articolazione sacroiliaca, infiltrazione delle faccette articolari vertebrali o della branca mediale, transforaminali (solo rx guidate perché non effettuabili in sicurezza con ecoguida).

La terapia farmacologica si avvale di: FANS, da utilizzare per brevi e discontinui periodi, CCS (da preferire per periodi più lunghi), paracetamolo, miorilassanti, pregabalin/gabapentin (d. neuropatico); imipramina, duloxetina, venlafaxina (dolore neuropatico), oppioidi (d. neuropatico, ultima linea).

Dott.ssa Federica Spina

***Dirigente Medico Anestesia e Rianimazione
Ospedale "M. Bufalini" Cesena, Ausl Romagna***

“LINEE DI INDIRIZZO SULL’ATTIVITÀ FISICA 3 NOVEMBRE 2021” LA PRESCRIZIONE DELL’ATTIVITÀ FISICA COME MEDICINA DAL BAMBINO ALL’ADULTO

21/09/2023

La conferenza Stato-Regioni ha approvato il 3 novembre 2021 le “Linee di indirizzo sull’attività fisica.” Questo documento aggiorna e integra le precedenti linee di indirizzo del 2019 in continuità con quelle Who sui livelli raccomandati di attività fisica rispettivamente nei bambini fino ai 4 anni di età (2019) e nella popolazione dai 5 anni in su (2020).

Il messaggio chiave del documento è che praticare attività fisica regolarmente e ad ogni età, in condizioni fisiologiche e, possibilmente, anche in condizioni patologiche, significa fare una scelta di salute. I comportamenti che impattano sulla nostra salute in maniera indipendente sono l’attività fisica e la sedentarietà.

L’attività fisica se svolta regolarmente è associata ad effetti benefici sulla salute anche in età evolutiva. Migliora l’attività cardiorespiratoria e muscolare contribuendo allo sviluppo armonico del corpo, la salute delle ossa e delle articolazioni, la salute cardiovascolare e metabolica, la salute mentale (sintomi di ansia e depressione) e le funzioni cognitive, migliora il tono dell’umore e riduce lo stress, aiuta a socializzare e a collaborare con le altre persone e aiuta a diventare adulti sani.

Dall’altra parte la sedentarietà, cioè l’insieme dei comportamenti che richiedono un dispendio di energia minimo e durante i quali la postura dominante è quella seduta o sdraiata (in particolare il tempo che trascorriamo davanti agli schermi) è associata ad un aumento dell’adiposità, alla riduzione della salute cardiometabolica, della fitness e della condotta comportamentale pro-sociale e a una minor durata del sonno. Purtroppo, non è stato scientificamente possibile quantificare in termini di tempo la sedentarietà dannosa, ma è caldamente raccomandato ridurre il tempo di esposizione agli schermi al minimo. Le raccomandazioni sui livelli di attività fisica per le diverse fasce di età sono le seguenti.

I neonati con meno di un anno dovrebbero trascorrere almeno 30 minuti al giorno in posizione prona o nel gioco interattivo sul pavimento.

I bambini da uno a due anni dovrebbero trascorrere almeno 180 minuti al giorno in attività fisiche di qualsiasi intensità, incluso il gioco energico.

I bambini di 3-4 anni dovrebbero trascorrere almeno 180 minuti al giorno in attività fisiche varie di cui almeno 60 minuti di gioco energico.

Nei neonati e nei bambini al di sotto dei 2 anni non è raccomandata l’esposizione agli schermi.

L’attività fisica raccomandata per le età tra i 5 e i 17anni comprende un’attività di tipo aerobico di intensità moderata-vigorosa per una media di 60 minuti al giorno nella settimana, e tre volte alla settimana anche di rinforzo muscolo-scheletrico. Le stesse indicazioni valgono anche per i bambini/adolescenti con disabilità, ed in questo caso si evidenziano anche alcuni benefici aggiuntivi dell’attività fisica sulla salute come il miglioramento cognitivo in individui con malattie e disturbi che compromettono la funzione cognitiva, incluso il deficit di attenzione/disturbo da iperattività (Adhd) e miglioramenti nella funzionalità fisica di bambini/ragazzi con disabilità intellettiva.

È bene tener presente che, anche se non si riescono a soddisfare i livelli di attività raccomandata per fascia di età, svolgere un po’ di attività fisica è sempre meglio che non svolgerla affatto.

Inoltre per aiutare i bambini/ragazzi a crescere sani è fondamentale il supporto e l’apporto della famiglia, della scuola, della comunità e della sanità che devono, anche se con modalità diverse, cercare di stimolare, aiutare, supervisionare e consolidare nei bambini/ragazzi uno stile di vita sano che comprende una regolare attività fisica, una riduzione al minimo possibile del tempo di sedentarietà in particolare quello trascorso davanti agli schermi, il tutto in associazione con una sana alimentazione.

Dott.ssa Simona Briglia e Dott.ssa Stefania Raimondi
Specialiste ambulatoriali convenzionate Medicina dello sport Ausl Romagna

CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE: L'INGUARIBILITÀ E IL VALORE DEL TEMPO

12/10/2023

La serata del 12 ottobre 2023 organizzata dalla Commissione Cure Palliative e Terapia del Dolore è stata l'occasione per condividere alcune riflessioni, cardine e fondamento della gestione dei pazienti pediatrici in Cure Palliative Pediatriche, in presenza della Prof.ssa Franca Benini, Direttrice Scientifica della Fondazione Maruzza e Responsabile dell'Hospice Pediatrico di Padova, nominata Cavaliere dell'Ordine "al Merito della Repubblica" per i successi conseguiti nel campo della medicina e in particolare delle cure palliative pediatriche.

Negli ultimi anni si è assistito, in ambito pediatrico, ad un lento ma continuo cambiamento dei bisogni assistenziali del neonato/bambino/adolescente malato: nuove tipologie di pazienti, nuove situazioni e nuovi obiettivi di 'salute'.

Una di queste 'novità' è rappresentata dal netto incremento, nella popolazione, della prevalenza di bambini portatori di malattie inguaribili e/o di disabilità gravi.

Il progresso medico e tecnologico ha, infatti, ridotto in maniera importante la mortalità neonatale e pediatrica ma, nello stesso tempo, ha aumentato la sopravvivenza di pazienti pediatrici portatori di malattie inguaribili potenzialmente letali.

Sono pazienti con patologie complesse e senza possibilità di guarigione, con insufficienze d'organo multiple, frequentemente con problemi di tipo cognitivo e/o neuromotorio, la cui vita dipende molto spesso dalle 'macchine' a cui sono collegati e con un rischio di aggravamento e di morte reale e quotidiano.

Presentano necessità assistenziali peculiari, complesse, spesso integrate, multispecialistiche ed interistituzionali, che si inquadrano nell'ambito delle cure palliative pediatriche (Cpp), definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come «un approccio globale all'assistenza che include gli aspetti fisici, emozionali, sociali e spirituali».

In Cpp, l'obiettivo di cura non è più rivolto alla guarigione, ma al 'massimo di salute' e di 'qualità di vita' possibile, pur nella malattia, mediante il controllo dei sintomi e del dolore, la garanzia di tranquillità e di riposo e l'assistenza ai genitori dopo la morte del bambino e durante l'elaborazione del lutto.

