



# Bollettino

dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Forlì-Cesena  
n. 2 2024

---



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:** 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:** Dott.ssa Barbara Rossi  
**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

Un cambio di paradigma *pag.* 3

## LE SERATE DELL'ORDINE

La cartella clinica: compilazione, profili di danno e criticità *pag.* 4

Emicrania, aggiornamento sul fronte terapeutico  
e percorsi di cura *pag.* 5

Il percorso delle donne vittime di violenza *pag.* 6

Il Termalismo tra tecnologia, cure e ricerca scientifica  
nei centri termali nella provincia di Forlì e Cesena *pag.* 8

L'esame ecografico: criticità e reali indicazioni *pag.* 9

Il dolore pelvico e la necessità  
di un trattamento multidisciplinare *pag.* 10

Neuroendocrinologia: protocolli di studio e sinergie  
fra neurochirurgia e endocrinologia in Romagna *pag.* 12

La conoscenza dell'odontoiatria speciale *pag.* 13

HPV: un problema per tutti *pag.* 14

Il problema del sonno: approccio farmacologico  
ed un approccio fitoterapico *pag.* 16

## AGGIORNAMENTO

sicp - il tempo di relazione è tempo di cura,  
dice la legge *pag.* 22

Visita virtuale del MMG e cura del paziente *pag.* 23

ADHD: perché sta aumentando il deficit di attenzione  
e l'iperattività tra gli adulti? *pag.* 25

Il femminicidio ha radici psichiatriche? *pag.* 28

I medici di base britannici dubitano dell'utilità di dare  
ai pazienti l'accesso alle cartelle cliniche online *pag.* 31

La comunicazione di cattive notizie ai pazienti *pag.* 32

L'Europa affronta di petto l'epidemia di solitudine *pag.* 34

La compassione: una competenza medica in crisi *pag.* 36

Esplorando l'immaginario metaforico  
delle persone con tumore *pag.* 38

## UN CAMBIO DI PARADIGMA

È quanto emerge dall'ultimo rapporto FNOMCeO-CENSIS presentato a Roma lo scorso luglio. Nel contesto del Convegno "Dall'economia al primato della persona".

Nel 1978 la legge 833 decretava la fine dell'iniquo sistema sanitario mutualistico per passare a quello universalistico che garantisse a tutti i cittadini uguali prestazioni. Tuttavia tale intento si arrestò per l'impossibilità dello Stato di ripianare le spese delle allora Unità Sanitarie Locali. La politica intervenne con due leggi di riforma la 502/92 e la 517/93 che misero al centro degli obiettivi la questione economica e quindi il pareggio di bilancio rispetto al budget assegnato. Si introdusse pertanto una "mentalità aziendalistica" che rimane ad oggi il modello di gestione del Servizio Sanitario.



È palese come la voce di bilancio che negli anni è stata maggiormente ridimensionata è quella del personale e dei livelli assistenziali a favore delle voci di bilancio relative a beni e servizi tra cui finiscono anche le spese per i cosiddetti gettonisti. Questo modello di gestione ha comportato due gravi conseguenze. La prima è che il SSN si è sempre più impoverito andando incontro a grandi difficoltà a garantire qualità e quantità delle prestazioni richieste dal bisogno di salute dei cittadini a volte espresse con atteggiamenti violenti come ben sappiamo. La seconda conseguenza è il grande disagio dei medici e della professione di fronte al marcato disallineamento tra le esigenze del paziente e la possibilità di offerta assistenziale modulata dal Direttore Generale o dalla Regione in funzione del principio economicistico e di riduzione dei costi. È necessario, anzi indispensabile, un cambio di paradigma ovvero una inversione della governance del Sistema Sanitario che, tenendo conto anche della corretta gestione delle risorse, metta al centro gli obiettivi di salute della popolazione utilizzando accurati studi epidemiologici rilevati da medici e non da manager. Un tale modo di agire potrebbe sicuramente porre fine all'incertezza nel determinare le necessarie risorse economiche oggetto ogni anno anche di dispute politiche per determinarle nell'ottica di una corretta valutazione di quanto necessario per adempiere all'obbligo costituzionale della salute dei cittadini. Penso da tempo che l'aziendalizzazione in Sanità dopo oltre 30 anni di esercizio sia da mettere in discussione e mi ha fatto piacere che se ne sia parlato in un contesto ampio come quello del Convegno dello scorso luglio. Credo che mettere al primo posto la centralità assoluta della tutela della salute e della prevenzione con una gestione delle risorse modulata dal governo clinico attribuendo ai medici un ruolo primario nei processi decisionali siano gli obiettivi che dobbiamo perseguire e chiedere a gran voce. Infine vorrei condividere una preoccupazione riguardo i fabbisogni formativi per Medicina. Sappiamo bene che stiamo vivendo un momento di difficoltà perché mancano i medici. Tale situazione è figlia di programmazioni sbagliate da oltre un decennio in termini di numero chiuso nelle facoltà di Medicina.

I concorsi di ammissione, soprattutto per alcune specialistiche, vanno deserti e anche sul territorio i colleghi sono spesso costretti ad accettare un numero spropositato di pazienti per garantire la continuità delle cure. Il tutto aggravato da una condizione di disagio lavorativo ed economico che fa lasciare il lavoro nel SSN per il privato o peggio ancora per l'estero. La politica è corsa ai ripari dimostrando ancora scarso buon senso e nessuna lungimiranza. Infatti le ammissioni ai corsi di laurea di Medicina sono state aumentate di ulteriori 1153 posti raggiungendo quindi per il prossimo anno accademico quota 19286. Questi futuri colleghi saranno pronti per esercitare nel 2035 quando andranno in pensione, da dati attuariali certi, solo 6263 medici. Non serve essere fini matematici per capire che l'esubero di 13000 specialisti solo nel 2035 sommato a quello degli anni precedenti porterebbe a una nuova stagione di deprecabile pleora medica che peraltro la mia generazione ha vissuto con notevole disagio.

Concludo augurando una serena estate

**Dott. Michele Gaudio**  
*Presidente OMCeO Forlì-Cesena*

# **LA CARTELLA CLINICA: COMPILAZIONE, PROFILI DI DANNO E CRITICITÀ**

**25/01/2024**

Di antica origine, la cartella clinica ha assunto nel tempo sempre maggiore rilievo, tale da rappresentare il documento di prioritaria importanza nel percorso di assistenza al paziente. La cartella clinica è uno strumento di lavoro per i medici che operano in una struttura sanitaria, dove vengono raccolte, verbalizzate e registrate notizie riguardanti: il ricovero finalizzato a tutelare e migliorare la salute del paziente.

La cartella clinica contempla diversi aspetti.

La stessa infatti assume valore assistenziale in quanto registrazione delle prestazioni effettuate sul paziente, ma anche valore medico-legale, in ipotesi di contenzioso, quale elemento di prova. Definita dalla prevalente giurisprudenza “atto pubblico di fede privilegiata”, contestabile solo con querela di falso, la cartella clinica contiene e descrive ogni intervento sanitario ed ogni fatto clinico che caratterizza il ricovero del paziente.

Importante, in particolare, la necessità che ogni annotazione sia riportata in maniera fedele e contestuale al verificarsi dell’evento, sottolineandone i contenuti tra cui il rilevante consenso informato.

La cartella clinica, inoltre, è un valido strumento scientifico e didattico per lo studio e la formazione professionale oltre che una preziosa fonte documentale per la ricerca storica, scientifica, amministrativa e gestionale.

Innumerevoli sono le questioni riguardanti la cartella clinica anche perché la sua compilazione coinvolge figure diverse in tempi diversi e, conseguentemente, gli errori possono essere amplificati: proprio dal fatto che un errore può determinarne a catena un altro.

In ogni caso la documentazione presente nella cartella clinica deve rispondere a criteri di chiarezza, accuratezza e completezza dei dati.

La cartella clinica, inoltre, non deve contenere abrasioni e/o cancellazioni non leggibili ed essere caratterizzata da precisione nelle annotazioni e completezza dei dati.

Si comprende bene quindi quanto vaste siano le implicazioni di questo rilevante documento che dovrà essere sempre tenuto in grande considerazione non solo per la cura del paziente ma anche per quanto affermato essere stato il suo percorso di diagnosi e cura.

Rilevante, inoltre, è l’attività che verrà espletata dal CTU e che dovrà porre sempre in assoluto rilievo detto documento.

E’ importante, infine, distinguere la cartella clinica elettronica dal fascicolo sanitario elettronico, dalla cartella clinica informatizzata, dalla gestione elettronica della cartella clinica.

Tutto ciò con l’obiettivo di dare agli operatori sanitari utili indicazioni per la corretta compilazione dei predetti documenti.

**Avv. Maria Gabriella Di Pentima**  
**Avvocato Cassazionista**

# EMICRANIA, AGGIORNAMENTO SUL FRONTE TERAPEUTICO E PERCORSI DI CURA

08/02/2024

## **Sinusite ricorrente o cefalea?**

Sinusite: una patologia spesso sovrastimata.

A giudizio di chi scrive, la diagnosi di sinusite è una delle più abusate in ambito medico. Ovviamente, le sinusiti esistono e non sono infrequenti. Tuttavia sembra che quasi tutta la popolazione generale soffra di sinusite. Sicuramente è vero che quasi ad ogni episodio di raffreddore può associarsi un processo sinusitico transitorio. Tuttavia i sintomi della sinusite acuta «vera» sono molto caratteristici e debilitanti.

Oltre a questo, a mio giudizio, si confonde spesso la sinusite con episodi di cefalea di diversa natura. Questo porta molti pazienti a curarsi per presunte sinusiti senza mai arrivare a trovare la giusta e necessaria terapia per la loro cefalea. Su questo argomento si consiglia di leggere anche il Post «Mal di testa e sinusite: c'è sempre una relazione?».

## **Come distinguere Sinusite ricorrente e cefalea?**

La prima cosa da fare per capire se si tratta di sinusite ricorrente o di cefalea è sottoporsi ad una visita otorinolaringoiatrica. Lo specialista sarà così in grado di valutare la sintomatologia riferita dal paziente e di correlarla con la presenza di segni caratteristici di sinusite.

In molti casi sarà opportuno corredare la visita di una fibrolaringoscopia flessibile o rigida per valutare eventuali anomalie anatomiche nasali

## **Viaggio in aereo: perché il mal di testa?**

Alcune volte capita che qualcuno durante un viaggio in aereo accusi un forte mal di testa di solito all'atterraggio e talvolta anche al decollo.

Perché succede questo? La colpa è dello stato di salute del naso e della sua conformazione anatomica nelle persone colpite. Molto spesso questo avviene in coloro che hanno uno stato di infiammazione nasale acuto (raffreddore, rinite allergica, rinosinusite acuta) che comporta una congestione delle fosse nasali con conseguente riduzione del flusso aereo nei seni paranasali. Ma non basta. Per far sì che si sviluppi anche il mal di testa (cefalea) è anche necessario che la conformazione anatomica dei seni paranasali non sia adeguata alle variazioni di pressione atmosferica a cui si è sottoposti durante un viaggio in aereo (o anche durante immersioni subacquee).

**Dott. Giuseppe Meccariello**  
**Dirigente Medico U.O. Otorinolaringoiatria**  
**Ospedale Morgagni-Pierantoni Forlì**  
**Ospedale degli Infermi, Faenza**

# IL PERCORSO DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA

07/03/2024

La violenza di genere rivolta contro le donne nelle sue molteplici espressioni (economica, verbale, psicologica, fisica, sessuale) è un fenomeno a diffusione trasversale che non riconosce distinzione in relazione a status sociale, livello culturale, professione, etnia e religione. Si manifesta sovente in ambito domestico ed è prevalentemente agita da parte di uomini legati affettivamente alla vittima (coniuge, partner o ex partner).

Da tempo l'OMS ha evidenziato come la violenza alle donne rappresenti un problema di salute pubblica in quanto fattore eziologico e di rischio per l'insorgenza di patologie non soltanto della sfera sessuale/ginecologica e traumatica ma anche internistica e psicologica.

Dai dati emanati dalla WHO risulta che nei paesi industrializzati oltre il 30% delle donne risultano essere state oggetto di una qualche forma di violenza nel corso della loro vita; ne consegue che un notevole impegno deve essere profuso nella prevenzione del fenomeno al fine di tutelare la salute anche delle generazioni future.

Trattandosi di un fenomeno articolato dove gli aspetti sanitari si intrecciano con quelli psicologici, sociali, legali e giuridici, l'approccio nei confronti delle donne che subiscono violenza dovrà prevedere una rete interistituzionale e multiprofessionale che nel rispetto delle reciproche competenze, assicuri la migliore accoglienza e presa in carico.

Il ricorso al Pronto Soccorso della donna con esperienza di violenza rappresenta un momento critico e delicato del quale i professionisti sanitari debbono avere grande consapevolezza; si tratta spesso di un atto estremo e irripetibile di richiesta di aiuto che in nessun modo deve rimanere inascoltato.

La decisione di rivolgersi alle istituzioni sanitarie e non sanitarie, avviene nella maggior parte dei casi dopo una lunga storia di discriminazione, soprusi, privazione di libertà, maltrattamenti fisici e psicologici spesso perpetrati sotto lo sguardo inquieto di figli vittime anch'essi di violenza diretta o assistita.

Nell'ambito del Pronto Soccorso da tempo sono disponibili procedure che guidano i professionisti dalla fase di triage fino alla dimissione/ricovero.

Il personale infermieristico adeguatamente formato fin dal primo contatto accoglierà la donna in modo empatico, prestando particolare attenzione al linguaggio verbale e non verbale e ai segni spesso non dichiarati della violenza, avviandola ad un percorso preferenziale che faciliti una rapida presa in carico da parte dell'equipe medico-infermieristica; la donna verrà inoltre accompagnata in un luogo dedicato e riservato all'interno del Pronto Soccorso separato dalla sala di attesa generale, al fine di garantire privacy e sicurezza e favorire l'instaurarsi di un rapporto di fiducia che agevoli lo svelamento di quanto vissuto.

Durante la successiva fase ambulatoriale dovrà essere prestata la massima attenzione alla raccolta del racconto, agli accertamenti clinici, laboratoristici e strumentali necessari a preservare la salute come anche alla eventuale raccolta e conservazione di elementi probatori a sostegno del percorso giuridico. Sarà fondamentale da parte dei sanitari, fornire informazioni dettagliate ed esaustive riguardo alle fasi dell'accertamento medico nei confronti del quale la donna sarà sempre libera di esprimere o meno il suo consenso.

Completata la fase diagnostico-terapeutica dovranno infine essere affrontate le problematiche sociali, psicologiche e giuridiche che accompagnano il fenomeno di violenza; in particolare sarà fondamentale valutare il rischio di reiterazione di violenza e di maltrattamento grave (mediante l'utilizzo del questionario BRAFED) per poter promuovere azioni di messa in protezione in collaborazione con i Servizi Sociali, dovrà essere proposto alla donna di età > 18 anni il colloquio di valutazione psicologica al fine di fornire elementi utili al percorso giuridico, dovranno essere

fornite indicazioni sui Centri Antiviolenza referenti per il territorio che avranno un ruolo importante nel percorso di fuoriuscita dalla violenza poi qualora richiesto dalla donna dovranno essere fornite informazioni anche sui percorsi di accompagnamento per uomini autori di violenza (Centri LDV) e dovranno essere fatte le opportune segnalazioni alla Autorità Giudiziaria nei casi previsti.

Tutti i professionisti coinvolti in questo complesso cammino dovranno interagire fra loro in base alle necessità e condividere formazione e saperi, requisito imprescindibile per offrire il migliore sostegno alla donna nel processo di empowerment.