Le Cpp iniziano quando viene diagnosticata una malattia che minaccia la vita e/o ne limita la durata e continuano anche quando è in atto un trattamento curativo diretto alla malattia di base, rappresentando l'unica risposta assistenziale possibile per i malati di patologie eterogenee (malattie neurologiche, muscolari, oncologiche, respiratorie, cardiologiche, metaboliche, cromosomiche, malformative, infettive, post anossiche, etc.), che hanno in comune la variabilità dei bisogni che innescano e delle modalità di presa in carico necessarie.

Recenti studi dell'OMS stimano che il numero di bambini che ogni anno necessita di Cpp si aggiri intorno ai 21 milioni nel mondo, e oltre 30.000 in Italia, di cui almeno 3.000 ormai giunti al cosiddetto "fine vita".

Il passaggio di prospettiva dal "to cure" al "to care" è ciò che dà concretamente valore al tempo di vita di questi piccoli pazienti, delle loro famiglie, e degli operatori che se ne prendono cura.

La legge 38 del 2010 riconosce il diritto inviolabile del minore e dei suoi familiari ad accedere ai Servizi di cure palliative, la necessità di formazione di base per tutti gli operatori sanitari interessati, l'esigenza di informare la popolazione attraverso campagne di informazione specifiche e di istituire le Reti regionali di Cure palliative pediatriche.

In Emilia Romagna, la rete Cpp è stata istituita nel 2019, ed è costituita da tre nodi: ospedale, territorio e Hospice pediatrico, quest'ultimo attualmente in costruzione a Bologna da parte della Fondazione Hospice Maria Teresa Chiantore Seragnoli Onlus.

Le connessioni tra i nodi sono garantite da due strutture funzionali: l'Unità di Valutazione Multidimensionale Pediatrica, che fornisce una valutazione clinica e socio-sanitaria integrata del

bambino, e il Punto Unico di Accesso Pediatrico, che svolge la sua attività a livello territoriale e ha il compito di gestire e favorire l'accesso ai servizi necessari al bambino e alla famiglia.

Il lavoro svolto negli ultimi anni nei territori di Forlì e Cesena, raccogliendo una consolidata tradizione culturale e operativa di assistenza olistica alla cronicità, ha permesso di implementare l'ingresso nella Rete dei pazienti eleggibili a Cpp, allineandosi a quanto indicato nel "Documento di Rete Cure Palliative Pediatriche Regione Emilia Romagna", di cui si lascia il link se è gradito un approfondimento.

<https://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area-bollettini/bollettini-in-lavorazione/n-191-del-13-06-2019-parte-seconda.2019-06-13.8757953956/provvedimenti-in-ordine-alla-definizione-dellassetto-della-rete-delle-cure-palliative-pediatriche-dellemilia-romagna-in-attuazione-della-l-n-38-2010/allegato-dgr-rete-cure-palliat.2019-06-13.1560412904>

Prof.ssa Franca Benini
Direttore UOC Hospice Pediatrico,
Centro di riferimento Veneto di Terapia del Dolore e cure Palliative Pediatriche
e dell'Hospice Pediatrico di Padova

Dott.ssa Lucia Marangio
Medico Pediatra,
Ambulatorio Bambino con patologia ad alta complessità assistenziale,
Pediatria di Comunità,
UO Salute Donna Infanzia, Forlì, Ausl Romagna

RADIOPROTEZIONE DECRETO LEGISLATIVO 101/2020: DALLA PUBBLICAZIONE IN GAZZETTA UFFICIALE ALLE RECENTI SENTENZE, LE IMPLICAZIONI SULLA PROFESSIONE

21/10/2023

Nella giornata di sabato 21 ottobre 2023 si è svolto, presso la sede dell' Ordine dei medici e degli odontoiatri della provincia di Forlì-Cesena un incontro dal titolo: "Radioprotezione, Decreto Legislativo 101/2020: dalla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale alle recenti sentenze".

Presidente e Vicepresidente della commissione albo odontoiatri, dott. Paolo Paganelli e dott. Mario Raspini, hanno invitato il dott. Nicola Barbieri, piacentino, per relazionare ed aggiornare gli iscritti in merito ad alcune novità introdotte dal decreto legislativo 101 pubblicato in Gazzetta Ufficiale mercoledì 12 agosto 2020 e successivi aggiornamenti. Sono state oggetto di approfondimento e dibattito alcune sentenze ed alcune modifiche che in questi tre anni hanno meglio precisato ed organizzato quanto stabilito dal legislatore. Il dott. Barbieri ha spiegato come il d.lgs 101/2020 abbia la struttura di testo unico, cioè vada a raccogliere in sé quanto si era stratificato in alcuni decenni in merito giurisprudenziale, abrogando diverse norme passate e facendo così un passo in avanti in tema di semplificazione e razionalità normativa. La stesura del d.lgs 101/2020 trae origine dalla direttiva europea 2013/59/Euratom. Il testo pubblicato in G.U. consta di 245 articoli organizzati in 17 titoli e 35 allegati, riguarda anche settori di carattere non medico, quali ad esempio le esposizioni in ambito industriale ed alcune norme relative alle dismesse centrali nucleari.

Fin dall'articolo 1 il legislatore tiene ad evidenziare i principi guida della radioprotezione: Giustificazione, Ottimizzazione e Limite di Dose, dando le relative definizioni per ogni principio.

All' art. 7 si trovano le definizioni delle grandezze fisiche che saranno utilizzate negli articoli successivi e delle diverse figure che scorrendo nel testo del d.lgs. si possono incontrare.

Una corretta lettura ed interpretazione dell' art. 7 è alla base della comprensione di quanto di incontra negli articoli successivi. In particolare occorre puntualizzare come si debba fare una chiara distinzione tra radioprotezione per lavoratori (esposti per attività lavorativa) e radioprotezione per pazienti (esposti per attività diagnostica o terapeutica). Si ricorda che nello studio odontoiatrico igieniste ed assistenti di studio odontoiatrico (Aso) sono persone rappresentative del pubblico, pertanto sono da considerarsi personale non esposto. Altro punto degno di nota è la ben definita impossibilità per il dentista di refertare le immagini radiografiche realizzate nel pieno rispetto del proprio contesto lavorativo secondo i principi di ottimizzazione, limitazione delle dosi in modo contestuale, integrato ed indilazionabile rispetto alle necessità di diagnosi; per ogni esame tridimensionale che viene realizzato deve essere preventivamente acquisito il consenso informato in forma scritta.

Si ricorda come ogni esame radiografico sia di proprietà del paziente e quest'ultimo può decidere di lasciarlo presso lo studio dentistico, ma può disporne in ogni momento, si suggerisce un esempio di documento di "custodia" delle immagini da utilizzare in questi casi; analogamente si suggerisce un esempio di documento di accompagnamento delle immagini prodotte che ha il solo scopo di chiarire se l' indagine radiologica ha risposto o meno al quesito diagnostico e non costituisce in alcun modo un referto. La discussione inerente alle sentenze di recente pubblicazione è stata occasione per ribadire quanto affermato dalla Cao nazionale, vale a dire che ogni indagine radiologica, in particolare gli esami tridimensionali debbano seguire un criterio di giustificazione finalizzato alla redazione di una diagnosi o alla formazione di un piano di cura e devono seguire una attenta valutazione del singolo paziente e della sua presa in carico. La mattinata si è conclusa con la compilazione del questionario Ecm ed i ringraziamenti del relatore per l'organizzazione attenta e puntale e l'ospitalità romagnola che ha ben pochi uguali.

Dott. Nicola Barbieri
Odontoiatra – Libero Professionista

PATOLOGIE DEL RACHIDE: IL NEUROCHIRURGO E IL RUOLO DELLA TERAPIA ANTALGICA

26/10/2023

Il mal di schiena (LBP, low back pain) affligge circa il 23% della popolazione mondiale. Di questi, una percentuale compresa tra il 24% e l'80% presenta una ricaduta annuale. Il Lbp rappresenta una delle principali cause di disabilità a livello globale e la gran parte di coloro che ne sono colpiti non effettua alcuna cura specifica. A livello individuale si associa a importanti limitazioni quotidiane, ha un impatto sulla sfera psico-emotiva, può provocare difficoltà finanziarie e incide negativamente sulla qualità della vita.

Chiaramente tutto ciò ha notevoli risvolti a livello sociale, con aumento della spesa sanitaria, riduzione della produttività a livello lavorativo e precoce ritiro dal sistema produttivo.

Per trattare in modo appropriato il low back pain, si possono effettuare trattamenti infiltrativi di primo e secondo livello (infiltrazioni peridurali e le infiltrazioni delle faccette articolari lombari); tecniche infiltrative di media invasività che consistono nell'iniezione di farmaci e altre molecole attive in corrispondenza o nelle immediate vicinanze delle strutture interessate dal processo patologico e dalle quali origina il dolore. I farmaci maggiormente utilizzati sono i cortisonici, gli anestetici, i FANS e miscele a percentuale variabile (in base alla sede) di ossigeno-ozono.

Lo spazio peridurale è costituito dallo spazio che circonda la dura madre e contrae rapporti anatomici anteriormente con il legamento longitudinale posteriore, lateralmente con i peduncoli e forami intervertebrali e posteriormente con il legamento giallo; contiene radici nervose, tessuto adiposo, tessuto connettivo lasso e vasi sanguigni.

1 L'infiltrazione peridurale può essere eseguita con un approccio interlaminare, transforaminale o caudale.

I principali meccanismi d'azione delle infiltrazioni peridurali consistono nell'effetto volume attraverso un'azione meccanica e il conseguente indebolimento e scollamento delle aderenze periradicolarie ed allontanamento del disco protuso dalla radice; esiste poi l'azione antiedemigena ed antinfiammatoria dei cortisonici e l'effetto degli anestetici locali che si esplica con un aumento del trofismo per la vasoplegia e la risoluzione dello spasmo muscolare riflesso.

L'infiltrazione peridurale ha, in base alle evidenze disponibili, un buon livello di raccomandazione per quanto riguarda le radicolopatie associate a ernia discale; mantiene un livello di raccomandazione inferiore per la minore durata d'azione (livello di evidenza II, III) per il dolore nella stenosi spinale e nel dolore spinale persistente dopo chirurgia vertebrale.

Tuttavia, il sollievo del dolore anche a breve termine consente al paziente di mettere in atto un percorso riabilitativo, altrimenti difficilmente sostenibile, che è di fatto lo strumento per migliorare lo stile di vita a lungo termine e ridurre le recidive del dolore.

La letteratura raccomanda l'esecuzione dell'epidurale interlaminare e caudale con l'utilizzo di tecniche fluoroscopiche o ecografiche, utilizzo imprescindibile per l'epidurale transforaminale.

Le faccette articolari, o articolazioni zigoapofisarie, sono le articolazioni vertebrali collocate sui processi articolari dell'arco posteriore di due vertebre attigue e rappresentano uno dei principali generatori del dolore del compartimento posteriore della colonna vertebrale. La sindrome faccettale è infatti responsabile del 15-40% di Lbp meccanico.

I meccanismi con cui la patologia delle articolazioni zigoapofisarie causa dolore sono essenzialmente due. Il primo, e più frequente, è un meccanismo diretto legato a fenomeni degenerativi/infiammatori acuti o cronici dell'articolazione stessa (osteoartrosi/osteoartrite) e che configura il quadro tipico della facetsindrome; il secondo è un meccanismo indiretto ed è legato all'ipertrofia dell'articolazione e/o alla formazione di cisti sinoviali, che creano un conflitto con strutture circostanti (ad esempio, radice

nervosa con sindrome radicolare) o determinano stenosi del canale midollare.

I principali segni e sintomi sono rappresentati dal dolore al rachide lombare, associato o meno a dolore riferito ad anca, natiche, inguine, faccia posteriore dell'arto inferiore, che generalmente non si estende oltre il ginocchio e senza le caratteristiche e l'obiettività del dolore radicolare.

Il dolore è ottuso, profondo, poco localizzato, a volte descritto come un senso di pressione, che in genere peggiora con la stazione eretta o seduta prolungata. Clinicamente il dolore è esacerbato dalla digitopressione dei muscoli paravertebrali o processi trasversi delle articolazioni interessate, dall'estensione, rotazione e flessione laterale del rachide; tipicamente non ci sono segni e/o sintomi di radicolopatia (parestesie, disestesie, alterazioni della sensibilità, motricità ecc.).

2 L'infiltrazione della faccetta articolare consiste nell'iniezione dei farmaci (di solito steroidi eventualmente associati ad anestetico locale) immediatamente al di fuori di questa articolazione o all'interno di essa.

Inoltre le faccette articolari sono innervate dalle branche mediali dei rami dorsali dei nervi spinali che decorrono strettamente adiacenti ai massicci articolari e sulle quali è possibile eseguire trattamenti di neuromodulazione come le radiofrequenze.

3 La radiofrequenza (RF) è una procedura mininvasiva che agisce su una piccola porzione di nervo attraverso l'applicazione, mediante un elettrodo dotato di punta attiva, di una corrente continua o alternata (frequenza da 250 a 500 kHz).

Questa corrente è erogata da un generatore e trasmessa a un sottile ago elettrodo che è inserito dentro un ago guida completamente teflonato tranne che nella sua parte distale (punta attiva) la cui lunghezza varia da 2 a 15 mm.

Attraverso questa punta fluisce la corrente e, grazie ad un sensore di temperatura posto alla sua estremità, viene monitorata la temperatura dei tessuti nei quali si trova l'ago.

Durante le applicazioni a RF attorno alla punta dell'ago si genera un campo elettrico e un importante effetto è rappresentato dal fatto che il tessuto sottoposto a questo attraversamento di corrente elettrica si riscalda, secondo il principio noto come "effetto Joule".

Il fenomeno che tradizionalmente è stato sfruttato a scopi antalgici è sempre stato questo, cioè la formazione di calore per produrre lesioni termiche nei tessuti nervosi con i quali l'ago veniva posto a contatto.