**Dott.ssa Tiziana Iervese**  
**Responsabile della Struttura Semplice di Medicina d'Urgenza**  
**presso l'Ospedale Morgagni-Pierantoni di Forli**  
**Coordinatrice Gruppo di Lavoro Aziendale**  
**"Accoglienza e presa in carico in Pronto Soccorso delle vittime di violenza ed abuso"**

# IL TERMALISMO TRA TECNOLOGIA, CURE E RICERCA SCIENTIFICA NEI CENTRI TERMALI NELLA PROVINCIA DI FORLÌ E CESENA

09/03/2024

## Cure termali per la prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie muscolo-scheletriche

Per Crenoterapia si intende l'utilizzo delle acque minerali a scopo terapeutico seguendo la semplice *"Regola di Wilder: la crenoterapia, più che correggere direttamente uno stato patologico, spinge l'organismo a ritrovare un suo equilibrio perduto e, utilizzando le sue forze residue, favorisce i necessari aggiustamenti"*. La fangobalneoterapia è la cura termale più utilizzata nella prevenzione e cura delle patologie muscolo-scheletriche e viene attuata attraverso l'applicazione di "fango maturo" ottenuto dalla commistione di una componente solida essenzialmente inorganica (argilla) con una componente liquida rappresentata da un'acqua minerale.

Il processo di maturazione avviene in appositi contenitori di acciaio (fangaie), ha una durata di almeno sei mesi e, presso la maggior parte degli stabilimenti termali della nostra Regione, sfrutta le proprietà delle acque salsobromoiodiche ad alta mineralizzazione. Portato alla temperatura di 50°C il fango maturo viene applicato come impacco di spessore di circa 7-8 cm sulle articolazioni da trattare per un tempo di circa 15 minuti.

A seguire la cura prevede il bagno in acqua salsobromoiodica a 37°C per 15 minuti e un opportuno periodo di reazione per consentire al corpo del paziente di raffreddarsi lentamente. All'inizio del ciclo di cura di 12 giorni, è prevista la visita medica di ammissione obbligatoria effettuata dal medico termale il quale dovrà accertare eventuali controindicazioni all'esecuzione della cura e personalizzare, per ogni paziente, le modalità di applicazione del trattamento termale. Trattandosi di cure a scopo preventivo, la fase termale ottimale della patologia muscolo scheletrica si riconosce per assenza di stati dolorosi acuti, modesta presenza o assenza della componente infiammatoria, scarsa tendenza della malattia all'evoluitività, assenza di lesioni articolari o para-articolari irreversibili, buone condizioni fisiche generali.

La collaborazione con il medico di MG è fondamentale per mettere in atto un'integrazione sequenziale e sinergica nei confronti della patologia artrosica che consenta di raggiungere una diagnosi precoce, un corretto stile di vita del paziente, un razionale utilizzo della terapia farmacologica, l'applicazione periodica della terapia termale e della fisioterapia. Per le categorie diagnostiche di osteoartrosi e altre forme degenerative o reumatismi extrarticolari, il D.M. del 15/12/1994 prevede per ogni cittadino un ciclo di cure termali all'anno, con spese a carico del SSN, a scelta del medico fra: 12 fanghi e bagni, 12 fanghi, 12 bagni, 12 grotte.

In Emilia Romagna, ben 21 stabilimenti termali su 23 sono dotati di presidio di Riabilitazione con un'equipe riabilitativa composta da fisiatra, fisioterapisti, infermieri, personale ausiliario e possono accogliere pazienti per trattamenti riabilitativi mirati al recupero funzionale sia di patologie post-traumatiche e post-chirurgiche, sia di malattie reumatiche invalidanti. Il sinergismo terapeutico fra mezzi di cura termale, esercizio riabilitativo e tecniche fisioterapiche rappresenta un plus esclusivo dell'ambiente termale in grado di garantire risultati rapidi e completi per ogni paziente, con il massimo recupero funzionale e della migliore qualità di vita. Gli stabilimenti termali accreditati con il SSN possono erogare cicli di rieducazione motoria in acqua e a secco a favore di assistiti dell'AUSL su prescrizione del fisiatra ospedaliero. Cicli di riabilitazione motoria e respiratoria vengono erogati dall'INAIL su rilascio di impegnativa da parte dell'Istituto.

**Dott. Marco Conti**  
**Fisiatra e Idrologia Medica**

# L'ESAME ECOGRAFICO: CRITICITÀ E REALI INDICAZIONI

21/03/2024

La relazione del collega Bruno Balbi, moderata dal sottoscritto, è stata un'ottima occasione per fare il punto sulle indicazioni dell'esame ecografico eseguito dalla figura in assoluto più indicata e preparata per eseguirlo, e cioè lo specialista in radiologia

Nelle ultime settimane si è parlato tanto di appropriatezza in tema di richieste di esami ematici ed accertamenti radiologici, e questa occasione di aggiornamento ha chiarito molto efficacemente come si debba parlare di appropriatezza dal punto di vista del medico che richiede l'esame ecografico.

Per questo motivo la serata è iniziata con la presentazione di una serie di lavori di ricerca e di considerazioni su come l'impatto di queste indagini sulla attività radiologica sia cresciuto in modo esponenziale e come non sempre le richieste possono essere considerate appropriate o corrette o complete (tutti aspetti di richieste di esame che possono mettere in difficoltà il radiologo che eseguirà l'esame)

Ma durante la serata del 21 marzo si è parlato anche di appropriatezza da parte del collega che risponde alla richiesta. Il radiologo «refertante» deve essere qualificato, preparato, a conoscenza di tutte le caratteristiche di cui è composto quello che si definisce un «Atto medico ecografico» che sono le seguenti: 1) Analisi della richiesta da parte del medico prescrivente; 2) Inquadramento clinico-anamnestico del paziente; 3) Appropriatezza dell'esame proposto; 4) Informativa su modalità e finalità dell'indagine; 5) Esecuzione dell'esame; 6) Interpretazione e Refertazione; 7) Comunicazione e discussione con il referente clinico del paziente.

La serata è proseguita con la presentazione delle varie lesioni che si possono riscontrare durante l'esame ecografico in reni, fegato, tiroide, linfonodi, prostata, polmone ed anse addominali. Sono state presentate le classificazioni ecografiche più usate nei vari distretti corporei, il tutto corredato da una iconografia chiara e dettagliata, raccolta dal dottor Balbi durante la sua attività professionale. Questa parte della relazione è stata talmente apprezzata dai colleghi presenti che molti hanno chiesto di pubblicarla sul sito web dell'Ordine, cosa poi fatta pochi giorni dopo, con il permesso dell'autore

Al termine si è poi parlato delle modalità di refertazione corretta, che deve essere associata ad una comunicazione professionale e esaustiva con il paziente oggetto dell'esame. In generale, il radiologo deve evitare il comportamento descritto da Enfield su «JAMA», nel 1923, che recita: «Vi sono radiologi che descrivono in dettaglio tutto ciò che vedono, senza dire ciò che pensano al riguardo»

**Dott. Gian Galeazzo Pascucci**  
**Vice Presidente OMCeO Forlì-Cesena**

# IL DOLORE PELVICO E LA NECESSITÀ DI UN TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE

11/04/2024

Il dolore pelvico cronico (DCP) appartiene all'insieme ben più ampio del dolore cronico che colpisce un quinto della popolazione. Questi pazienti spesso afferiscono all'ambulatorio di terapia antalgica dopo aver consultato diversi specialisti con l'obiettivo di poter trovare una causa e, soprattutto, una soluzione al loro dolore. La letteratura è molto ricca e non mancano certo i supporti scientifici che ci guidano nel percorso e nel trattamento di questi pazienti; nonostante la numerosa quantità di pubblicazioni, tutta la letteratura è concorde riguardo la necessità di avere un gruppo multidisciplinare che segua questi pazienti, ben sottolineando che il trattamento del DCP non può essere affrontato da un'unica figura professionale perchè si ha a che fare con un paziente complesso che giunge alla nostra osservazione quasi sempre dopo aver eseguito diverse consulenze, numerosi accertamenti e a volte senza una diagnosi chiara. Questi pazienti a causa del dolore devono far fronte a problemi nella sfera sociale, lavorativa e sessuale e richiedono quindi una presa in carico a 360 gradi che inizia con il colloquio con il paziente, primo importantissimo passo. Si procede poi per gradini.

Il primo step prevede l'impostazione di una terapia farmacologica che nel dolore pelvico cronico è sovrapponibile alla terapia del dolore neuropatico con farmaci quali FANS, antidepressivi, gabapentinoidi e oppiacei.

Una volta percorsa la strada farmacologica, vengono considerate le terapie infiltrative e neuromodulative. Per fare questo è necessario conoscere bene la distribuzione nervosa della zona pelvica in cui sono presenti diverse strutture nervose che prendono origine dalle prime radici lombari e scendono fino alle ultime sacrali. Il plesso lombare infatti dà origine ai nervi ileoinguinale, ileolombare e genitofemorale, i nervi più profondi come il pudendo sono invece di pertinenza delle radici sacrali. Tutti questi nervi possono essere trattati a livello ambulatoriale. Il nervo più spesso interessato è il nervo pudendo, nervo misto la cui componente sensitiva innerva cute, perineo, genitali esterni e corpi cavernosi; la componente muscolare invece contribuisce al muscolo trasverso superficiale di perineo, ischiocavernoso e bulbocavernoso. Viene approcciato in modo ecoguidato a paziente prono. Viene poi considerato il nervo genitofemorale, altro nervo misto che origina dalle prime vertebre lombari, L1 e L2, struttura nervosa che decorre all'interno del corpo muscolare dello psoas e si dirige poi verso il basso entrando nel legamento inguinale.

Ci sono poi il nervo ileoipogastrico che decorre insieme al nervo ileoinguinale, entrambi con componente muscolare per i muscoli inferiori della parete dell'addome. Infine, si possono eseguire infiltrazioni a livello del Ganglio di Walther o Ganglio sacrococcigeo, struttura singola, retroperitoneale, fusione terminale degli ultimi 2 gangli sacrali della catena simpatica posta dietro al sacro. E' responsabile di buona parte dell'innervazione nocicettiva e simpatica della zona pelvica e perineale, riceve infatti le afferenze nervose da perineo, retto distale, ano, uretra distale, vagina distale, vulva, coccige e scroto.

Dopo l'approccio infiltrativo si passa alla neuromodulazione che può interessare diverse strutture. C'è la stimolazione del nervo tibiale, indicata nel trattamento dell'iperattività e dello spasmo doloroso vescicale con risultati in letteratura promettenti ma insufficienti. Stesso discorso per la neuromodulazione sacrale in cui la letteratura non è scarsa ma i risultati sono controversi; diverse review la propongono infatti come parte del processo terapeutico in caso di insuccesso con tutte le precedenti terapie. La stimolazione nervosa è stata studiata sia sulla radice di S3 da sola che SUL nervo

può in toto che racchiude anche S2 e S4, entrambe con risultati promettenti anche a 1 anno di distanza. La spinal cord stimulation viene proposta ai pazienti affetti da DCP che non hanno risposto a nessun'altra precedente terapia. Gli studi hanno dimostrato una significativa riduzione della VAS con elettrodi impiantati a livello epidurale dorsale tra T12 e L1. Gli autori sono comunque concordi nel proporre tale pratica solo nei casi di DPC refrattario. La stimolazione transcranica invece è utile nei casi in cui l'eziologia sia un dolore neuropatico centrale, viene eseguita con impianto di elettrodi a livello extradurale e in questo caso il meccanismo analgesico viene dalla stimolazione delle aree periventricolari, periacqueduttali e del talamo. Infine, la somministrazione di farmaci a livello intratecale è una tecnica già ampiamente utilizzata nei casi di dolore cronico refrattario a qualunque terapia e può essere utilizzata con successo anche in questi pazienti.

Qualunque trattamento si decida di eseguire e qualunque terapia sia utile al paziente, non bisogna però mai perdere di vista il fatto che il solo algologo non è comunque sufficiente a prendere in carico questi pazienti che dovrebbero essere seguiti anche da altri terapeuti come psicologi, fisioterapisti, agopuntori e urologi, proctologi o ginecologi a seconda della patologia di partenza, per permettere un miglior risultato. Ancora più fondamentale è però il ruolo del MMG che nel nostro territorio è l'unica figura in grado di gestire gli specialisti come un vero regista della terapia.

**Dott.ssa Morena Calli**  
**Dirigente Medico U.O. di Anestesia e Rianimazione**  
**Responsabile del servizio di Terapia Antalgica**  
**Ospedale G.B. Morgagni L. Pierantoni - Forlì AUSL Romagna**

# NEUROENDOCRINOLOGIA: PROTOCOLLI DI STUDIO E SINERGIE FRA NEUROCHIRURGIA E ENDOCRINOLOGIA IN ROMAGNA

18/04/2024

Le principali patologie della regione ipotalamo ipofisaria sono: gli adenomi ipofisari, le cisti della tasca di Rathke ed altre cisti della regione sellare, i craniofaringiomi ed altre patologie espansive della regione ipotalamo ipofisaria di natura proliferativa (es. meningiomi, cordomi, metastasi) o infiammatoria (es. ipofisi). Gli adenomi ipofisari sono le lesioni più frequenti della regione sellare, circa il 10-15% dei tumori intracranici (il terzo tumore più frequente) e sono i processi espansivi più frequenti della loggia sellare (80%).

Anche se considerati biologicamente benigni, possono essere caratterizzati da spiccata invasività delle strutture attigue alla sella turcica e presentare vari gradi di aggressività. In base a criteri dimensionali gli adenomi ipofisari sono classificati in microadenomi, macroadenomi e adenomi giganti. Dal punto di vista endocrinologico si distinguono in adenomi non secernenti e adenomi secernenti. Questi ultimi secernono ormoni in eccesso e determinano una sindrome clinica tipica da ipersecrezione.

Tuttavia non è raro che, accanto alla sindrome da ipersecrezione di un ormone, vi sia associato anche il deficit di uno o più ormoni, come conseguenza dell'effetto massa dell'adenoma sulla ghiandola ipofisi o determinato dalle ripercussioni negative dell'ipersecrezione di una tropina ipofisaria sulle altre. Dal punto di vista funzionale, la maggior parte degli adenomi ipofisari sono prolattinomi e a seguire, tumori non secernenti.

Gli adenomi ipofisari non funzionanti vengono diagnosticati soprattutto a causa degli effetti compressivi sulle strutture circostanti (disturbi visivi/campimetrici, cefalea, ecc) e/o sul tessuto ipofisario sano limitrofo (segni e sintomi di deficit di una o più tropine ipofisarie - ipopituitarismo parziale o completo) o sempre più frequentemente come incidentalomi ipofisari (riscontro incidentale). La diagnosi degli adenomi GH secernenti, ACTH secernenti e TSH secernenti si avvale di vari test endocrinologici che richiedono generalmente la programmazione e la presa in carico del paziente presso strutture dedicate. Molte lesioni sellari vengono trattate chirurgicamente; oggi ci avvaliamo di un approccio endonasale trans-sfenoidale con tecnica endoscopica che consente una minor invalidità, più rapidi tempi di ospedalizzazione e di guarigione rispetto alle precedenti tecniche chirurgiche. Tra le complicanze principali vi sono quelle strettamente chirurgiche (ematomi, fistola liquore, epistassi..) e quelle endocrinologiche (diabete insipido, ipopituitarismo..).

Il paziente viene dimesso dal reparto in quarta giornata post operatoria con la programmazione dei controlli a distanza (endocrinologico, otorino, RM e visita neurochirurgica, eventuale controllo oculistico).