Dott. Paolo Perna

***Dirigente Medico UOC Terapia Antalgica Romagna
presidio Ravenna-Rimini SS Partonalgia Aziendale,
presso AUSL Romagna***

INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO: LE NUOVE SFIDE DELLA PSICOPATOLOGIA DELL'ADOLESCENZA

30/11/2023

Il corso ha avuto l'obiettivo di trattare le nuove sfide psicopatologiche che stanno mettendo alla prova gli adolescenti di oggi, ma anche le strutture di cura.

"Frequento la III media...ho un disturbo border-bipolare di personalità....mi abbuffo e vomito...mi taglio le braccia in inverno, la pancia e le cosce in estate....Ho tentato il suicidio con le compresse di mia madre....vorrei rifarlo...non riesco ad andare a scuola.. Non chiamarmi Daniela sono Linch....

Ho perso 5 Kg nell'ultimo mese, ma NON SONO ABBASTANZA.... MAGRA... GRAVE... sento il vuoto...sono irritabile". I colloqui con il neuropsichiatra infantile incominciano in questo modo, quasi tutti e con elevata frequenza. Sono spesso ragazzine, sempre più piccole (dagli 11 anni) che chiedono aiuto.

La diagnosi in età evolutiva descrive i problemi in funzione delle intenzioni, degli obiettivi inconsci, dei sistemi motivazionali dominanti e del momento del ciclo di vita attraversato in relazione ai compiti evolutivi specifici in tale fase. Un'altra caratteristica della complessità della psicopatologia dell'adolescenza è il concetto di comorbidità (trasversale e longitudinale), che probabilmente dovremo mettere in discussione e riferirci piuttosto al concetto di traiettorie evolutive, mentre spesso ci troviamo dinanzi ad esiti piuttosto che ad esordi.

Il difficile equilibrio a cui sono chiamati i servizi di Neuropsichiatria Infantile è tra l'evitare eccessive medicalizzazioni (effetto iatrogeno) e l'identificazione precoce di nuclei psicopatologici severi predittivi di gravi disturbi. Nella seconda parte della serata sono stati trattati i disturbi di tipo esternalizzante quali il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (Adhd) e il disturbo della condotta (Dc). L'intervento sull'Adhd ha affrontato le differenti sintomatologie che caratterizzano il disturbo, affrontando le tematiche relative alla disattenzione, all'impulsività e all'ipercinesia e i conseguenti fenotipi clinici che si configurano e che evolveranno nei differenti periodi di vita. Il disturbo di origine neurobiologica è l'espressività di un difficile equilibrio tra temperamento, ambiente ed epigenetica. Un fattore determinante a livello prognostico e di funzionamento è la presenza di regolazione emotiva, intesa come la competenza che favorisce la modulazione delle emozioni e che se difficoltosa rischia di creare un circolo vizioso che favorisce una scarsa tolleranza alla frustrazione e un rimando negativo in termini di immagine di sé. Questo circolo vizioso se si struttura può creare importanti difficoltà sia di tipo emotivo che adattivo, pertanto risulta importante la precocità della diagnosi e una psicoeducazione familiare per favorire una prevedibilità ambientale che potrà aiutare i bambini e i ragazzi a modularsi. I trattamenti "golden standard" sono di tipo multimodale e devono coinvolgere la famiglia (sia in termini di psicoeducazione che di "parenting"), i ragazzi e la scuola per favorire la costruzione di una rete curante.

Per quanto riguarda l'intervento sul disturbo della condotta sono state descritte le caratteristiche cliniche del disturbo riguardanti l'adozione di comportamenti che violano le norme e le regole della società e i diritti altrui. I minori che presentano quadri clinici riferibili a questa categoria hanno elevati rischi evolutivi e una compromissione pervasiva del funzionamento adattivo che spesso conduce al fallimento scolastico e sociale. Le traiettorie evolutive verso l'età adulta possono portare allo sviluppo di un disturbo antisociale di personalità o di un disturbo da abuso o dipendenza da sostanze. Il Dc è stato affrontato tenendo conto di una prospettiva multifattoriale e complessa, facendo particolare riferimento alla vulnerabilità genetica, alle variabili ambientali, alle competenze cognitive ed emotive e alle forme diverse di espressività sintomatologica dell'aggressività con relativo riferimento a tre grandi fenotipi del disturbo. Infine sono stati discussi i fattori di rischio in età prescolare, le differenze di genere e si è cercato di tracciare delle linee guida al fine di favorire una corretta diagnosi differenziale con i dissimili disturbi presenti in età evolutiva.

Dott.ssa Mariella Allegretti

Direttore UOC di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza di Forlì, Ausl Romagna

Dott.ssa Michela Muccinelli

Psicologa psicoterapeuta UONPIA Ausl Romagna- UONPIA FC (Team ADHD)

SIAMO DAVVERO PRONTI PER L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN MEDICINA?

(da Univadis) “Le potenziali applicazioni dell’intelligenza artificiale (IA) e del *machine learning* (ML) nel migliorare la ricerca sulla salute umana sono vaste, ma ci sono sfide importanti che devono essere affrontate per ottimizzare gli esiti per i pazienti”. Lo scrive Monica Bertagnolli, direttrice dei National Institutes of Health statunitensi, sulle pagine della rivista PNAS Nexus in un articolo (<https://academic.oup.com/pnasnexus/article/2/12/pgad356/7477226?login=false>) nel quale descrive proprio le opportunità e le sfide legate all’introduzione di IA e ML in medicina.

“L’integrazione completa dell’AI/ML nei sistemi sanitari promette di aumentare l’efficienza operativa e ridurre i costi, migliorare la capacità diagnostica, scoprire nuovi bersagli terapeutici e consentire trattamenti sempre più personalizzati” le fa eco Victor Dazú, presidente della National Academy of Medicine statunitense e autore assieme ad altri colleghi di un editoriale (<https://academic.oup.com/pnasnexus/article/2/12/pgad410/7477225?login=false>) pubblicato sulla stessa rivista.

Oltre la biologia, per arrivare a tutti i pazienti

Negli ultimi anni, la ricerca medica ha compiuto enormi passi avanti, in particolare nella direzione della cosiddetta “medicina di precisione” che tiene conto delle caratteristiche molecolari del singolo paziente per poter offrire la migliore soluzione possibile.

Questo concetto è valido lungo tutto il percorso di cura, dalla diagnosi fino alla scelta del trattamento e alla gestione degli effetti collaterali e senza dubbio l’utilizzo dell’intelligenza artificiale potrà sostenere e migliorare tale approccio.

“Ci sono però anche altri fattori che devono essere identificati e presi in considerazione” spiega Bertagnolli, ricordando che si tratta di fattori biologici ai quali però si devono aggiungere anche fattori più clinici e altri di tipo socio economico. “I pazienti non possono beneficiare di una terapia se non vi hanno accesso o se le loro condizioni personali e sociali rendono difficile ricevere una diagnosi accurata” dice l’esperta, convinta che l’introduzione di IA/ML sta cambiando radicalmente il modo di fare medicina.

Per sfruttare fino in fondo le enormi potenzialità dei nuovi strumenti e portare i risultati fino al paziente, è fondamentale innanzitutto raccogliere dati in modo accurato e completo, ma è anche indispensabile mettere in campo un approccio multidisciplinare.

Secondo Bertagnolli, i ricercatori di IA/ML e chi si occupa di analisi dei dati devono quindi collaborare con i clinici, gli operatori sanitari e i ricercatori in materia di equità sanitaria per identificare e includere nella loro pratica tutti i fattori confondenti rilevanti, non solo di tipo biologico.