**Dott.ssa Dalila Fuschillo**  
**Dirigente Medico U.O. Neurochirurgia**  
**Ospedale Bufalini Cesena, AUSL Romagna**

# LA CONOSCENZA DELL'ODONTOIATRIA SPECIALE

09/05/2024

## Accoglienza e comunicazione.

Aspetti legislativi, aspetti clinici e aspetti deontologici nei soggetti fragili. Esperienze cliniche.

### RAZIONALE.

**Ogni incontro scientifico** rappresenta una continuità di lavoro, di confronto interpersonale e di ricerca clinica tesa a migliorare le condizioni di salute e di vita dei nostri pazienti. I nostri obiettivi sono legati all'approfondimento e alla maggior comprensione dell'**odontoiatria speciale** dove la parola chiave è stata rappresentata dalla **conoscenza**.

La **conoscenza dell'odontoiatria speciale** è, per ogni medico e i suoi collaboratori, un requisito fondamentale per lo svolgimento della propria professione volto ad esercitare con scienza, coscienza, dignità e indipendenza senza alcuna discriminazione verso alcun paziente.

Infatti, non ci si può relazionare sulla fragilità se non c'è conoscenza del problema. Giustiniano affermava: "Non è molto utile conoscere la legge, se non si sa nulla delle persone per le quali la legge esiste."

**Compito dell'odontoiatra**, infatti, è saper accogliere, saper osservare, saper ascoltare il paziente (Art. 20 Relazione di cura del Codice di Deontologia Medica) per entrare in quel contatto empatico propedeutico di ogni relazione umana, comprendendone il contenuto e la rilevanza delle sue emozioni, dei suoi timori, delle sue paure e delle sue aspettative cliniche ed umane, **a maggior ragione quando si parla di persone con disabilità**.

Tutto questo rappresenta la *conditio sine qua non* per sviluppare e concretizzare l'umanizzazione del rapporto medico/paziente, dove il medico deve riappropriarsi di un ruolo centrale.

Impariamo - umanamente - a mettere l'uomo (il paziente) al centro dell'attenzione considerando la sua complessità e l'eventuale sua comorbidità nella relazione di cura e nella cura della relazione.

**Nel ringraziare sempre l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, la CAO della provincia di Forlì-Cesena per il gentile invito, un ultimo pensiero è doveroso rivolgerlo alla S.I.O.H.** che, in quasi quarant'anni di lavoro, come unica Società Italiana di Odontostomatologia per l'Handicap è stata sempre propositrice di un messaggio educativo non solo culturale/scientifico. Questo incontro ha voluto sviluppare una riflessione per costruire un messaggio - una proposta di motivazione, di formazione e aggiornamento, Art. 19 del Codice di Deontologia Medica - per migliorare la nostra professione odontoiatrica nel soggetto fragile.

**Un ringraziamento doveroso lo rivolgo anche all'amico Dott. Paolo Paganelli, al Presidente e tutto il Consiglio Direttivo dell'Ordine** che hanno permesso con il loro contributo organizzativo questo evento.

**Dott. Marco Magi**

**Medico Chirurgo, Odontoiatra. Socio Attivo e Past President S.I.O.H**

[www.sioh.it](http://www.sioh.it)

## HPV: UN PROBLEMA PER TUTTI

16/05/2024

### **Vaccino HPV e papillomatosi respiratoria ricorrente giovanile: un possibile nuovo uso per un vecchio vaccino**

Viene presentata la storia clinica di quattro ragazzi con età compresa fra i 2 e i 15 anni affetti da Papillomatosi respiratoria ricorrente giovanile (JORRP), causata da papillomavirus umano (HPV) tipi 6 e 11.

La JORRP, la cui eziopatogenesi non è ancora del tutto chiarita, si caratterizza per sintomi a carico delle alte e basse vie respiratorie dovuti a proliferazione di neoformazioni benigne vegetanti che gettano nel lume dell'albero, localizzate principalmente nella laringe e sulle corde vocali, che, più raramente, diffondono a trachea, bronchi, polmoni.

La storia naturale mostra tendenza a recidivare anche dopo le procedure chirurgiche di rimozione, più frequentemente e con decorso clinico più complicato se da HPV 11.

La JORRP è una malattia rara: 0,8/100.000 casi in Europa in epoca prevaccinale; a seguito dell'implementazione della vaccinazione HPV4 in Australia si è passati in 5 anni da un'incidenza di 0,16/100.000 a 0,02/100.000; le osservazioni in letteratura riportano un netto calo di incidenza di JORRP dopo la introduzione della vaccinazione, e i casi occorsi si presentano in figli di madri non vaccinate.

A seguito di queste osservazioni, in letteratura viene riportato l'utilizzo del vaccino HPV tetravalente a scopo terapeutico off label nei casi di JORRP.

I quattro bambini (una femmina e tre maschi) giunti alla nostra attenzione avevano presentato una età di esordio variabile e quadri clinici di diversa gravità: tre con lesioni confinate a livello laringeo, uno con progressione nell'albero bronchiale con focolai broncopolmonari, atelectasia e lesioni displasiche. In due casi sono stati identificati i tipi di HPV: 6 e 11.

Dal punto di vista chirurgico il primo intervento è stato fatto in differenti epoche di vita nei diversi bambini (fra i 4 mesi e i 7 anni di età circa) con un ricorrenza da 3 interventi per il caso più mite fino ai 28 del ragazzo con diffusione bronchiale.

Tutti i ragazzi sono stati considerati eleggibili al trattamento, benché tutti off label rispetto all'indicazione e tre di loro anche rispetto all'età (2aa 3m, 7aa, 7aa 10m).

Richiesta l'autorizzazione alla Commissione del Farmaco dell'AUSL Romagna per l'utilizzo off label per ciclo vaccinale a tre dosi, i ragazzi sono stati seguiti per il follow up post ciclo vaccinale che è ancora in corso dopo un tempo compreso fra i 2 e i 7 anni per tre ragazzi, mentre uno è stato perso al follow up dopo 2aa e 4m.

Il follow up post vaccinale ha messo in evidenza un netto miglioramento clinico, con tempo privo di interventi fino a quasi 4aa per i bambini con forma meno grave, mentre non si sono avuti miglioramenti apprezzabili nel ragazzo con la forma clinicamente più grave e più protratta nel tempo.

La nostra osservazione, che non si discosta da quelle descritte in letteratura, mostra come l'età di insorgenza e l'inizio della terapia chirurgica possano influire sulla prognosi e sulle recidive.

Per queste ragioni è opportuno non attendere numerose recidive prima di somministrare la terapia vaccinale: la bassa numerosità dei pregressi interventi chirurgici e l'età di vaccinazione sembrano proporzionali all'efficacia del vaccino.

Infine, va sottolineato come la campagna vaccinale HPV9 sta determinando una diminuzione dell'incidenza di JORRP <sup>6</sup>.

Il testo completo dell'articolo si può trovare sulla rivista quaderni ACP: [www.Quaderniacp.it](http://www.Quaderniacp.it) 5(2021), 229

redatto da: Teresa Ghini, Cesare Cutrone, Martina Bertinazzi, Fabio Pieraccini, Antonella Brunelli

# Vaccino HPV e papillomatosi respiratoria ricorrente giovanile: un possibile nuovo uso per un vecchio vaccino



Teresa Ghini\*, Cesare Cutrone\*\*, Martina Bertinazzi\*\*, Fabio Pieraccini\*\*\*, Antonella Brunelli\*

\*Pediatria di comunità AUSL Romagna; \*\*UO Otorinolaringoiatria Padova, \*\*\*Direzione Tecnica Assistenza Farmaceutica AUSL Romagna

**Dott.ssa Antonella Brunelli**  
**Direttore U.O. Pediatria di Comunità e Consultori Familiari**  
**Cesena, AUSL Romagna**

# IL PROBLEMA DEL SONNO: APPROCCIO FARMACOLOGICO ED UN APPROCCIO FITOTERAPICO

06/06/2024

## Prendersi cura del paziente insonne

I farmaci utilizzati per il trattamento dell'insonnia sono:

- Benzodiazepine ( Triazolam e Temazepam -non disponibile in Italia-)
- Agonisti recettori BDZ non benzodiazepinici (Zolpidem, Zopiclone, Eszopiclone)
- Antagonisti duali recettori orexina (Daridorexant, Melatonina)
- Antidepressivi sedativi (Doxepin -non disponibile in Italia e Trazodone)

Lo Zolpidem presenta una selettività d'azione, breve emivita, assenza di alterazioni sulla struttura del sonno, buona tollerabilità, basso rischio di tolleranza e dipendenza, basso rischio di sindrome da sospensione e maneggevolezza e completa assenza di alterazioni sulla struttura del sonno.

## Gestione della polifarmacoterapia delle Benzodiazepine

Barbiturates produce their effect by enhancing GABA receptor binding and prolong the opening of chloride channels. In higher dose may also act directly on chloride channels. Mechanism is less specific than benzodiazepines; may account for ability to induce surgical anesthesia and pronounced generalized CNS depression effects.

The most common pharmacological effects are:

- **NEUROMUSCULAR** muscle relaxant (central effect), ( diazepam : brain stem);
- **ANTICONVULSANT** modulates brain electric conduction;
- **CARDIOVASCULAR** reduced blood pressure and decrease hearth frequency

### The BDZ in elders:

- the dose of benzodiazepines necessary to provide a clinical response is often higher than that needed to cause harms ;
- The evidence for benefits of benzodiazepines in insomnia is relatively poor;
- In many cases, safer treatments for anxiety disorders and insomnia exist and are effective in older adults, including serotonin reuptake inhibitors (for anxiety) and psychotherapy such as relaxation training or cognitive behavioral therapy (for anxiety and/or insomnia).

The pharmacokinetics of BDZ is characterized of variously lipid soluble, well absorbed orally, can be given parenterally , widely distributed, cross placental barrier and excreted in milk.

### Classification of BDZ:

- Short acting: (3-5 hours) triazolam
- Long acting: ( 24-72 hours)
- Intermediate: (6-24 hours)

Anxiety and sleep disorders are prevalent, often resistant to mono-treatment, severe and able to dramatically reduce the quality of life;

Benzodiazepines are usually safe and often effective, especially in the short term;

Benzodiazepine are usually complementary and not alternative to other treatments;

Benzodiazepine are not devoid of risks and side effects, which however can be largely prevented, avoided or reduced if the prescribing information is closely followed.

### Trazodone farmacodinamica, farmacocinetica, effetti ed indicazioni

**$\alpha$ 1 blockade:** improvement of erectile dysfunction, dizziness, priapism, hypotension, reflex tachycardia

**H1 blockade:** sedation and sleepiness, weight gain

**5HT2 blockade:** enhances the antidepressant effect, reduces anxiety, normalises sleep architecture, enhances libido

The pharmacokinetic different treatment between Trazodone immediate release versus Trazodone COAD or prolonged release and injectable Trazodone.

Trazodone in geriatric patients and its formulation (drops, intramuscular injection, tablets).

Trazodone XR (Extended Release) or COAD for the treatment of the Major Depressive Disorder with anxious symptoms and insomnia.

Safety and tolerability:

-No changes in vital signs or body weight

-No ECG abnormalities clinically significant

-None of the SAEs (n=3) within 30 days after the last dose related to Trazodone COAD

## CLINICAL PRACTICE

Trazodone Extended release once-a-day:

Starting dose: 150 mg once daily; may be increased by 75 mg per day every three days, maximum dose: 300 mg per day. Dosing at the same time every day in the late evening, preferably at bedtime, on an empty stomach.

**Dott.ssa Claudia Caterini**  
**Dirigente Medico Psichiatra –Centro di Salute Mentale Forlì-**  
**Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale**

## Bibliografia

Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline.

Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. *J Clin Sleep Med.* 2017 Feb 15;13(2):307-349. doi: 10.5664/jcsm.6470.

European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia.

Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, Espie CA, Garcia-Borreguero D, Gjerstad M, Gonçalves M, Hertenstein E, Jansson-Fröjmark M, Jennum PJ, Leger D, Nissen C, Parrino L, Paunio T, Pevernagie D, Verbraecken J, Weeß HG, Wichniak A, Zavalko I, Arnardottir ES, Deleanu OC, Strazisar B, Zoetmulder M, Spiegelhalter K. *J Sleep Res.* 2017 Dec;26(6):675-700. doi: 10.1111/jsr.12594. Epub 2017 Sep 5

Insomnia in the Elderly: A Review.

Patel D, Steinberg J, Patel

*J Clin Sleep Med.* 2018 Jun 15;14(6):1017-1024. doi: 10.5664/jcsm.7172

Antidepressants for insomnia in adults. Everitt H, Baldwin DS, Stuart B, Lipinska G, Mayers A, Malizia AL,

Manson CC, Wilson S. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 May 14;5(5):CD010753. doi:10.1002/14651858.CD010753.pub2

Rediscovering trazodone for the treatment of major depressive disorder.

Fagiolini A, et al. *CNS Drugs.* 2012. PMID: 23192413 Free PMC article. Review.

Sheehan DV, et al *Psychiatry (Edgmont).* 2009 May;6(5):20-33. PMID: 19724732; PMCID: PMC2719441

## Droghe vegetali favorenti il sonno

### Focus su *Humulus lupulus* (L.)

La parte attiva è costituita dai fiori femminili (coni) raccolti in settembre quando non sono ancora completamente maturi. Il nome della specie *lupulus* è un diminutivo derivato da *lupus*, la parola latina per lupo, basato sull'abitudine della pianta di arrampicarsi su altre piante come un lupo fa con una pecora. **Claims ministero della salute italiano** Rilassamento (sonno; in caso di stress). Il luppolo è una pianta perenne dioica, vengono coltivati i fiori femminili (cd. **coni**) che formano infiorescenze, dette **strobili**; dai fiori per strofinio o battitura si ottiene la **luppolina**. La luppolina fu isolata per la prima volta dal farmacista francese Planche nel 1813 il quale riporta «la capacità di indurre il sonno» e «calmare una grande irritazione nervosa». Planche ne elogiava le virtù aromatiche, toniche e narcotiche per cui provoca il sonno e placa l'eccessiva irritazione nervosa, ma senza provocare stitichezza e questo è stato un grande vantaggio rispetto al trattamento con oppio (il lattice essiccato di *Papaver somniferum*).

L'uso tradizionale del luppolo come blando sedativo è nato dall'osservazione di sonnolenza e stanchezza nei raccoglitori di luppolo, apparentemente a causa del trasferimento di resina di luppolo dalle loro mani alla bocca.

**Il luppolo è stato indicato nel trattamento dei disturbi del sonno in monografie pubblicate dalla Commissione tedesca E45 e dal Comitato Scientifico di Esperti Europei dell'Europeo Cooperativa Scientifica di Fitoterapia (ESCOP);** entrambe queste commissioni hanno esaminato la letteratura per dare un parere ufficiale su indicazione, modalità di somministrazione, e posologia (dosaggio, durata di utilizzo, ecc.). Gli acidi alfa, (v. humulone [35-70%], cohumulone [20-65%] e adhumulone [10-15%]) hanno proprietà sedative e ipnotiche, riportate in modelli animali e umani.

Questa attività è attribuita alla modulazione positiva della funzione del recettore dell'acido  $\gamma$ -aminobutirrico di tipo A (GABA A) dimostrata con estratti di luppolo e singoli alfa acidi. I beta-acidi influenzano il plateau delle correnti in modo dose-dipendente; l'alfa-umulene e il mircene determinano un piccolo potenziamento della risposta del recettore GABA-A, mentre i composti volatili inducono un marcato potenziamento della risposta del recettore GABA-A. Gli estratti hanno significativi effetti ipotermici (in vivo) analogamente alla melatonina, l'effetto è antagonizzato con luzindole, (l'antagonista competitivo della melatonina) pertanto l'induzione del sonno sarebbe indotta dall'attivazione dei recettori della melatonina.