Parola chiave infrastrutture

“Più esaminiamo la biologia e il comportamento umano, maggiore è la complessità che scopriamo” scrive Bertagnolli. E quando si entra nel campo della IA/ML, si rischia di aggiungere ulteriori livelli di complessità che toccano anche aspetti etici.

“A livello federale, è sempre più riconosciuta la necessità di garantire che l’implementazione dell’IA/ML sia responsabile, etica ed equa, massimizzando i benefici e riducendo al minimo i potenziali danni alla società” aggiungono Dazú e colleghi che citano anche il recente *Executive Order on the Safe, Secure, and Trustworthy Development and Use of Artificial Intelligence*. Datato 30 ottobre 2023, il documento (<https://www.whitehouse.gov/briefing-room/presidential-actions/2023/10/30/executive-order-on-the-safe-secure-and-trustworthy-development-and-use-of-artificial-intelligence/>) stabilisce per la prima volta negli Stati Uniti standard di sicurezza, privacy e diritti civili in questo settore.

Secondo gli editorialisti, però, allo stato attuale anche paesi come gli Stati Uniti non sono pronti a cogliere le opportunità e gestire le sfide dell’IA/ML. Perché la nuova medicina basata su AI/ML sia davvero democratica e utile al paziente servono interventi a livello di infrastrutture: per generare,

raccogliere e gestire i dati tenendo conto della privacy dei pazienti, per rendere tali dati accessibili e utilizzabili e per interconnettere le diverse parti dei sistemi sanitari, ancora oggi organizzate in silos separati e non comunicanti.

E perché tutto diventi realtà anche per il paziente, serve una nuova forza lavoro, fortemente collegata con i medici e i ricercatori per trasformare la teoria in pratica.

“Affinché l’IA raggiunga le dimensioni e l’efficienza necessarie per risolvere problemi sociali complessi, dobbiamo agire ora per fornire una solida base per la crescita e la scoperta” concludono gli esperti.

L'INCONTRO CLINICO CON IL PAZIENTE "DIFFICILE"

(di Paolo Spriano - Univadis) I comportamenti problematici dei pazienti colpiscono i medici in modo universale e sono impossibili da evitare. Quasi un incontro su sei con un paziente viene percepito dai medici come “difficile” ed è in grado di provocare nel medico forti sentimenti negativi (1).

I medici di medicina generale (MMG) nella loro pratica ambulatoriale si trovano spesso a dover affrontare incontri difficili con i pazienti e questi episodi possono provocare insoddisfazione sia per il paziente sia per il medico.

In questi ultimi vent’anni, numerosi studi hanno tentato di scoprire perché questi pazienti causano disagio ai medici ed è emersa una letteratura eterogenea in cui la maggior parte delle ricerche si è concentrata sulla descrizione dei pazienti “difficili” e dei loro medici, piuttosto che sulla gestione o sul “*coping*”, inteso come il modo in cui i medici rispondono e fronteggiano queste situazioni avverse e sfidanti (2).

La pratica di etichettare i pazienti per tipologia può portare a disparità nelle cure, così come può provocare danni.

Tuttavia, è sempre più evidente che se i medici vogliono affrontare con successo questi incontri, è necessario possedere l’abilità di riconoscere alcuni fattori presenti e determinanti gli incontri con i pazienti difficili, come le *pressioni sistemiche*, la *comunicazione interpersonale* e i *problemi situazionali* (3).

Le caratteristiche del paziente

Gli incontri difficili possono avvenire con pazienti già noti al medico per alcune caratteristiche peculiari e preliminari all’interazione clinica (4).

Pazienti arrabbiati, sulla difensiva, spaventati o resistenti – pugni chiusi, sopracciglia aggrottate, torsioni delle mani, respirazione limitata e avvertimenti da parte del personale dell’ufficio che qualcosa non va possono aiutare a identificare “al volo” questi pazienti.

Pazienti manipolatori – Sono soggetti che spesso giocano sul senso di colpa degli altri, minacciando rabbia, azioni legali o azioni autolesive.

Mostrano un comportamento impulsivo volto a ottenere ciò che vogliono, ed è spesso difficile distinguere tra un disturbo borderline di personalità e un comportamento manipolativo.

Pazienti somatizzanti – Presentano un decorso cronico caratterizzato da molteplici sintomi vaghi o esagerati e spesso soffrono di comorbidità con ansia, depressione e disturbi della personalità.

Le visite dal medico sono frequenti e probabilmente hanno una storia di test diagnostici multipli.

Pazienti in lutto – Riconoscere l’effetto del dolore sulla salute di alcuni pazienti richiede familiarità con le fasi normali del dolore e con il contesto culturale in cui si verifica.

È importante cercare segni vegetativi di depressione e comportamenti disadattivi che impediscono la progressione attraverso il normale processo di lutto e trattarli.

Pazienti frequenti utilizzatori dei servizi sanitari – Si distinguono per la mole della loro

documentazione sanitaria. Potrebbero essere o troppo spaventati o imbarazzati per porre le domande a cui vogliono veramente una risposta.

Potrebbero anche avere un gran numero di domande perfettamente razionali, persone preoccupate o semplicemente disinformate e che hanno necessità di chiarimenti.

I fattori medici

Alcuni atteggiamenti e comportamenti dei medici possono contribuire agli incontri difficili con i pazienti (4).

Medici arrabbiati o sulla difensiva – Sono professionisti esausti, stressati e generalmente frustrati per crisi a breve termine o preoccupazioni a lungo termine e hanno maggiori probabilità di reagire negativamente, ma non solo ai pazienti “difficili”.

Medici affaticati o stressati – La maggior parte dei medici ha passato un periodo in cui è stata oberata di lavoro, o privata del sonno o generalmente più impegnata del necessario.

L'eccessivo impegno è un fenomeno che è fin troppo comune tra i professionisti sanitari e in particolare tra i MMG. È importante essere consapevoli dell'impatto dell'affaticamento del medico sugli errori medici e sulla sicurezza del paziente e stabilire limiti ragionevoli agli impegni professionali (5).

Medici dogmatici o arroganti – Le convinzioni e i valori del medico e sull'assistenza che fornisce possono portare a enfatizzarle eccessivamente e in modi che limitano o impediscono ai pazienti di fornire al medico informazioni adeguate sulla loro cura.

Le situazioni critiche

Un incontro difficile a volte ha più a che fare con il contesto in cui avviene che con le persone coinvolte. In particolare per:

La lingua o l'alfabetizzazione – Perché la popolazione è sempre più diversificata e i MMG si trovano sempre più a dover comunicare con individui la cui lingua primaria è diversa dalla loro (anche in Italia).

In questi contesti il medico deve considerare l'ipotesi di essere ritenuto non “culturalmente competente” in particolare per persone di cultura o religione diverse (5).

La presenza di altre persone durante la visita – E' un elemento di rilievo, visto che circa un paziente adulto su cinque ha un accompagnatore durante l'incontro con il medico e non sempre è certo che il paziente realmente lo voglia (4).

La comunicazione di cattive notizie – E' una situazione in cui è necessario fornire ai pazienti notizie difficili da comprendere e/o accettare.

Se non vengono previsti tempi e privacy adeguati per consentire la comprensione, l'elaborazione emotiva e le richieste conseguenti è sicuramente preclusivo di un incontro difficile.

I problemi ambientali – Rappresentano una circostanza che può aumentare la probabilità di un incontro difficile con il paziente, in particolare se l'ambiente è rumoroso, caotico o non garantisce un'adeguata privacy.

Uno scenario normalmente frenetico in cui abitualmente operano i MMG.

Esiti possibili degli incontri “difficili”

Gli incontri con pazienti difficili, che rappresentano circa il 15% delle visite ambulatoriali (1, 4), spesso si associano a problemi clinici che possono interferire con lo scopo originario della visita medica (4). In alcuni casi i pazienti difficili sono in grado di costringere i medici ad affrontare i sintomi somatici e le richieste eccessive, con conseguente affaticamento, stress e burnout del medico (6).

Pertanto, i pazienti con aspettative insoddisfatte dopo la visita, con minor soddisfazione per la cura, con maggior utilizzo dei servizi sanitari hanno maggiori possibilità di avere successivi incontri difficili con il medico (1, 6).

La consapevolezza del problema

Gli autori di un articolo pubblicato sull'*American Family Physician* (3) sottolineano come gli approcci finalizzati alla consapevolezza del medico possano migliorare gli esiti di un incontro clinico con un paziente difficile.

Quando i medici riconoscono di trovarsi in un incontro difficile con il paziente, la semplice azione di etichettare consapevolmente le emozioni intense con un approccio "*Name It to Tame It*" determina una risposta fisica nel medico che promuove il suo controllo (7).

Il desiderio di controllare e possedere la maestria è profondamente radicato nella cultura e nella professione del medico e sentirsi fuori controllo porta certamente a emozioni spiacevoli che definiscono un incontro difficile con il paziente e possono portare all'insoddisfazione del medico.

Diversamente, un approccio "*calmer*" (8) può consentire al medico di riconoscere quali situazioni può controllare, piuttosto che modificare il suo pensiero sul vissuto del paziente e permettergli di tollerare l'incertezza.

Creare un legame terapeutico focalizzando l'incontro per comprendere la situazione che il paziente sta vivendo e riconoscendo le emozioni forti che non sono produttive.

Negoziare un ordine del giorno può aiutare a gestire le aspettative del paziente su ciò che può ragionevolmente essere fatto durante ogni visita.

Supportare il paziente convalidando i sintomi e aiutandolo ad affrontare l'incertezza può consentire al paziente stesso di assumere il controllo della propria diagnosi e concentrarsi sulla gestione dei suoi problemi e sulla cura.

Cura e comprensione sono aggettivi comunemente usati dai pazienti per descrivere un medico ideale e l'empatia è una caratteristica distintiva del rapporto medico-paziente. I medici che sono consapevoli e accettano le proprie emozioni possono migliorare la propria intelligenza emotiva e le relazioni medico-paziente.

Concentrarsi sulle emozioni del paziente ed essere fermi ma compassionevoli, sono strategie che il MMG può adottare nella pratica per trasformare un incontro difficile in successo.

Bibliografia

1. Bair MJ. Patient encounters of a difficult kind. *J Gen Intern Med.* 2014 Aug;29(8):1083-4. doi: [10.1007/s11606-014-2914-x](https://doi.org/10.1007/s11606-014-2914-x)
2. Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. *J Am Board Fam Med.* 2006 Nov-Dec;19(6):533-41. doi: [10.3122/jabfm.19.6.533](https://doi.org/10.3122/jabfm.19.6.533)
3. Bailey J, Martin SA, Bangs A. [Managing Difficult Patient Encounters](#). *Am Fam Physician.* 2023 Nov;108(5):494-500
4. Hull SK, Broquet K. [How to manage difficult patient encounters](#). *Fam Pract Manag.* 2007 Jun;14(6):30-4
5. Gaba DM, Howard SK. Patient safety: fatigue among clinicians and the safety of patients. *N Engl J Med.* 2002 Oct 17;347(16):1249-55. doi: [10.1056/NEJMsa020846](https://doi.org/10.1056/NEJMsa020846)
6. Haas LJ, Leiser JP, Magill MK, Sanyer ON. [Management of the difficult patient](#). *Am Fam Physician.* 2005 Nov 15;72(10):2063-8
7. Siegel DJ. [The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are](#). 3rd ed. Guilford Press; 2020
8. Pomm HA, Shahady E, Pomm RM. [The CALMER approach: Teaching learners six steps to serenity when dealing with difficult patients](#). *Fam Med.* 2004 Jul-Aug;36(7):467-9

LE FESTE DI FINE ANNO, CAUSA DI PESO IN ECCESSO

(da Univadis) Durante le festività, un americano su due ingrassa e non perde peso nel corso dell'anno successivo, favorendo l'insorgere di sovrappeso e obesità. Quindi, anche se è improbabile che un singolo pasto festivo abbia un impatto significativo sul peso corporeo, il moltiplicarsi di questi eventi può rappresentare un rischio per il suo mantenimento. Bisogna mangiare in modo più leggero del solito durante gli altri pasti, limitando i dolci e almeno le loro porzioni. Lo stesso vale per l'alcol e le bevande zuccherate. Per mantenere un livello sufficiente di esercizio fisico in questo periodo è opportuno prendere in considerazione passeggiate invernali e attività fisiche a tema. Per chi ne soffre, gestire lo stress attraverso attività adeguate (sport, meditazione, ecc.) può aiutare a ridurre il rischio di mangiare cibi spesso molto calorici per compensare queste emozioni.

Rischio progressivo di sovrappeso: la perdita di peso è una ricompensa diretta per gli sforzi compiuti nell'adottare un comportamento benefico di igiene alimentare. Il mantenimento del peso, invece, non offre una ricompensa esplicita, limitando la capacità di mantenere la motivazione e la soddisfazione. Un'ulteriore difficoltà è rappresentata dalle festività di fine anno, quando non è raro essere più indulgenti con se stessi di fronte a cibi e bevande ipercalorici. Gli autori hanno effettuato una revisione sistematica (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10574044/>) della letteratura in lingua inglese degli ultimi 10 anni per fare il punto sui determinanti dell'aumento di peso e sugli approcci efficaci per limitarlo durante questo periodo invernale.

Facilitazione sociale del cibo: il monitoraggio del peso nei 20 giorni che circondano il giorno di Natale in una serie di studi rivela un aumento di peso compreso tra lo 0,2 e lo 0,6%, a seconda del Paese. Secondo una pubblicazione statunitense, l'aumento medio di peso per gli adulti durante le festività invernali è di una libbra (circa 450 g), e una persona su due mantiene questo aumento di peso nell'anno successivo, favorendo l'insorgenza di sovrappeso e/o obesità nel tempo. Un altro studio descrive un aumento di peso tanto maggiore quanto più la persona è inizialmente in sovrappeso o obesa. Questo aumento di peso si basa sia sul tipo sia sulla quantità di cibo consumato. L'articolo offre una panoramica dei piatti tradizionali dei vari Paesi in cui sono stati condotti questi studi.