*In Germania e negli USA vi sono molte preparazioni contenenti luppolo che vengono commercializzate per i disturbi del sonno tuttavia nella maggior parte il luppolo è associato ad altre droghe (v. valeriana) e quindi gli studi sull'uomo sono stati compiuti con preparati composti, in particolare, l'associazione:*

ha la stessa efficacia delle benzodiazepine nel migliorare la qualità della vita, le condizioni fisiche e la qualità del sonno di pazienti con disturbi del sonno quali insonnia insorta da breve tempo di origine non (*Schmitz and Jackel, 1998*); modifica il tracciato EEG determinando un effetto migliorativo del sonno, rilevato come un aumento del sonno profondo e del sonno REM in un modello di sonno artificialmente disturbato (*Müller-Limmroth W, 1977*).

Per l'azione estrogenica è opportuno evitarne l'utilizzo in donne mastectomizzate o con patologie tumorali a carico della sfera genitale, in gravidanza e nell'infanzia. Il luppolo può avere un effetto depressivo additivo quando somministrato con agenti antipsicotici e benzodiazepine, occorre porre attenzione quando viene somministrato insieme a farmaci che hanno attività antidepressiva (v. *antidepressivi triciclici e di nuova generazione*), sedativa (*alprazolam*) ed anticonvulsivante (*fenitoina, fenobarbital, carbamazepina, acido valproico*). L'eccessiva depressione del sistema nervoso centrale si manifesta con **sonnolenza, vertigini, alterazione della coordinazione motoria e della concentrazione**.

### Focus sulla *Passiflora incarnata* (L.)

La droga è costituita dalle parti aeree della pianta raccolta quando i primi frutti sono maturati; nella droga si trovano quindi fusti, foglie, boccioli, fiori dischiusi e frutti. Riferimenti nelle farmacopee:

Estratto secco nebulizzato e titolato in iperoside min. 0,3% (farmacopea Italiana X). Le farmacopee di solito richiedono un contenuto minimo non inferiore a 1,5%. La *Passiflora incarnata* è una pianta perenne a crescita rapida con fusti rampicanti; l'uso umano è iniziato nel 3500-800 a.C.) in Nord America.

Il suo nome viene fatto risalire al 1605 d.C., quando la pianta fu regalata a Papa Paolo V, il quale osservò che la corona del fiore era simile alla corona di spine della crocifissione di Gesù, i tre stimmi erano i chiodi della croce, le foglie trilobate erano la lancia e le cinque antere rappresentavano i segni delle cinque ferite. E' presente nei codici farmaceutici ufficiali di diversi paesi, tra cui la **British Herbal Pharmacopoeia, la United States Homoeopathic Pharmacopoeia, la Homoeopathic Pharmacopoeia of India, la Pharmacopoeia Helvetica, la Egyptian, French, German and Swiss Pharmacopoeias e British Herbal Compendium.**

I costituenti chimici responsabili dell'attività ansiolitica non sono ancora del tutto chiari, ma la maggior parte dei lavori pubblicati suggerisce che le sostanze fenoliche sarebbero i maggiori responsabili. In particolare i flavonoidi agiscono secondo i modelli farmacoforici e il meccanismo d'azione è correlato alla modulazione del sistema dell'acido  $\gamma$ -aminobutirrico (GABA), poiché sono agonisti parziali dei recettori GABA A e inibiscono l'assorbimento di [3H]-GABA (nei sinaptosomi corticali del ratto). Wasowski e Marder [ 2012 ] attribuiscono ai flavonoidi la capacità di legarsi al del recettore GABA A ; in particolare apigenina e la crisina si legherebbero al sito di legame delle benzodiazepine del GABA A determinando attività ansiolitica, senza indurre effetti sedativi e miorilassanti. Saggi in vitro hanno dimostrato che il flavonoide crisina (5,7-diidrossiflavone) ha affinità per i recettori delle benzodiazepine, aumenta l'ipnosi indotta dal pentobarbital, riduce l'attività locomotoria nei topi dopo somministrazione intraperitoneale di 30,0 mg/kg di peso corporeo [J. Lutowski et al. 1960]. La pre-somministrazione di flumazenil (un antagonista del recettore GABA A) attenua gli effetti ansiolitici della passiflora (come il diazepam). Il kaempferolo e la quercetina risultano ansiolitici dopo somministrazione orale [C. Vissiennona, et al. 2012].

Gli alcaloidi dell'armano che appartengono alla classe delle  $\beta$ -carboline hanno caratteristiche strutturali diverse dai flavonoidi e interagiscono con i recettori delle benzodiazepine. Sei studi RCT in cui la *Passiflora* migliora l'ansia e la depressione nei pazienti oncologici con benefici paragonabili ad ansiolitici e antidepressivi standard e con minori effetti avversi (Yeung K.S. et al. 2018).

Movafegh A. et al. (2008) in pazienti (n = 60) programmati per un intervento chirurgico ambulatoriale: passiflora (500 mg) vs. placebo somministrato 90 minuti prima dell'intervento; i punteggi di ansia più bassi nel gruppo verum senza indurre sedazione. *Aslanargun P., et al. (2012)* su pazienti (n = 60) **sottoposti ad anestesia spinale** ha confrontato la passiflora vs. placebo somministrato 30 minuti prima dell'anestesia per valutare l'effetto sull'ansia appena prima dell'iniezione spinale; la somministrazione preoperatoria di passiflora ha soppresso l'aumento dell'ansia prima dell'anestesia spinale senza modificare la funzione psicomotoria, il livello di sedazione o l'emodinamica. *Kaviani N. et al. (2013)* su pazienti (n = 63) con ansia moderata, elevata e grave che dovevano sottoporsi a un **trattamento parodontale**: effetti sull'ansia con passiflora rispetto placebo o a nessun trattamento; i livelli di ansia su una VAS sono passati da 12,1 a 8,5, da 12,0 a 10,5 e da 11,7 a 11,2 rispettivamente per la passiflora, il placebo e il controllo. Possiede azione sedativa sul sistema nervoso centrale, soprattutto a livello della zona motoria del midollo spinale e dei centri del sonno.

E' utile soprattutto nell'insonnia di tipo cerebrale, dove provoca un sonno simile a quello fisiologico e un risveglio senza obnubilamento del sensorio. La droga prolunga il sonno indotto dai barbiturici. L'attività sedativa è paragonabile a quella del meprobamato (250mg/kg.), superiore a quella del diazepam (10mg/kg.), superiore a quella del clordiazepossido (10mg/kg.). L'effetto sedativo della droga è stato dimostrato anche con tracciati elettroencefalografici, che sono molto simili a quelli degli animali trattati con le benzodiazepine. L'estratto acquoso sembra essere più attivo dell'estratto idroalcolico, poiché esercita l'effetto depressivo a dosaggi minori.

#### **Focus sulla *Valeriana officinalis* (L.)**

La droga è costituita dal rizoma munito di radici; la radice si estrae da settembre a ottobre e la massima concentrazione di principi attivi si riscontra nelle radici di due anni. Secondo l'edizione del

1905 del King's American Dispensatory, 99 «*la valeriana eccita il sistema cerebro-spinale*» e «*in dosi medicinali agisce come stimolante-tonico...*», il che suggerisce che la valeriana non è un semplice agente ipnotico o ansiolitico. Il testo prosegue affermando che «*L'estratto di valeriana è privo di valore, ma si è scoperto che l'estratto fluido possiede tutte le virtù medicinali della radice*», suggerendo che i metodi di estrazione potrebbero svolgere un ruolo cruciale nel preservare la potenza terapeutica. Takeda (1981) riferisce alla droga un effetto di regolarizzazione a livello del SNC, ovvero un'azione sedativa in casi di agitazione ed un'azione di stimolazione in caso di estrema stanchezza. Sebbene l'uso degli estratti di valeriana come sedativo e coadiuvante del sonno risalga al XVIII secolo e negli ultimi 120 anni siano stati identificati numerosi costituenti i meccanismi alla base delle attività segnalate rimangono oscuri.

La valeriana ha diverse proprietà chimiche e le differenze di polarità possono portare a variabilità nella risposta degli estratti di valeriana a seconda dei solventi di estrazione, inoltre, considerando la scarsa stabilità di alcuni dei costituenti attivi occorre far attenzione alle condizioni di conservazione come la temperatura e il periodo di conservazione. La valeriana ha un effetto ansiolitico associato all'azione sedativa, ma, a differenza della Passiflora e della Matricaria C. ove l'effetto ansiolitico è prevalente, la droga ha un effetto più sedativo (*Della Loggia*).

La predominanza dell'effetto ansiolitico rispetto a quello sedativo è dose-dipendente (a basse dosi è ansiolitica, per divenire sedativa ad alte dosi). L'assunzione per periodi prolungati di Valeriana attenua condizioni di stress e di ansia. L'attività farmacologica non è dovuta ad un singolo composto, ma ai diversi componenti che nel loro insieme contribuiscono all'azione farmacologica. L'acido valerico e il valereno modulano allostericamente i recettori GABA A per migliorare la risposta al GABA ed esercitano attività ansiolitica in modo dipendente dalla subunità  $\beta 3$  GABA A.

I derivati dell'acido valerico (v. acido acetossivalerico e acido idrossivalerico) si legano sugli stessi siti GABA senza indurre modulazione allosterica, pertanto possono competere con l'acido valerico. L'espressione dei recettori GABA negli esseri umani dipende dal sesso e dall'età, e i livelli della subunità GABA A  $\beta 3$  nel giro temporale superiore è minore nelle donne anziane rispetto agli uomini pertanto le azioni della valeriana attraverso la segnalazione GABAergica potrebbero dipendere da sesso ed età. Gli studi clinici dimostrano che induce il sonno e ne migliora la qualità nelle prime ore della notte senza provocare sonnolenza al risveglio.

I sesquiterpeni, e in particolare l'acido valerico, riducono la motilità grazie ad un'azione depressoria a livello del SNC (queste sostanze potenziano l'azione depressoria centrale dei barbiturici e prolungano il sonno indotto da queste sostanze). La valeriana aumenta l'azione ipnotica della melatonina sul SNC e migliora la qualità del sonno in pazienti durante il periodo di interruzione delle benzodiazepine.

I valepotriati influenzano la neurotrasmissione dopaminergica e noradrenergica determinando effetti ansiolitici (*Maurmann N., et al 2011*) e antidepressivi (*Sah S. et al. 2011; Muller L. et al. 2011*). Il valtrato riduce i livelli sierici di glucocorticoidi (*Shi S., et al 2014*); lo squilibrio dei glucocorticoidi porta alla formazione di amiloide ed è associato a disturbi neurodegenerativi, pertanto, i valepotriati intervengono nel prevenire i disturbi neuropsichiatrici indotti dallo stress v. ansia e depressione, la disfunzione cognitiva, ripristinando l'equilibrio endocrino-immunitario.

Nelle varie revisioni si afferma l'efficacia della valeriana nell'induzione del sonno e nel migliorare la qualità soggettiva del sonno. Una delle limitazioni maggiori riscontrate nei vari studi RCT, riguarda la durata dei trattamenti spesso inferiori alle 6 settimane; infatti gli RCT che hanno avuto risultati significativi nel trattamento dell'insonnia hanno utilizzato dosaggi da 250-400 mg ai 900 mg/die 2 ore prima del sonno per almeno 4 settimane di trattamento.

La valeriana potrebbe essere un'erba sicura ed efficace per favorire il sonno e prevenire i disturbi associati, tuttavia, a causa della presenza di più componenti attivi e della natura relativamente instabile di alcuni di essi occorre controllare i metodi di standardizzazione e la durata di conservazione. I benefici potrebbero essere ottimizzati quando è combinata con partner erboristici appropriati.

In generale, il trattamento con valeriana non causa gravi effetti collaterali: nel breve termine, uno studio di farmacovigilanza su 3447 soggetti ha evidenziato per lo più sintomi transitori tra cui: mal di testa, nausea e/o vomito, midriasi, sonnolenza, confusione. Alcuni studi hanno paragonato gli effetti

della valeriana a quelli delle benzodiazepine (oxazepam, flunitrazepam, triazolam, temazepam) nonostante il nutraceutico non abbia mostrato l'effetto hangover successivo al trattamento e non interferisca con le funzionalità cognitive. Non sono stati riportati eventi avversi gravi una review del 2020 su 60 studi (n=6.894) (Shinjo N, et al. 2020).

**Dott. Arrigo Selli**  
**Pediatra Libera Scelta Convenzionato SSN**  
**Specialista in Pediatria Clinica, Igiene e medicina preventiva**  
**Specialista in Scienza e Tecnica delle Piante Officinali**  
**presso la Facoltà di Farmacia dell'Università di Pisa**

#### **CENNI BIBLIOGRAFICI SULLE ASSOCIAZIONI DELLE TRE PIANTE**

*Vonderheid-Guth B, Todorova A, Brattström A, Dimpfel W. Pharmacodynamic effects of valerian and hops extract combination (Ze 91019) on the quantitative-topographical EEG in healthy volunteers. Eur J Med Res. 2000 Apr 19;5(4):139-44.*

*Schellenberg R, Sauer S, Abourashed EA, Koetter U, Brattström A. The fixed combination of valerian and hops (Ze 91019) acts via acentral adenosine mechanism. Planta Med. 2004;70(7):594-597.*

*Koetter U, Schrader E, Kaufeler R, Brattstrom A. A randomized, double blind, placebo-controlled, prospective clinical study to demonstrate clinical efficacy of a fixed valerian hops extract combination (Ze 91019) in patients suffering from non-organic sleep disorder. Phytother Res. 2007;21(9):847-851;*

*Dimpfel W, Suter A. Sleep improving effects of a single dose administration of a valerian/hops fluid extract—a double blind, randomized, placebo-controlled sleep-EEG study in a parallel design using electrohypnograms. Eur J Med Res. 2008;13(5):200-204.*

*Morin C, Koetter U, Bastien C, Ware J, Wooten V. Valerian-hops combination and diphenhydramine for treating insomnia: a randomized placebo-controlled clinical trial. Sleep. 2005;28(11): 1465-1471.*

*Maroo N., Hazra A., Das T. Efficacy and safety of a polyherbal sedative-hypnotic formulation NSF-3 in primary insomnia in comparison with zolpidem: a randomized controlled trial. Indian J Pharmacol. 2013;45(1):34–39.*

*Wähling C, Wegener T, Tschaiquin M. Triple herbal combination: An effective alternative to benzodiazepines. Z Phytother. 2009;30:69–72.*

*Staiger C, Wegener T. Three plant combination for treating sleep disorders and restlessness. Z Phytother. 2006;27:12–5.*

*Wähling C, Wegener T, Tschaiquin M. Triple herbal combination: An effective alternative to benzodiazepines. Z Phytother. 2009;30:69–72.*

## SICP - IL TEMPO DI RELAZIONE È TEMPO DI CURA, DICE LA LEGGE

(da Univadis - Irene Salvetti) «Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura» recita l'art.8, Legge 22 dicembre 2017 n. 219 intitolata "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

La legge ci ricorda che il tempo che i curanti dedicano alla comunicazione, e quindi alla relazione, è tempo di cura. Infatti comunicare (dal lat. "communicare", mettere in comune, derivato da "commune", compiere il proprio dovere con gli altri) è un'espressione sociale che è imprescindibile dall'essere in relazione con l'altro. A sua volta la relazione è dimensione fondamentale dell'esistenza, manifestazione della considerazione che si ha per l'altro e percezione del grado di valore che l'altro assegna.