Gli effetti dipendono anche dal contesto sociale: secondo alcuni studi, la scelta del tipo e della quantità di cibo consumato è influenzata anche dal comportamento degli ospiti con cui i partecipanti condividono il pasto.

Alimentazione emotiva: sappiamo che l'insoddisfazione delle persone per il proprio corpo le porta spesso a modificare la propria dieta prima del periodo estivo. Questa preoccupazione è meno frequente durante il periodo invernale, che può essere anche fonte di stress e quindi di disturbi del consumo di cibo: lo stress può incoraggiare a mangiare in risposta a emozioni negative come l'ansia o l'irritabilità. Uno studio suggerisce che in inverno la gravità dello stress aumenta il rischio di mangiare meno, senza che lo stress alteri la probabilità di mangiare troppo. In questo caso, le strategie di gestione delle emozioni possono essere una soluzione per gli interessati. Infine, il periodo delle feste porta le persone a privilegiare altre attività, in particolare quelle sociali, rispetto all'attività fisica, che spesso è meno frequente.

Come posso combattere l'aumento di peso invernale? Un primo studio citato dagli autori (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10271366/>) prevedeva la proposta di 18 strategie di controllo del peso ai partecipanti durante il periodo delle feste. Di queste, è stato chiesto loro di sceglierne tre in base alle loro preferenze e ai loro obiettivi di peso. In pratica, la maggior parte aveva raggiunto i propri obiettivi, avendo scelto due approcci principali: la misurazione giornaliera del peso e una dieta equilibrata.

Infine, i programmi di esercizio fisico supervisionato durante il periodo delle feste sono stati descritti come una strategia efficace per limitare l'aumento di peso e i suoi effetti deleteri nei soggetti con sindrome metabolica o sovrappeso. Attività fisiche specifiche durante il periodo delle feste possono incoraggiare le persone a impegnarsi o a mantenere un livello di esercizio fisico che spesso viene ridotto a favore delle riunioni di famiglia o delle amicizie.

SETTE ERRORI DA EVITARE SUI SOCIAL MEDIA CHE POTREBBERO NUOCERE ALLA TUA CARRIERA PROFESSIONALE

(da Odontoiatria33) Nel Regno Unito 57 milioni di persone utilizzano i social media nella vita di tutti i giorni. I canali social possono essere un ottimo modo per condividere informazioni e restare in contatto con amici e colleghi.

È anche vero che può essere molto più semplice esprimere opinioni, sia positive che negative, sui gruppi di social media che di persona, senza preoccuparti delle conseguenze.

In qualità di professionisti del settore dentale si viene ritenuti responsabili per qualsiasi comportamento che potrebbe essere giudicato dall'autorità di regolamentazione come un atto che porta discredito alla professione.

I recenti standard dettati dal General Dental Council (Gdc) per il team odontoiatrico affermano: «Assicurati che la tua condotta, sia sul lavoro che nella vita personale, giustifichi la fiducia che i pazienti ripongono in te e la fiducia del pubblico nella professione odontoiatrica in generale».

Come accaduto di recente, il Gdc può agire contro un professionista del settore dentale per cattiva condotta se ritiene che il suo utilizzo delle piattaforme di social media abbia oltrepassato il limite.

Le sue linee sull'uso dei social media sono chiare sul fatto che “gli standard attesi dai professionisti del settore dentale non cambiano perché comunicano attraverso i social media piuttosto che faccia a faccia”.

I social media possono essere una fonte di supporto e alleggerimento dallo stress della pratica professionale, ma è importante pensare prima di pubblicare.

Ecco un elenco realizzato dalla Dental Defense Union (Ddu) ai sette errori più comuni sui social media e a come evitarli.

1. Mantieni un'immagine professionale. Anche se non ti identifichi, pubblicare post su comportamenti inappropriati, usare un linguaggio offensivo, condividere o mettere mi piace a post offensivi di altre persone potrebbe ritorcersi contro di te.

Il Gdc afferma: “Non dovresti pubblicare alcuna informazione – comprese opinioni personali, fotografie e video – che potrebbero danneggiare la fiducia del pubblico in te come professionista del settore dentale”. Altresì precisa: “Pubblicare informazioni con un altro nome utente non garantisce la tua riservatezza”.

2. Sii rispettoso degli altri. Non è una buona idea utilizzare i social media per sfogarsi su un paziente o un collega o lasciarsi coinvolgere in diatribe.

È facile offendersi accidentalmente quando non si possono cogliere i segnali visivi. Anche se ritieni che le tue parole non possano essere prese sul serio, gli altri potrebbero avere una reazione diversa e la situazione potrebbe degenerare.

Il GDC afferma: “Non istigare o prendere parte ad alcuna forma di cyberbullismo, intimidazione o uso di linguaggio offensivo on line. Se condividi tali contenuti pubblicati da qualcun altro puoi comunque essere ritenuto responsabile anche se non li hai creati tu”.

3. Fai attenzione a quali gruppi ti unisci. Pensa a come appariranno i gruppi a cui ti unisci a coloro che sono sia all'interno che all'esterno della professione.

Anche se non hai pubblicato nulla, potresti ritrovarti associato a post offensivi di altri membri di un gruppo a cui ti sei iscritto.

Fai attenzione perché nei forum di discussione privati dei gruppi di professionisti dentali potrebbero esserci pazienti e giornalisti. I tuoi commenti potrebbero anche essere condivisi al di fuori del gruppo ed essere decontestualizzati.

4. Attenzione ai messaggi privati. Se stai pensando di utilizzare la messaggistica diretta (Dm) sulle

piattaforme di social media come modo di comunicare con i pazienti, per esempio per gli appuntamenti, tieni presente la necessità di mantenere i confini professionali.

Inoltre, dovrai considerare la tenuta dei registri, l'obbligo alla riservatezza, la protezione dei dati e il fatto che la divulgazione di messaggi diretti potrebbe essere necessaria in caso di reclami e richiesta di risarcimenti.

5. Salvaguardare la riservatezza del paziente. Il Gdc afferma che non si deve pubblicare nulla sui social media che permetta di identificare i pazienti senza il loro esplicito consenso.

Tieni presente che se ritieni di avere rimosso i dettagli identificativi, il contenuto di più post potrebbe essere messo insieme per rivelare più di quanto volevi.

6. Fare attenzione a non confondere i confini professionali. Indicando la volontà di comunicare su piattaforme personali anziché attraverso canali tradizionali potresti confondere i confini del tuo rapporto professionale.

Se fornisci i tuoi dati personali a un paziente c'è il rischio che le tue intenzioni vengano fraintese. Generalmente consigliamo ai membri di non fare amicizia con i pazienti e di evitare di comunicare direttamente con loro attraverso siti di social network personali.

7. Sii cauto con le diagnosi da remoto.

Possono sorgere problemi se si commentano questioni che esulano dalla propria area di competenza o si risponde a richieste individuali di consulenza senza essere in grado di effettuare una valutazione clinica adeguata.

Se vieni contattato per un consiglio su un problema odontoiatrico potresti essere in grado di offrire qualche rassicurazione generale, ma il miglior consiglio è quello di indirizzare la persona allo studio dentistico.