**Dedicare tempo all'ascolto e alla condivisione diventa premessa per la comprensione dei bisogni di salute del paziente e lo aiuta a decidere con consapevolezza le questioni legate alla propria salute.** Significa valorizzare l'esperienza della singola persona: quella del medico che con la sua competenza, autonomia professionale e responsabilità è esperto di patologia e clinica, e quella del malato che nella sua autonomia, individualità e capacità di prendere decisioni, è esperto di sé.

Da questo confronto può scaturire il valore di entrambe queste fonti di conoscenza per definire insieme un percorso di salute condiviso. Rivalutare infatti il tempo della relazione e dell'ascolto come dimensione fondamentale del proprio essere curante, concretizza una medicina rispettosa, che riflette l'anima dell'assistenza, quella vera, che privilegia il dialogo, il sorriso, il gesto che cura. Nel percorso di cura di una persona malata sono questi i presupposti per una sana relazione terapeutica, quella in cui si può "sentire il sentire dell'altro e cogliere l'esperienza vissuta estranea" e diventare così "presenza che accompagna, storia di bene che si unisce ad una storia di sofferenza per aprire in essa un varco di luce". [Enciclica Lumen Fidei]

*Questo contributo è frutto della collaborazione tra Univadis e la Società Italiana di Cure Palliative.*

### **Bibliografia**

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

Bert G et al. Le parole della medicina che cambia. Un dizionario critico. Roma: Il Pensiero Scientifico, 2017

Arice C. Il messaggio per la giornata del malato. È la relazione a fare la cura davvero umana. Avvenire, 16 gennaio 2024

Chiarlo M et al. Quando la medicina è rispettosa. *Recenti Prog Med* 2022; 113:1-3

Arcadi P et al. Il tempo di relazione è tempo di cura: lo sguardo di Slow Medicine. *L'infermiere* 2021; 58:6, 1-5

Mortari L. Articolo di ricerca sul tema della cura. *Riflessioni Sistemiche* – n°7, 2012

Papa Francesco. Lettera enciclica Lumen Fidei. 2013, 57

## VISITA VIRTUALE DEL MMG E CURA DEL PAZIENTE

(da Univadis - Paolo Spriano) La transizione digitale apre affascinanti prospettive nella prevenzione, diagnosi e cura delle persone. Il potenziale della telemedicina (l'uso delle telecomunicazioni per consentire visite a distanza con un medico) per migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria è stato messo in luce durante la pandemia di COVID-19, quando le visite in studio erano diventate quasi impossibili (1).

I medici di medicina generale (MMG), dal 2020 e loro malgrado, hanno impiegato accanto al telefono, lo strumento più immediato di contatto e comunicazione fra medico e paziente, anche altre modalità sincrone o asincrone (SMS, WhatsApp, e-mail, tele-consulto) che sono diventate strumenti essenziali di comunicazione e di lavoro.

*Telemedicina e teleassistenza* sono entrate di prepotenza nelle cure territoriali, un ambito dove il tempo medico è sempre stato essenzialmente dedicato alla comunicazione “diretta” e “in presenza” con i pazienti, ridefinendo forse in modo irreversibile il processo di cura nelle cure primarie, nonostante le *virtual care* presentino diversi snodi critici irrisolti (2) e il dibattito sia tuttora in corso (3).

La telemedicina, consentendo l'accesso remoto alle cure per i pazienti indipendentemente da dove si trovano, ha il potenziale per spingere i sistemi sanitari a diventare più equi, ma la ricerca sui vari contesti d'uso e gli esiti correlati al teleconsulto serve a capire meglio se e come possa essere d'aiuto al paziente e cosa può generare nel processo di assistenza sanitaria, in particolare nel contesto della medicina generale.

### **Assistenza virtuale nelle cure primarie tra continuità e tempestività**

In alcuni sistemi sanitari, oltre ai MMG che adattano la loro attività pratica “in presenza” con la fornitura di assistenza virtuale, si sono sviluppate cliniche virtuali *walk-in* che forniscono su richiesta servizi a basso costo con cure immediate e di bassa complessità, ma scollegate dalle relazioni medico-paziente esistenti (4). Alcuni di questi servizi sono garantiti da piani di assicurazione sanitaria locali, come nella regione dell'Ontario in Canada, mentre in un più ampio contesto nazionale sono a carico dei pazienti o sono finanziati direttamente da piani di assicurazione privata integrativa. Le preoccupazioni sul fatto che questi servizi incoraggino l'assistenza episodica, contribuendo potenzialmente alla frammentazione e alla scarsa continuità di cura, fa ritenere che rispetto ai modelli *walk-in* virtuali l'assistenza virtuale fornita dal MMG nel contesto di una relazione medico-paziente già esistente sia più efficace (5).

La continuità assistenziale è un elemento che caratterizza le cure primarie ed è un determinante della loro qualità. Tuttavia, non è ben chiaro cosa avvenga successivamente a un'assistenza con visita virtuale fornita dal MMG nel contesto di una relazione continuativa rispetto a una visita virtuale fatta al di fuori di tale relazione.

### **Visita virtuale e successivo accesso al PS**

Uno studio di coorte (6) su una popolazione di più di 5 milioni di residenti in Ontario (Canada) ha valutato se vi fosse una differenza nel successivo utilizzo del pronto soccorso (PS) tra i pazienti che avevano effettuato una visita virtuale con il proprio MMG rispetto a quelli che avevano effettuato visite virtuali con un altro MMG al di fuori del gruppo di cure primarie in cui lavorava il medico. Lo studio ha confrontato visite virtuali con la massima continuità di cura (proprio medico) con le visite virtuali con la continuità più bassa (medico fuori dal gruppo). L'esito primario era il verificarsi di una visita in PS entro 7 giorni dall'incontro virtuale indice. Gli esiti secondari erano una visita al pronto soccorso di bassa gravità entro 7 giorni, una visita al pronto soccorso entro 30 giorni e una visita di persona o virtuale con qualsiasi MMG, lo stesso medico o il proprio MMG entro 7 giorni.

I pazienti che avevano avuto una *visita virtuale con un medico diverso* dal proprio MMG erano più giovani, vivevano più spesso in una grande area urbana, avevano effettuato meno visite (n. 2) presso proprio medico nei 2 anni precedenti alla visita indice e, nello stesso periodo, non avevano mai visto

un altro medico.

I pazienti che hanno avuto una visita virtuale con un medico diverso dal proprio MMG avevano: il 66% in più di probabilità di rivolgersi al PS entro 7 giorni (RR, 1,66 IC al 95%, 1,63-1,69), un dato che corrisponde a una visita in più in PS ogni 77 visite virtuali con un medico esterno; un rischio più elevato (90%) di andare in PS in caso di esiti a bassa gravità; una maggiore probabilità di ricevere una visita dal proprio medico di famiglia entro una settimana.

### **Sintesi pratica**

Questi risultati, in coerenza con studi condotti in reti di assistenza primaria strutturate (7), suggeriscono che la telemedicina può essere utilizzata per affrontare in modo efficace e sicuro le richieste dei pazienti quando offerta nel contesto di servizi sanitari integrati di persona in cui l'uso delle visite virtuali di assistenza primaria viene impiegata all'interno di una relazione medico-paziente esistente, ossia con il proprio MMG.

### **Bibliografia**

1. Telehealth is here to stay. *Nat Med.* 2021 Jul;27(7):1121. doi: [10.1038/s41591-021-01447-x](https://doi.org/10.1038/s41591-021-01447-x)
2. Bokolo AJ. Application of telemedicine and eHealth technology for clinical services in response to COVID-19 pandemic. *Health Technol (Berl).* 2021;11(2):359-366. doi: [10.1007/s12553-020-00516-4](https://doi.org/10.1007/s12553-020-00516-4)
3. Salisbury H. Helen Salisbury: What happened to the video revolution? *BMJ.* 2023 Jul 25;382:1706. doi: [10.1136/bmj.p1706](https://doi.org/10.1136/bmj.p1706)
4. Matthewman S, Spencer S, Lavergne MR, McCracken RK, Hedden L. An Environmental Scan of Virtual «Walk-In» Clinics in Canada: Comparative Study. *J Med Internet Res.* 2021 Jun 11;23(6):e27259. doi: [10.2196/27259](https://doi.org/10.2196/27259)
5. Greenhalgh T, Shaw S, Wherton J, Vijayaraghavan S, Morris J, Bhattacharya S, Hanson P, Campbell-Richards D, Ramoutar S, Collard A, Hodkinson I. Real-World Implementation of Video Outpatient Consultations at Macro, Meso, and Micro Levels: Mixed-Method Study. *J Med Internet Res.* 2018 Apr 17;20(4):e150. doi: [10.2196/jmir.9897](https://doi.org/10.2196/jmir.9897)
6. Lapointe-Shaw L, Salahub C, Austin PC, Bai L, Bhatia RS, Bird C, Glazier RH, Hedden L, Ivers NM, Martin D, Shuldiner J, Spithoff S, Tadrous M, Kiran T. Virtual Visits With Own Family Physician vs Outside Family Physician and Emergency Department Use. *JAMA Netw Open.* 2023 Dec 1;6(12):e2349452. doi: [10.1001/jamanetworkopen.2023.49452](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.49452)
7. Reed M, Huang J, Graetz I, Muelly E, Millman A, Lee C. Treatment and Follow-up Care Associated With Patient-Scheduled Primary Care Telemedicine and In-Person Visits in a Large Integrated Health System. *JAMA Netw Open.* 2021 Nov 1;4(11):e2132793. doi: [10.1001/jamanetworkopen.2021.32793](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.32793)

## ADHD: PERCHÉ STA AUMENTANDO IL DEFICIT DI ATTENZIONE E IPERATTIVITÀ TRA GLI ADULTI?

(da National Geographic Italia - Daryl Austin) Più adulti che mai stanno lottando contro il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, o *ADHD*. E il sospetto è che la tecnologia stia mettendo a dura prova i loro cervelli.

Questo disturbo tipico dell'età infantile e adolescenziale viene diagnosticato in circa il 10% dei bambini, ma una recente meta-analisi di [numerosi studi](#) mostra che quasi il 6,8% degli adulti è affetto da *ADHD*, un netto aumento [rispetto al 4,4% del 2003](#).

«Si tratta di circa 366 milioni di adulti in tutto il mondo che attualmente convivono con l'*ADHD*, che corrisponde all'incirca alla popolazione degli Stati Uniti», afferma Russell Ramsay, cofondatore del programma *Penn Adult ADHD Treatment and Research* della *Perelman School of Medicine* dell'*Università della Pennsylvania*. In Italia, nello specifico, [secondo quanto riporta il \*Quotidiano Sanità\*](#), sono circa 2 milioni gli adulti a soffrire di questa patologia.

L'*ADHD* è un disturbo cronico del neurosviluppo caratterizzato da difficoltà nel focalizzare l'attenzione, iperattività o difficoltà nel controllare i propri impulsi, o entrambe le cose. È considerato un disturbo del neurosviluppo perché «i geni e lo sviluppo precoce predispongono ad avere problemi», afferma Lidia Zylowska, psichiatra della *University of Minnesota Medical School* e autrice del libro «*The Mindfulness Prescription for Adult ADHD*».

Esistono ipotesi per spiegare la crescente prevalenza di questa patologia negli adulti, tra cui una maggiore consapevolezza e diagnosi precedentemente mancate. Ma un fattore ambientale poco studiato potrebbe essere proprio quello della tecnologia e del suo legame con le diagnosi di *ADHD*.

Sia nei bambini che negli adulti, i sintomi di *ADHD* possono variare da «molto lievi a molto gravi», afferma Jill RachBeisel, medico e primario di psichiatria presso l'*University of Maryland Medical Center*.

Le cause dell'*ADHD* non sono del tutto note, ma le [ricerche più recenti](#) dimostrano che la genetica svolge un ruolo significativo. «Ci sono anche fattori ambientali che possono causare l'*ADHD*», osserva RachBeisel.

### Il ruolo della tecnologia

Tra i fattori ambientali più sottovalutati dell'*ADHD* correlato all'età adulta ci sarebbe l'uso eccessivo della tecnologia. Sono stati pubblicati alcuni studi sull'argomento, ma le ricerche sono ancora in corso.

[Uno studio](#) pubblicato dal *Journal of the American Medical Association* mostra che l'uso frequente dei media digitali che coinvolge i social media, i giochi, gli SMS e lo streaming di film, musica o TV aumenta il rischio di sviluppare i sintomi dell'*ADHD* di quasi il 10%. Altri studi hanno misurato il legame tra tecnologia e *ADHD*, tra cui uno che si occupa di come l'uso della tecnologia vari tra uomini e donne e un'altra [ricerca](#) che valuta le conseguenze sulla salute mentale dell'uso frequente della tecnologia. Un'ampia [indagine sulla popolazione](#) dimostra che per prevenire i deficit di attenzione legati all'uso della tecnologia, si dovrebbe limitare l'uso dello smartphone a 60 minuti al giorno.

«È legittimo considerare la possibilità di un deficit di attenzione acquisito», afferma John Ratey, medico, neuropsichiatra e professore clinico associato di psichiatria alla *Harvard Medical School*. A suo avviso le persone sono oggi spinte a lavorare in multitasking e sono bombardate da continui stimoli tecnologici e dalla dipendenza da schermo. «Questi fattori potrebbero potenzialmente portare a una riduzione della capacità di attenzione», afferma.

Il legame tra l'uso della tecnologia e i problemi di attenzione potrebbe anche essere attribuito al fatto che le persone che utilizzano costantemente la tecnologia hanno meno opportunità di permettere al cervello di riposare nella sua «[modalità predefinita](#)».

Elias Aboujaoude, psichiatra comportamentale e capo della *Sezione disturbi d'ansia* della *Stanford University School of Medicine*, spiega che «per molto tempo l'associazione tra *ADHD* e uso massiccio di Internet nel nostro campo è stata una domanda in stile 'uovo e gallina': le persone diventano forti consumatori online perché hanno l'*ADHD* e la vita online si adatta alla loro capacità di attenzione,

oppure sviluppano l'*ADHD* come risultato di una eccessiva presenza online?». L'esperienza clinica e la **ricerca**, dice, «suggeriscono sempre più che quest'ultimo scenario potrebbe essere più rilevante». Anche il suo collega di Stanford, il neuroscienziato Andrew Huberman conosciuto negli USA per il suo podcast *Huberman Lab*, è arrivato alla stessa conclusione, **spiegando** a suoi ascoltatori che «l'uso dello smartphone può indurre l'*ADHD* negli adulti».

Anche se alcuni studiosi non sono altrettanto sicuri che l'uso della tecnologia causi davvero l'*ADHD* negli adulti, secondo Ramsay avrebbe implicazioni significative. «Poiché l'attuale concezione del disturbo è una sindrome del neurosviluppo», spiega Ramsay, «questa sorta di *ADHD* 'acquisito'... (avrebbe) un'origine diversa e potrebbe richiedere interventi e un sostegno diversi».

Secondo Zylowska, la tecnologia può anche esacerbare i sintomi dell'*ADHD* in alcune persone. «L'eccesso di tecnologia può peggiorare l'*ADHD* preesistente o indurre un cervello altrimenti 'non *ADHD*' a sentirsi smarrito», spiega l'autrice.

### **Un disturbo spesso trascurato**

Indipendentemente da quali siano le cause o i fattori che contribuiscono all'*ADHD* in ciascun individuo colpito, si tratta di un disturbo che spesso viene trascurato nei bambini e che può anche non essere individuato fino al raggiungimento dell'età adulta. Attualmente, per essere diagnosticato come disturbo, i **sintomi specifici** devono essere riscontrati in una persona entro l'età di 12 anni, secondo l'ultima edizione del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM)*, l'autorevole guida utilizzata dai medici di tutto il mondo per diagnosticare e trattare le condizioni di salute mentale. (L'età di determinazione è stata cambiata da 7 a 12 anni tra la quarta e la quinta edizione del *DSM*).

Ma questo non significa che la diagnosi debba essere fatta all'età di 12 anni, ma solo che i sintomi devono essere presenti a quell'età, anche se vengono identificati retroattivamente anni o decenni dopo, esaminando vecchi diari o appunti degli insegnanti, intervistando i membri della famiglia, o dalla rievocazione dei ricordi dell'infanzia da parte del paziente stesso, come scoperto con l'aiuto di uno psichiatra esperto.

«A volte l'*ADHD* non viene identificato fino all'età avanzata perché i sintomi non sono stati notati in giovane età o sono stati mascherati da altri fattori», afferma Margaret Sibley, professore di psichiatria e scienze comportamentali presso la *University of Washington School of Medicine*.

Tali fattori possono essere il mancato riconoscimento dei sintomi da parte dei genitori o degli insegnanti, lo sviluppo di soluzioni alternative da parte del bambino o semplicemente il fatto che il bambino non faccia abbastanza fatica da destare preoccupazione.

«Non è raro avere un bambino disattento che non disturba in classe e che quindi viene trascurato», afferma Zylowska. Anche gli orari fissi, le attività strutturate e l'aiuto fornito dai genitori possono far sì che il disturbo venga facilmente trascurato, fino a quando una persona perde questi riferimenti una volta raggiunta l'età adulta.

RachBeisel spiega che quando l'*ADHD* viene trascurato e il bambino cresce, esce di casa e perde l'assistenza che aveva a casa, a volte inizia a fare fatica o «si accorge di dover lavorare due o tre volte di più per raggiungere lo stesso livello di successo dei suoi coetanei».

### **Sintomi di ADHD negli adulti**

Indipendentemente dal momento in cui viene diagnosticato, l'*ADHD* tende ad avere sintomi diversi negli adulti rispetto ai bambini. Craig Surman, medico e psichiatra che dirige il programma di ricerca sull'*ADHD* negli adulti presso il *Massachusetts General Hospital*, afferma che, sebbene la natura impulsiva e iperattiva del disturbo di solito diminuisca in età adulta, «i tratti di mancata attenzione spesso persistono».

Gli adulti, inoltre, sono spesso in grado di controllare meglio la loro irrequietezza e sono di solito più disciplinati nel portare a termine qualcosa, osserva RachBeisel. Per questo motivo, il disturbo si manifesta di solito in modo diverso nei vari gruppi di età.

«Mentre un bambino non è in grado di stare seduto con calma in classe e si alza continuamente dal suo posto, un adulto può essere molto impaziente al semaforo rosso o in coda al supermercato», spiega RachBeisel. «E se un bambino può alzare la mano con impazienza in classe e interrompere la lezione,

un adulto può interrompere le conversazioni degli altri».

### **Altri fattori che influenzano l'ADHD**

Ma non è detto che si tratti semplicemente di aver trascurato i sintomi durante l'infanzia, poiché ci sono diversi altri fattori, oltre all'uso della tecnologia, che possono contribuire o causare i sintomi dell'*ADHD* negli adulti.

Ratey, il neuropsichiatra di Harvard, afferma che i cambiamenti ormonali legati alle mestruazioni o alla menopausa siano un altro esempio e facciano emergere comunemente i sintomi latenti dell'*ADHD* nelle donne.

«Le donne adulte sono uno dei gruppi demografici con il maggior numero di casi di *ADHD* non diagnosticati e spesso ricevono antidepressivi e ansiolitici quando in realtà soffrono di sintomi legati all'*ADHD*», spiega l'esperto.

Ma la tendenza dei sintomi dell'*ADHD* a sovrapporsi ad altre condizioni di salute mentale non è esclusiva delle donne.

«Negli adulti, l'*ADHD* raramente viaggia da solo», afferma Zylowska. «Proprio come una febbre può avere diverse spiegazioni, i problemi di attenzione possono essere dovuti a diverse ragioni». Secondo l'autrice, anche comportamenti e fattori come lo stress, gli effetti collaterali dei farmaci e il sonno insufficiente possono rendere difficile la concentrazione. «Allo stesso modo, altri sintomi di salute mentale o fisica, come ansia, depressione, apnea notturna, cambiamenti cognitivi legati all'età e problemi alla tiroide, possono simulare l'*ADHD*».

### **Cosa fare?**

Ci sono molti modi per ottenere aiuto una volta che l'*ADHD* è stato correttamente diagnosticato.

«L'*ADHD* non trattato non è una condizione innocua e spesso si accompagna ad altri problemi», afferma Mark Stein, medico e direttore del *Programma ADHD e Disturbi Correlati* del *Seattle Children's Hospital*. «Quindi, il mio consiglio più importante è di fare una buona valutazione».

RachBeisel è d'accordo e osserva che, una volta diagnosticato l'*ADHD*, «si tratta di una condizione curabile». I trattamenti spesso includono farmaci o approcci terapeutici come la terapia cognitivo-comportamentale. «Parlando con un professionista che diagnostica e tratta l'*ADHD* si può determinare se i farmaci o le terapie specifiche non farmacologiche possano essere utili», dice Surman.

Per quanto riguarda l'impatto della tecnologia sull'*ADHD*, Ramsay afferma che «gli adulti con l'*ADHD* spesso devono adottare misure attive per sviluppare un rapporto sano con la tecnologia», che può includere il trascorrere meno tempo sullo smartphone.

Se si adottano le misure necessarie per trattare adeguatamente il disturbo o per risolverlo, non c'è motivo per cui una persona affetta da *ADHD* non possa vivere bene.

«L'*ADHD* pone delle sfide, ma porta con sé anche dei doni enormi che includono la creatività, l'entusiasmo, la curiosità, la lealtà e la concentrazione su un progetto quando prevede qualcosa di interessante», dice Ratey. «Si tratta di trovare il lavoro giusto, gli amici giusti e il partner giusto per sfruttare i punti di forza del cervello ADHD e farlo volare».

## IL FEMMINICIDIO HA RADICI PSICHIATRICHE?

(da Univadis - Massimo Sandal) C'è una comprensibile reticenza a discutere di condizioni psichiatriche e violenza di genere. Se media e avvocati difensori continuano a voler cercare nella follia una causa, la violenza di genere è tutto tranne che un'eccezione. Si stima che nel mondo **una donna su quattro** abbia subito in qualche modo violenza da un partner - una percentuale che scende solo **al 21% in Europa** e al **19% in Italia**. Nel 2023 in Italia, **secondo il Ministero dell'Interno**, su 120 donne vittime di omicidio (su circa 320 casi in tutto), 97 sono state uccise in un contesto familiare e affettivo, e 63 - oltre la metà dal partner o ex partner. Già dieci anni fa Claudio Mencacci, all'epoca presidente della Società italiana di psichiatria, **ammoniva nettamente** che non si può quasi mai derubricare il femminicidio a espressione di una malattia psichiatrica: «Non accettare più nessuna giustificazione psichiatrica nei casi di femminicidio [...] Ci troviamo davanti a uomini che hanno comportamenti violenti, aggressivi, prepotenti, e che quindi hanno semplicemente una personalità antisociale ed egoistica, che non tollerano la possibilità per la donna di operare scelte diverse e autonome». Se la psichiatria non può assolvere, è possibile che le condizioni mentali soggiacenti, cliniche o subcliniche, possano fungere da segnali o essere fattori predisponenti? È un tema assai complesso su cui non esiste ancora un vero consenso scientifico. Per capire la situazione, Univadis Italia ha chiesto un parere a quattro specialisti di salute mentale che, in diversi ruoli, si occupano di uomini maltrattanti e violenza di genere.

### Un ruolo da districare

Sulla correlazione tra violenza di genere e salute mentale c'è ancora molta incertezza nella letteratura accademica, con numerosi studi che giungono a conclusioni contraddittorie. Le condizioni psichiatriche sono state **identificate** da **alcuni studi** come un fattore di rischio per violenza e femminicidio, anche se non è chiaro *quali* tipi di disordini mentali aumentino il rischio - sebbene vi siano studi che indicano i disturbi di tipo borderline come più prevalenti. Inoltre, almeno una metanalisi **ha suggerito** che l'abuso di sostanze, **incluso l'alcol**, sia un fattore di rischio significativo. Altri studi e revisioni, come per esempio una revisione sistematica **pubblicata a ottobre 2023**, suggeriscono invece che la malattia mentale non sia un fattore predittivo significativo per il femminicidio. **Secondo** Shilan Caman e colleghe, gli uomini femminicidi sono considerati da vari autori come a metà di un *continuum* psicopatologico. Per esempio Henrik Lysell e colleghi, in uno **studio del 2016**, mostrano come la malattia psichiatrica sia il principale fattore predittivo per l'omicidio di una partner con cui si ha avuto un figlio, con un'incidenza del 16,9% rispetto a un 4,2% nel campione di controllo. Incidenza però inferiore a quella dei colpevoli di altri tipi di omicidio (35,9%). La confusione è inevitabile al momento secondo Costanza Jesurum, psicoanalista e psicoterapeuta, autrice de *Il manuale antistalking. Come difendersi dagli stalker* (Il Melangolo, 2014): «La diversità di conclusioni della letteratura scientifica riflette lo stato dell'arte di una disciplina in fieri, costruita da una serie di approcci che stanno raggiungendo delle convergenze, ma non le hanno ancora raggiunte del tutto. Le ricerche sono costruite di volta in volta con criteri psicometrici, operazionalizzati diversamente, e che quindi portano a risultati non sempre sovrapponibili». Ciò nonostante, Jesurum ritiene che la relazione tra le due non si possa trascurare: «Nella mia esperienza professionale, soprattutto per quel che riguarda il contesto Italiano, l'aspetto psichiatrico è molto importante nella genesi della violenza di genere e dirimente nel femminicidio. Faccio parte di coloro i quali, come **Anna Costanza Baldry** (psicologa sociale e criminologa) e il docente di psicologia dinamica **Adriano Schimmenti**, associa l'emergere di tali violenze a una maggior frequenza di disturbi borderline di personalità. Esistono, è vero, delle culture misogine, in cui la violenza di genere rientra nell'osservanza di una norma sociale condivisa. Ma oggi in Italia la violenza di genere è un'azione con un costo molto alto, per la quale è prevista una importante sanzione. Gravi difficoltà nella gestione della relazione e della dipendenza dall'altro presiedono l'agito violento».

### La tentazione di patologizzare la violenza

Di diverso avviso Mauro Masini, psicoterapeuta e presidente dell' **associazione «Confine»** della

Repubblica di San Marino, che si occupa di uomini maltrattanti. Secondo Masini, la questione psichiatrica rischia invece di distrarre dalle radici reali del problema: «È nostra tendenza appresa, come psicoterapeuti, quella di patologizzare. Farlo con la violenza di genere è un grosso problema perché in parte la giustifica. La violenza di genere non è solo un'esperienza che ha significati e cause nelle dinamiche intrapsichiche del maltrattante, ma è bensì il risultato logico di relazioni sociali fondate su rigide dinamiche di potere e disuguaglianza, giustificate da consuetudini culturali, tradizionali, religiose, economiche, politiche che creano in noi quella irrinunciabile illusione di sicurezza su cui fondiamo i nostri equilibri».

Per Masini le condizioni psichiatriche possono avere un ruolo non come causa scatenante bensì come un fattore che «slatentizza» l'emergere della violenza di genere: «È fondamentale capire che, anche se la violenza di genere è stata commessa da una persona che ha una qualche diagnosi di disturbo mentale, la forma della violenza agita rispetta quasi sempre gli stereotipi del sistema sessista della cultura patriarcale».

Su una linea simile Franco Scarpa, psichiatra forense e collaboratore del CAM (Centro Ascolto Uomini Maltrattanti) di Firenze: «La salute mentale risente di aspetti e elementi fortemente culturali, impregnati in questo caso di una visione improntata sul ruolo dominante maschile. Per questo l'approccio psichiatrico si addice male a tutti quelli che sono i comportamenti di carattere violento, in generale. E ancor più a comportamenti violenti che sono indissolubili da questi aspetti».

### **Non patologia, ma personalità**

Questo non significa però che non ci siano campanelli d'allarme che un medico non possa identificare, anche se non sono patologici in senso stretto. Non sorprendentemente, gli [studi](#) mostrano come gli uomini femminicidi [tendono](#) a essere estremamente possessivi, con comportamenti controllanti o di *stalking*. Questi comportamenti possono avere radici psicologiche nel passato della persona e, insieme a fattori intrinseci di personalità, predisporre alla violenza, secondo Franco Scarpa: «Chi ha subito o assistito a gesti di violenza, soprattutto in ambito familiare o in una dinamica di violenza sessuale, può tendere a ripetere questi comportamenti in futuro. Questo forse è l'elemento più significativo. C'è inoltre un assetto di personalità che porta a rigidità, all'incapacità di accettare il parere degli altri, l'opinione dell'altro, e soprattutto a non accettare l'esigenza di autonomia da parte della donna; oltre a una maggiore tendenza a correre rischi».

Concorda Alessia Valentini, funzionaria giuridico-pedagogica del carcere di Bollate, in provincia di Milano, dove esiste uno speciale programma di recupero per chi viene condannato per reati come maltrattamento, *stalking* e femminicidio. «È difficile trovare dei fattori univoci, ma ci sono degli aspetti psichici o comportamentali che possono essere favorevoli» spiega Valentini. «Molto spesso i maltrattanti a loro volta hanno subito un trauma, o un abuso, ancora più spesso hanno avuto un'infanzia non protetta, quindi hanno dei vissuti di abbandono, dei traumi infantili importanti - e di conseguenza uno sviluppo della propria personalità non completo e non corretto sin dalle prime fasi. Sono aspetti molto profondi e non visibili immediatamente».

Secondo Mauro Masini non è comunque possibile creare una distinzione netta tra uomini maltrattanti e non; esiste semmai un *continuum* nella gestione delle relazioni: «Più che separare normalità o patologia rispetto alla violenza di genere dovremmo pensarle come su una linea continua, dove a un estremo c'è una relazione paritaria, nessuna dinamica di potere, accettazione e amore verso la differenza da se e verso l'indipendenza; all'altro capo c'è controllo, denigrazione, violenza. Tutti noi possiamo collocarci in un punto di questa linea immaginaria».

### **Riconoscere i segnali per prevenire**

Per chi ha già commesso reati, esistono percorsi di recupero in Italia. Un esempio è quello [condotto dal criminologo Paolo Giulini](#) all'interno del carcere di Bollate, attivo da 18 anni e con esiti molto positivi, per gli autori di reati sessuali e, da alcuni anni, per gli autori di reati di maltrattamento.

«L'obiettivo è la prevenzione di un'ulteriore recidiva e il riconoscimento della vittima» spiega Alessia Valentini. «Il programma prende spunto da un modello di una scuola canadese, il *Good Lives Model*, che si fonda sull'assunto che la violenza sia una modalità sessuale di esprimere l'aggressività. Tra le

varie cose, portiamo a ricostruire la propria storia esistenziale in tutte le fasi dell'infanzia, adolescenza, età adulta, provando a ripercorrere e a rileggere gli episodi che sono accaduti».

Prima del carcere, i pochi Centri per uomini maltrattanti, come [quello di Firenze](#) - il primo in Italia, attivo dal 2009 - tentano anch'essi di prevenire recidive. Quasi sempre, però, le persone arrivano quando le prime violenze ci sono già state, spiega Franco Scarpa, e la collaborazione della persona che ha commesso il reato è fondamentale: «Al centro di Firenze cerchiamo proprio di fare una valutazione del rischio di violenza rispetto a soggetti che sono stati segnalati, ammoniti, o già oggetto di procedimento, e che vengono inviati al centro ascolto uomini maltrattanti. Questo però purtroppo si può fare solo quando la persona responsabile di un comportamento violento accetta di fare un percorso, strutturato o meno, nell'ambito dei centri di prevenzione rivolti ai maschi».