LE RITRAZZIONI DEGLI ARTICOLI SCIENTIFICI SONO UN PROBLEMA IN CONTINUA CRESCITA

(di Patrizia Caraveo - scienzainrete.it) Nel nostro mondo accademico molto competitivo, dove chi vuole avere delle possibilità di fare carriera deve mostrare di avere prodotto molte pubblicazioni, sta diventando sempre più macroscopica la presenza di articoli costruiti su dati fasulli, oppure cloni di altri articoli, magari degli stessi autori.

Visto che due articoli valgono più di uno, gli autori che hanno bisogno di pubblicare copiano se stessi, una pratica diventata così tristemente comune che gli editori delle riviste scientifiche si sono dotati di software antiplagio che riconoscono paragrafi o capitoli già apparsi in altre pubblicazioni.

Ma la disponibilità delle applicazioni di intelligenza artificiale ha aperto un altro fronte: i testi che si vogliono “duplicare” possono essere riscritti con l’ausilio dell’IA, alla quale viene chiesto di dire le stesse cose con parole diverse.

Ovviamente l’IA non ha chiaro dove fermarsi nella parafrasi e arriva a coniare definizioni diverse e “tortuose” degli stessi concetti, veri e propri giri di parole che possono essere usati per smascherare la frode proprio grazie all’uso dell’intelligenza artificiale (qui alcuni esempi tratti da un pezzo di commento di *Nature* dell’anno scorso)

È quindi compito degli editori di riviste o dei controllori dell’integrità scientifica andare in profondità e decidere se l’articolo è inventato oppure no.

Ovviamente questo è solo un esempio: visto che l’IA è diventata molto brava a costruire immagini, bisogna anche controllare le figure, sempre chiedendo all’IA di riconoscere quelle “costruite” da quelle vere.

I controlli dovrebbe essere fatti prima della pubblicazione ma, a volte, sono i lettori che si accorgono che qualcosa non va e segnalano la cosa alla rivista che, dopo i controlli, decide di ritirare il lavoro. Le frodi possono essere di diversa entità, dal ritocco di una figura all’invenzione dei dati sui quali è basata una ricerca e, purtroppo, ogni tanto si scoprono casi di persone che hanno sistematicamente costruito i dati che hanno poi pubblicato.

Un comportamento inqualificabile che ha conseguenze ben peggiori della ritrattazione dei lavori, visto che i responsabili vengono licenziati e pesantemente sanzionati.

La frode non è l’unica ragione per ritirare un articolo: succede che gli autori si accorgano, a posteriori, di avere fatto qualche errore, oppure può accadere che un risultato, magari presentato con grande enfasi, risulti non riproducibile da altri gruppi di ricerca.

Quando si ammette o si sospetta la presenza di un errore l’articolo viene ritirato. È successo di recente con la «scoperta della superconduttività a temperatura ambiente (<https://www.scienzainrete.it/articolo/sogno-della-superconduttivit%C3%A0-e-caso-di-ik99/riccardo-lucentini/2023-09-13>), un risultato potenzialmente fantastico che, però, non ha potuto essere replicato in modo indipendente.

Mentre le ritrattazioni di risultati importanti ricevono attenzione, quelle per duplicazione o per costruzione dei dati sono diventate un basso continuo, al momento di proporzioni limitate ma, ahimè, in continua crescita, come è evidente dal grafico, pubblicato su *Nature*, che mostra l’evoluzione del numero di lavori ritirati negli ultimi dieci anni.

Il contributo maggiore al picco del 2023 (e il conteggio copre fino all’8 dicembre) viene dalla riviste Hindawi che hanno ritirato 8000 articoli.

Sembra che la maggior parte sia apparsa negli *special issue*, numeri extra, rispetto alla rivista cui fanno capo, gestiti da editori ospiti che erano diventati un veicolo efficace e veloce per pubblicare articoli di scarsa qualità e più o meno copiati, oltre che una fonte di guadagno per la casa editrice.

Il problema aveva assunto proporzioni così macroscopiche che Hindawi, alla fine del 2022, ha deciso sospendere la pubblicazione dei numeri speciali nonostante un danno economico stimato tra i 35 e i 40 milioni di dollari.

Alla fine la Hindawi è scomparsa, assorbita dalla casa madre Wiley, che si è impegnata a tenere molta alta la guardia, anche se gli introiti mancati pesano e il portavoce della casa editrice ha detto: «Special

issues continue to play a valuable role in serving the research community».

Certo sono *valuable* per le case editrici che tempestano i ricercatori con richieste del tipo «vuoi fare l'editor di un numero speciale su un argomento a tua scelta?».

In questo modo, una persona in cerca di notorietà diventa guest editor e convince amici e colleghi a scrivere articoli per i quali bisognerà pagare costi di pubblicazione su un giornale con impact factor modesto ma non nullo, dal momento che ogni articolo ne cita molti altri perché anche le citazioni sono un parametro importante.

Ritirare gli articoli truffa non mette la parola fine al problema, dal momento che gli articoli non scompaiono ed è sempre possibile che vengano citati. Gli 8000 articoli ritirati da Hindawi contano 35.000 citazioni.

Per fortuna, stiamo parlando di una percentuale piccola della produzione scientifica mondiale, diciamo intorno allo 0,2% ma i numeri si sono triplicati negli ultimi dieci anni.

Se andiamo a vedere le nazioni i cui scienziati hanno pubblicato più di 100.000 articoli negli ultimi vent'anni, scopriamo che l'Arabia Saudita ha il record (<https://www.nature.com/articles/d41586-023-03974-8>) del numero di articoli ritirati con 30 ogni 10.000.

Se invece si considerano anche gli articoli pubblicati alle conferenze, il record va alla Cina, con la stessa percentuale di lavori ritirati.

Tra le case editrici, la IEEE, originariamente Institute of Electrical and Electronics Engineers ma ora una organizzazione che gestisce conferenze (con i volumi dei *Proceedings* a esse associati) di grandi dimensioni in moltissimi campi, è quella a più alto tasso di ritrattazioni.

Visto che è sempre valida la massima “prevenire è meglio che curare”, gli sforzi sono concentrati sullo sviluppo di metodi per riconoscere gli articoli truffaldini ed evitarne la pubblicazione. Chi studia il problema delle truffe nella scienza sa che esistono le *paper mills*, letteralmente fabbriche di articoli alle quali gli autori possono rivolgersi per comperare un articolo preconfezionato, ovviamente falso oppure copiato in modo più o meno fantasioso.

Secondo gli esperti, le paper mills hanno prodotto centinaia di migliaia di articoli, cosa che fa supporre che i 50.000 articoli ritirati fino a oggi siano la punta dell'iceberg di un problema molto più grande.

Consiglio Direttivo

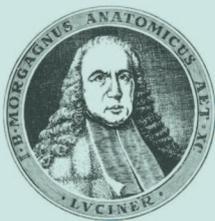
Presidente: Dott. Gaudio Michele
Vicepresidente: Dott. Pascucci Gian Galeazzo
Segretario: Dott.ssa Contri Morena
Tesoriere: Dott. Balistreri Fabio
Componenti:
Dott. Amadei Enrico Maria
Dott. Castellani Umberto
Dott. Castellini Angelo
Dott. Ercolani Giorgio
Dott.ssa Gunelli Roberta
Dott. Lucchi Leonardo
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