Continua Alessia Valentini: «Si possono riconoscere, negli uomini maltrattanti, dei comportamenti e delle modalità di azione predisponenti. C'è la possibilità di intercettare questi aspetti quindi, in qualche modo, di salvare le vittime, o soprattutto di aiutare questi soggetti a lavorare su loro stessi. Quando ci sono reati sentinella, ovvero reati di maltrattamento che possono preannunciare atti più gravi, questi soggetti vengono ammoniti. Significa che si fa una specie di sospensione della sanzione, ma vengono obbligati a un percorso di cura che punta alla consapevolezza».

In questo senso, per Franco Scarpa, la psichiatria può avere un ruolo assieme ad altre discipline, in un lavoro di équipe che coinvolga gli operatori della giustizia, delle forze di polizia e altre: «A complemento di una visione solo ed esclusivamente culturale non sarebbe vano pensare anche a una osservazione di questi aspetti di personalità. Non vuol dire che in sede di processo queste persone debbano o possano essere dichiarate non responsabili dei propri comportamenti. Anzi, direi che mai come in questo campo c'è una certa capacità di determinazione, di organizzazione, di passaggio all'atto». Secondo Costanza Jesurum, infine, è possibile lavorare per capire come identificare in anticipo gli uomini da indirizzare verso un'osservazione o un percorso di presa in carico, prima ancora che diventino davvero pericolosi. Partendo il più presto possibile, fin dalle scuole: «Auspicherei un potenziamento della fase preventiva, sfruttando la rete dei medici di base, implementando una rete di psicologi. Oppure sfruttando la stessa scuola dell'obbligo, visto che per questo tipo di diagnosi gli aspetti prodromici compaiono già in adolescenza. In assenza di un progetto del genere è importante comunque divulgare il più possibile il segnale per riconoscere una relazione che può avere un esito pericoloso». Resta la sensazione che siano necessarie indagini scientifiche più strutturate per comprendere come l'intersezione di fattori sociopolitici e psicologici diano origine a un tipo di violenza così pervasivo, e se anche l'aspetto psicologico può far parte della prevenzione. Se è giusto non patologizzare la violenza, rendendola qualcosa di "altro" da noi e dal nostro substrato sociale e culturale, non si deve pensare per forza all'indagine psichiatrica come a un *escamotage* per evitare la pena. Al contrario, può essere necessaria all'interno di un approccio multifattoriale per prevenire e ridurre il rischio di questo fenomeno, che incombe potenzialmente sulla vita di tutte le donne.

## **I MEDICI DI BASE BRITANNICI DUBITANO DELL'UTILITÀ DI DARE AI PAZIENTI L'ACCESSO ALLE CARTELLE CLINICHE ONLINE**

(da Univadis - Ella Pickover) Secondo un sondaggio condotto tra i medici di base britannici, l'accesso dei pazienti alle cartelle cliniche online serve solo a farli «preoccupare di più». Lo afferma uno studio pubblicato sulla rivista BMJ Open, secondo il quale i medici di famiglia hanno affermato che i pazienti potrebbero trovare le cartelle cliniche «più confondenti che utili».

Un team internazionale di ricercatori, tra cui le università di Plymouth, Manchester e Bristol, ha esaminato l'impatto del pieno accesso dei pazienti alle proprie cartelle cliniche.

Tutti gli ambulatori dei medici di base sono tenuti, in Inghilterra, a fornire ai pazienti l'accesso online alle informazioni che vengono man mano aggiunte alla loro cartella clinica.

Il sito web del SSN britannico afferma che i pazienti possono visualizzare i propri dati utilizzando l'app NHS o accedendo al proprio account sul sito web NHS. I ricercatori hanno però ammesso che «le conoscenze sulle opinioni dei medici nel Regno Unito riguardo all'accesso dei pazienti alle loro cartelle cliniche online sono limitate».

L'indagine, condotta su 400 medici di base in Inghilterra ha rivelato infatti che solo un terzo (33%) ritiene che sia una buona idea. Nove su 10 (91%) ritengono che tale accesso farebbe «preoccupare di più» i pazienti, mentre l'85% ritiene che i loro pazienti potrebbero trovare la documentazione «più confondente che utile».

Gli autori dello studio, guidati da accademici della Uppsala Universitet in Svezia e della Harvard Medical School negli Stati Uniti, affermano che la maggior parte dei medici di base «ritiene che la pratica aggraverebbe il carico di lavoro» dopo che il 60% ha affermato che la maggior parte dei pazienti troverebbe errori significativi nelle proprie cartelle cliniche e l'89% ha affermato che l'iniziativa richiederebbe tempo per rispondere alle domande dei pazienti in seguito alla lettura della cartella.

La maggior parte (81%) ha dichiarato che le visite richiedono più tempo di prima, o lo richiederanno in futuro per via di queste innovazioni. Quasi tre quarti (72%) hanno dichiarato che, a seguito dei cambiamenti, sarebbero «meno sinceri» nella loro documentazione. Circa il 62% ha dichiarato di ritenere che l'accesso online «aumenterà le controversie».

Sette medici di base su 10 (70%) hanno affermato invece che dare ai pazienti la possibilità di accedervi li aiuterebbe a sentirsi più padroni delle loro cure, mentre il 60% ha dichiarato che tale iniziativa aiuterebbe i pazienti a ricordare il loro piano di cura.

«La maggior parte dei medici di base che hanno partecipato a questo sondaggio hanno concordato che l'accesso online dei pazienti alle cartelle cliniche delle cure primarie comporta molteplici vantaggi» affermano nell'articolo gli autori.

I dati pubblicati a dicembre mostrano che l'81% degli ambulatori dei medici di base in Inghilterra permette ai pazienti di accedere alle proprie cartelle cliniche online.

Commentando lo studio, Kamila Hawthorne, presidente del Royal College of General Practitioners, ha dichiarato: «Vogliamo che i nostri pazienti siano più coinvolti e interessati alle loro cure, e per questo motivo il Collegio è sempre stato favorevole a dare alle persone l'accesso online alle cartelle cliniche. I dati dimostrano che ciò comporta benefici per i pazienti, come ad esempio un maggiore controllo sulla loro salute e l'aiuto a ricordare i piani di cura, come riconosciuto dalla maggior parte dei medici di base intervistati in questa ricerca. Tuttavia, le preoccupazioni sollevate dagli intervistati sono valide e devono essere riconosciute e gestite con attenzione. Il Collegio ha prodotto risorse per i medici di base e i loro team per aiutarli a navigare nell'implementazione di questa iniziativa in modo sicuro ed efficace. In ultima analisi, i medici di base vogliono il meglio per i loro pazienti, e sappiamo che oltre l'80% degli ambulatori ha già attivato questa funzionalità».

Un portavoce dell'NHS ha dichiarato: «Come concorda la maggior parte dei medici di base intervistati

per questo studio, questi cambiamenti porteranno benefici significativi per i pazienti che si sentiranno più in controllo e in tutti i dettagli della loro cura, con oltre 24 milioni di persone che sono già in grado di visualizzare i risultati degli esami, controllare le note di consultazione e ordinare prescrizioni ripetute tramite l'App NHS - cosa che almeno 3,1 milioni di persone fanno ogni mese.»

Un precedente lavoro dell'ente sanitario ha rilevato che i primi che hanno adottato l'iniziativa «non hanno riscontrato un notevole aumento del carico di lavoro» e alcuni medici di base hanno segnalato una riduzione dell'onere dovuto a un minor numero di richieste di accesso ai dati e di chiamate da parte dei pazienti che richiedevano i risultati degli esami.

(<https://www.medscape.co.uk/s/viewarticle/gps-doubt-benefits-patient-access-online-medical-records-2024a100028x>)

## LA COMUNICAZIONE DI CATTIVE NOTIZIE AI PAZIENTI

(di Paolo Spriano - da Univadis) *Comunicare cattive notizie* ai pazienti è uno dei compiti clinici più stressanti e difficili per ogni medico e indipendente dalla sua specialità. Dare una brutta notizia a un paziente o a un suo parente stretto è una conversazione impegnativa poiché le informazioni fornite durante il colloquio possono modificare sostanzialmente la prospettiva di vita della persona. Questo è un compito più frequente per i medici che si prendono cura di pazienti oncologici e può essere d'impatto anche sullo stato emotivo dei medici (1).

Il modo in cui le cattive notizie vengono comunicate ha un ruolo importante rispetto al carico psicologico del paziente (2) e sono state sviluppate diverse tecniche e linee guida di comunicazione per permettere ai medici di svolgere al meglio questo compito difficile (3).

Rivelare di persona le cattive notizie ogni qualvolta è possibile, per permettere di affrontare le risposte emotive dei pazienti o dei parenti, fa parte delle raccomandazioni prevalenti degli esperti. Tuttavia, è stato riconosciuto che in determinate situazioni è più fattibile comunicare le cattive notizie per telefono (4).

La divulgazione di cattive notizie per telefono è diventata dal 2020 (causa COVID-19), in un contesto più generale di comunicazione medico/paziente, un sostituto necessario delle visite di persona e parte integrante della pratica clinica in tutto il mondo. Rimane da chiarire quale sia il reale impatto psicologico sui pazienti e i loro parenti più stretti del dare cattive notizie per telefono rispetto al darle di persona.

### **C'è modo e modo**

La linea guida più popolare per la comunicazione delle cattive notizie è SPIKES, un protocollo in sei fasi con un'applicazione speciale per i pazienti affetti da cancro (3). Viene utilizzato in diversi Stati (es. USA, Francia, Germania) come guida per questa pratica sensibile e per la formazione sulle abilità comunicative in questo contesto. L'acronimo SPIKES si riferisce ai sei passaggi consigliati per dare cattive notizie:

- 1 **Setting** - impostare il colloquio;
- 2 **Perception** - valutare la percezione del paziente;
- 3 **Invitation** - chiedere al paziente quello che vorrebbe sapere;
- 4 **Knowledge** - fornire al paziente conoscenze e informazioni suddividendole in piccole parti;
- 5 **Emotions** - riconoscere e affrontare con empatia le emozioni del paziente;
- 6 **Strategy and Summary** - riepilogare e definire un piano medico di azione.

La lezione di SPIKES è che mentre una persona prova forti emozioni è difficile continuare a discutere di qualsiasi cosa e avrà difficoltà a sentire qualcosa. È fondamentale consentire *il silenzio*. Inoltre, l'empatia consente al paziente di esprimere i propri sentimenti e preoccupazioni, oltre a fornire supporto: non serve discutere, ma consentire l'espressione delle emozioni senza critiche. Tuttavia,

queste raccomandazioni si basano principalmente sull'opinione degli esperti e meno sull'evidenza empirica, per la difficoltà degli studi nel valutare gli esiti sui pazienti nelle varie fasi di questi protocolli.

Un recente studio ha analizzato le differenze nel disagio psicologico dei pazienti dovuto alla divulgazione di cattive notizie per telefono rispetto a quella di persona in una revisione sistematica e una metanalisi (5).

Sono stati esaminati 5944 studi e inclusi 11 studi di analisi qualitativa, 9 metanalisi e quattro studi randomizzati controllati.

In un insieme di studi di qualità variabile da moderata a buona non è stata riscontrata alcuna differenza nel disagio psicologico quando le cattive notizie venivano divulgate per telefono rispetto a quelle di persona per quanto riguarda ansia, depressione e disturbo da stress post-traumatico.

Non è stata riscontrata alcuna differenza media nei livelli di soddisfazione dei pazienti quando le cattive notizie venivano divulgate per telefono rispetto a quelle di persona, con un rischio analogo di scarsa soddisfazione.

### **Indicazioni per la pratica clinica**

Preso atto della crescente domanda di telemedicina, compresa la divulgazione di cattive notizie, nonostante la scarsa conoscenza dei potenziali effetti avversi, i risultati degli studi esistenti suggeriscono che la modalità di divulgazione potrebbe svolgere un ruolo secondario e potrebbe essere più importante il modo in cui le cattive notizie vengono comunicate (5).

Pertanto, è prioritario preparare i pazienti (o i familiari) alla possibilità di ricevere cattive notizie con il dovuto anticipo e, al momento della conversazione, assicurarsi innanzitutto che si trovino in un ambiente appropriato. La struttura e il contenuto della conversazione possono essere rilevanti e attenersi a strategie di comunicazione dedicate può essere una buona scelta per il medico e il suo interlocutore (3).

### **Bibliografia e riferimenti**

1. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004 Jan 24;363(9405):312-9. doi: [10.1016/S0140-6736\(03\)15392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15392-5)
2. Collini A, Parker H, Oliver A. Training for difficult conversations and breaking bad news over the phone in the emergency department. *Emerg Med J*. 2021 Feb;38(2):151-154. doi: [10.1136/emered-2020-210141](https://doi.org/10.1136/emered-2020-210141)
3. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11. doi: [10.1634/theoncologist.5-4-302](https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302)
4. McElroy JA, Proulx CM, Johnson L, Heiden-Rootes KM, Albright EL, Smith J, Brown MT. Breaking bad news of a breast cancer diagnosis over the telephone: an emerging trend. *Support Care Cancer*. 2019 Mar;27(3):943-950. doi: [10.1007/s00520-018-4383-y](https://doi.org/10.1007/s00520-018-4383-y)
5. Mueller J, Beck K, Loretz N, Becker C, Gross S, Blatter R, Urben T, Amacher SA, Schaefer R, Hunziker S. The Disclosure of Bad News Over the Phone vs. in Person and its Association with Psychological Distress: a Systematic Review and Meta-Analysis. *J Gen Intern Med*. 2023 Dec;38(16):3589-3603. doi: [10.1007/s11606-023-08323-z](https://doi.org/10.1007/s11606-023-08323-z)

## L'EUROPA AFFRONTA DI PETTO L'EPIDEMIA DI SOLITUDINE

(da Univadis) La solitudine non è più solo un problema personale: è un'epidemia silenziosa. Il Vivek H. Murthy, US General Surgeon degli Stati Uniti (una carica che ha il compito di dare consigli medici alla popolazione in materia di salute e prevenzione) l'ha **paragonata al fumo**, sostenendo che è dannosa quanto 15 sigarette al giorno. Il tributo pagato alla salute è impressionante e va dai rischi cardiovascolari ai problemi di salute mentale. È ora di affrontare la brutale verità: la solitudine non fa solo male all'animo ma minaccia il nostro stesso benessere.

Negli anziani, la solitudine è **collegata a** un rischio maggiore del 50% di sviluppare demenza, un rischio maggiore del 30% di malattia coronarica o ictus e un rischio maggiore del 26% di mortalità per tutte le cause. È anche associata a un rischio maggiore di malattie cardiache nelle persone con diabete. Infatti, la solitudine è un fattore predittivo di malattie cardiovascolari nelle persone con diabete persino più forte della dieta, dell'esercizio fisico, del fumo o della depressione.

Riconoscendo la solitudine come una priorità per la salute pubblica globale, l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha lanciato una **Commissione sulla Connessione Sociale**, che mira a fornire prove chiare ai responsabili politici e agli operatori del settore sui modi più adatti per migliorare l'interazione sociale.

### Valutazione della solitudine in Europa

Quanto è grande il problema? Secondo la prima indagine sulla solitudine in tutta l'Unione Europea (UE), **EU-LS 2022**, condotta dal Joint Research Center (JRC), circa il 13% dei 20.000 intervistati ha riferito di essersi sentito solo per la maggior parte o per tutto il tempo nelle 4 settimane precedenti l'indagine.

I cittadini di Irlanda, Lussemburgo, Bulgaria e Grecia si sono sentiti più soli, mentre Paesi Bassi, Repubblica Ceca, Croazia e Austria hanno registrato i livelli più bassi di solitudine.

Inoltre, la solitudine non colpisce solo gli anziani.

«Alcuni studi mostrano una relazione a U, con alti livelli di solitudine sia tra i giovani sia tra gli anziani, mentre altri indicano una continua diminuzione della solitudine con l'età», ha spiegato Elizabeth Casabianca, analista socioeconomica del JRC, a *Medscape Medical News*.

«Gli interventi sulla solitudine sono spesso rivolti agli adulti più anziani. Tuttavia, sono necessari anche interventi per i giovani. Gruppi di età diverse vivono la solitudine in modo diverso, quindi è importante considerare attentamente le esigenze del gruppo target e adattare gli interventi di conseguenza».

### Legami con l'uso dei social media

La solitudine è stata anche collegata a un maggiore uso dei social network, indicando che queste piattaforme potrebbero sostituire i legami offline con quelli online.

Courtney Queen, professore associato presso il Dipartimento di Salute Pubblica della Texas Tech University, di Lubbock Texas, e visiting professor presso la Stradiņš University di Riga, in Lettonia, ha dichiarato a *Medscape Medical News*: «Mentre molti studi suggeriscono un'associazione tra l'uso dei social media e la solitudine, abbiamo bisogno di saperne di più su altre domande fondamentali, come: l'aumento dell'uso dei social media comporta sempre un aumento della solitudine? Sicuramente no. Chiunque si impegni nell'uso dei social media si sente automaticamente più solo? Sicuramente no. E questa solitudine dura per sempre? Anche questo è poco probabile».

«A volte è difficile individuare queste associazioni, poiché è più probabile che le persone sole si dedichino ai social media rispetto a quelle che si sentono già socialmente connesse» ha osservato Queen, che ha studiato a fondo l'uso della tecnologia tra gli europei come mediatore della solitudine.

### Gli operatori sanitari possono fare la loro parte

Gli operatori sanitari svolgono un ruolo essenziale nell'identificare la solitudine e nel minimizzare il suo impatto sulla salute mentale e fisica.

«Il primo passo per gli operatori sanitari è quello di effettuare uno screening della solitudine e delle sue cause, in modo da poter fornire un'assistenza personalizzata, un supporto emotivo e l'accesso alle risorse della comunità», ha dichiarato Michael Cantor, geriatra con base negli Stati Uniti, in un'intervista a *Medscape Medical News*.

Secondo Cantor, «la pratica migliore è quella di utilizzare un approccio proattivo, integrando le valutazioni della salute mentale nei controlli di routine, collegandosi con i programmi di coinvolgimento comunitario, accogliendo i progressi tecnologici e formando gli operatori a riconoscere e affrontare la solitudine. Queste iniziative assicurano che gli operatori sanitari non si limitino a trattare le condizioni mediche, ma contribuiscano attivamente al benessere generale delle persone anziane».

### **Un invito all'azione coordinata**

Il percorso dall'isolamento all'inclusione dovrebbe prevedere non solo il riconoscimento del problema, ma anche l'attuazione di politiche e interventi mirati.

A livello locale, i programmi comunitari possono essere molto efficaci. Offrono un'ampia gamma di attività e risorse che rispondono a esigenze diverse e creano un ambiente che favorisce la connessione sociale.

«Ci sono alcuni buoni esempi di programmi basati sulla comunità in tutta l'UE, come [la strategia di Barcellona contro la solitudine](#) [Spagna] e il [piano anti-solitudine della città di Pau](#) [Francia]», spiega l'analista del JRC Casabianca.

Molte città europee stanno implementando programmi di questo tipo, che prevedono club sociali, attività di gruppo ed eventi progettati per riunire le persone e creare un senso di comunità.

Nei mesi invernali, a Luleå, una città della Svezia settentrionale dove il sole splende poche ore al giorno durante l'inverno, la campagna [Säg hej! \(Di ciao!\)](#) esorta le persone a salutarsi. Le pubblicità sugli autobus e i laboratori nelle scuole mirano a incoraggiare piccole e significative interazioni sociali.

Casabianca sottolinea che iniziative mirate a livello nazionale possono avere un impatto significativo. Ad esempio, il programma [Een Tegen Eenzaamheid](#) (Uno contro la solitudine) nei Paesi Bassi si è dimostrato promettente.

«La nomina di un [ministro della solitudine](#), seguendo l'esempio del Regno Unito e del Giappone, può inviare un messaggio forte sull'importanza e la diffusione di questo problema» ha aggiunto.

A livello internazionale, la collaborazione e la condivisione delle conoscenze tra Paesi e organizzazioni internazionali potrebbe portare allo sviluppo di strategie globali per affrontare la solitudine.

Casabianca ha sottolineato che il JRC collabora strettamente con le principali parti interessate, come l'OMS, la [Global Initiative on Loneliness and Connection](#), la [Campaign to End Loneliness](#) del Regno Unito, gli accademici e gli operatori del settore.

### **Innovazione e tecnologia**

Progetti innovativi, come il [I2I \(dall'isolamento all'inclusione\)](#) nella regione del Mare del Nord, hanno messo a punto varie iniziative, tra cui il teatro comunitario, i caffè di quartiere e la ristrutturazione di parchi. Il progetto I2I in Norvegia utilizza un'applicazione appositamente progettata per i servizi di trasporto e schermi gratuiti per mettere in contatto le persone, in particolare gli adulti più anziani, con le loro famiglie.

L'azienda statunitense [Intuition Robotics](#) ha sviluppato un chatbot chiamato ElliQ, che utilizza l'intelligenza artificiale (IA) per interagire con gli anziani, fornendo loro compagnia e supporto. ElliQ è un piccolo dispositivo simile a una lampada da tavolo che personalizza le interazioni in base agli interessi degli utenti.

«ElliQ stabilisce un rapporto di fiducia ed empatico a lungo termine tra un robot dotato di intelligenza artificiale e gli anziani. Mette intuitivamente in contatto gli anziani con la famiglia e gli amici, aiutandoli a destreggiarsi nella complessità del mondo digitale» spiega il geriatra Michael Cantor, che ricopre anche il ruolo di direttore medico di Intuition Robotics. «ElliQ consente agli utenti di accedere

facilmente a contenuti online coinvolgenti, di impostare promemoria e di mantenersi fisicamente attivi. Inoltre, aiuta a monitorare e a sostenere comportamenti sani come una migliore aderenza alle terapie farmacologiche e può chiedere se una persona che inizia un nuovo farmaco ha ritirato la sua prescrizione, se ha effetti collaterali o se ha domande sul farmaco» aggiunge.

### **Mappatura degli interventi sul campo**

Il JRC ha anche sviluppato una [nuova mappa degli interventi per la solitudine](#) disponibile in tutta Europa come risorsa informativa per policy makers, operatori, ricercatori e pubblico in generale.

«La mappatura funge da archivio non esaustivo delle iniziative e, pertanto, può contribuire a informare lo sviluppo di interventi, a promuovere la collaborazione e a identificare potenziali lacune nell’offerta, con l’obiettivo finale di informare e sostenere il processo decisionale» osserva Casabianca. «Inoltre dimostra che la maggior parte degli interventi è rivolta agli anziani. Sebbene questo gruppo debba affrontare fattori di rischio specifici, la ricerca sulla prevalenza della solitudine, compresi i risultati dell’EU-LS 2022, richiede maggiori sforzi di sostegno anche per altri gruppi a rischio, compresi i giovani».

## **LA COMPASSIONE: UNA COMPETENZA MEDICA IN CRISI**

(di Paolo Spriano - da Univadis) Nella maggior parte dei paesi occidentali, le regole della professione stabiliscono che i medici debbano praticare la medicina con compassione e anche i pazienti si aspettano dai medici cure compassionevoli, perché rappresentano un modello in grado di fornire una maggiore soddisfazione al paziente, favorire una migliore relazione medico-paziente e permettere un migliore stato psicologico tra i pazienti (1).

L’etimologia del termine “compassione” deriva dalle radici latine *com* che significa “insieme a”, e *pati* che significa “sopportare o soffrire”. Quando si parla di compassione è necessario tenerla distinta dall’empatia, un termine generalmente utilizzato per riferirsi ai processi cognitivi e/o emotivi in cui viene assunta la prospettiva dell’altro (il paziente). La compassione implica o richiede empatia e include il voler aiutare e/o desiderare di alleviare la sofferenza degli altri. La compassione nel contesto medico è con probabilità un’istanza specifica di un sistema adattivo più complesso che si è evoluto non solo tra gli umani per motivare il riconoscimento e l’assistenza quando gli altri soffrono (2).

### **La fatigue da compassione**

La *compassione* del medico è attesa sia dai pazienti che dalla professione ed è fondamentale per una pratica clinica efficace. Nonostante la compassione sia centrale nella pratica medica, la maggior parte delle ricerche correlate all’argomento si sono focalizzate sulla “*stanchezza da compassione*” intesa come un tipo specifico di *burnout* professionale, come se i medici avessero una riserva limitata di compassione che si prosciuga o si esaurisce con l’uso o l’uso eccessivo. Un aspetto di un problema ben più complesso, in cui la compassione rappresenta il punto finale di un processo dinamico all’intersezione delle influenze del medico, del paziente, della clinica e dell’istituzione (3).

### **Capacità di compassione: fattori condizionanti**

L’esposizione cronica dei medici a richieste lavorative conflittuali si può associare all’esaurimento delle loro risorse psicologiche e, di conseguenza, all’affaticamento emotivo e cognitivo che possono contribuire a risultati lavorativi peggiori, compresa la capacità di esprimere compassione (4).

I *tassi di burnout* professionale in medicina sono in aumento e i fattori trainanti sono in gran parte radicati nelle organizzazioni e nei sistemi sanitari e comprendono carichi di lavoro eccessivi, processi lavorativi inefficienti, oneri amministrativi, mancanza di input o controllo da parte dei medici rispetto a questioni che riguardano la loro vita lavorativa (5). L’esito spesso è il pensionamento anticipato del medico, un fenomeno attuale, sempre più diffuso e un problema critico non solo per il SSN italiano, ma anche per altri sistemi sanitari in tutto il mondo (6).

## **Contrasto tra valori organizzativi e personali: quali sono gli esiti?**

Non ci sono chiare dimostrazioni empiriche a supporto dell'ipotesi che lavorare in ambienti sanitari sperimentati come discrepanti con i propri valori abbia degli effetti negativi sui risultati chiave della professione. Tuttavia, uno studio pubblicato sul *Journal of Internal Medicine* (7) ha evidenziato l'effetto negativo complessivo del non allineamento dei valori di sistema rispetto a quelli personali dei medici, inclusa la capacità di fornire un'assistenza compassionevole, oltre alla soddisfazione lavorativa, il burnout, l'assenteismo e il considerare la possibilità di un pensionamento anticipato. I risultati, su 1000 professionisti intervistati, indicano come la *competenza* soggettiva dei medici nel fornire cure compassionevoli può rimanere elevata, ma a essere compromessa è la *capacità* di esprimerla. Dall'analisi dei dati gli autori ipotizzano che quando si lavora in ambienti con valori discrepanti, le contingenze occupazionali possono richiedere ai medici di mettere da parte ripetutamente i propri valori personali e questo li può portare ad astenersi dall'utilizzare le competenze disponibili per mantenere le loro prestazioni in linea con i requisiti organizzativi (7).

Questi risultati e le ipotesi formulate non sono coerenti con la nozione di *fatigue da compassione*, come riflesso del costo della cura derivante dall'esposizione a sofferenze ripetute (3). Evidenze precedenti mostrano che esprimere compassione in ambito sanitario facilita una maggiore comprensione suggerendo che fornire compassione non impoverisce i medici, ma li sostiene nell'efficacia degli interventi e nella loro soddisfazione (8).

*In sintesi* – Il sospetto generato da questo studio è che ciò che impedisce la compassione è l'incapacità di fornirla perché ostacolata da fattori correlati alla situazione in cui il medico si trova a operare. Una riflessione che molti professionisti oggi condividono, perché il miglioramento della compassione non dipende semplicemente dalla motivazione dei singoli professionisti a essere più compassionevoli o dalle competenze fondamentali della compassione, ma probabilmente dalla creazione di condizioni organizzative e cliniche in cui la compassione del medico può prosperare.

### Bibliografia e Riferimenti

1. Fogarty LA, Curbow BA, Wingard JR, McDonnell K, Somerfield MR. Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? *J Clin Oncol.* 1999 Jan;17(1):371-9. doi: [10.1200/JCO.1999.17.1.371](https://doi.org/10.1200/JCO.1999.17.1.371)
2. Warneken F, Tomasello M. Altruistic helping in human infants and young chimpanzees. *Science.* 2006 Mar 3;311(5765):1301-3. doi: [10.1126/science.1121448](https://doi.org/10.1126/science.1121448)
3. Fernando AT 3rd, Considine NS. Beyond compassion fatigue: the transactional model of physician compassion. *J Pain Symptom Manage.* 2014 Aug;48(2):289-98. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2013.09.014](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.09.014)
4. Trzeciak S, Roberts BW, Mazzairelli AJ. Compassionomics: Hypothesis and experimental approach. *Med Hypotheses.* 2017 Sep;107:92-97. doi: [10.1016/j.mehy.2017.08.015](https://doi.org/10.1016/j.mehy.2017.08.015)
5. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med.* 2018 Jun;283(6):516-529. doi: [10.1111/joim.12752](https://doi.org/10.1111/joim.12752)
6. Del Carmen MG, Herman J, Rao S, Hidrue MK, Ting D, Lehrhoff SR, Lenz S, Heffernan J, Ferris TG. Trends and Factors Associated With Physician Burnout at a Multispecialty Academic Faculty Practice Organization. *JAMA Netw Open.* 2019 Mar 1;2(3):e190554. doi: [10.1001/jamanetworkopen.2019.0554](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.0554)
7. Pavlova A, Paine SJ, Sinclair S, O'Callaghan A, Considine NS. Working in value-discrepant environments inhibits clinicians' ability to provide compassion and reduces well-being: A cross-sectional study. *J Intern Med.* 2023 Jun;293(6):704-723. doi: [10.1111/joim.13615](https://doi.org/10.1111/joim.13615)
8. Uygur J, Brown JB, Herbert C. Understanding compassion in family medicine: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2019 Mar;69(680):e208-e216. doi: [10.3399/bjgp19X701285](https://doi.org/10.3399/bjgp19X701285)

## ESPLORANDO L'IMMAGINARIO METAFORICO DELLE PERSONE CON TUMORE

(da M.D.Digital) Le metafore della guerra chiamano a raccolta l'energia necessaria a chi riceve la diagnosi di tumore. Le metafore della trasformazione e delle metamorfosi – leonessa, bambola di porcellana – descrivono il cambiamento che coinvolge il paziente e il suo contesto. Mentre le metafore ispirate al concetto di viaggio aprono uno scenario meno solitario rispetto a quello della guerra, con la presenza di compagni, alleati e soccorritori.

È un mondo straordinariamente ricco di immagini – e di senso – quello descritto dall'indagine Metafore in Oncologia condotta da Eikon Strategic Consulting Italia che ha analizzato le metafore associate alle patologie oncologiche utilizzate in oltre 2.500 storie personali di malattia condivise dai pazienti sui social e in oltre 100.000 articoli online.

La ricerca è stata realizzata nell'ambito de "Il senso delle parole", la campagna promossa da Takeda Italia con il sostegno di Ail, AIPaSiM, Fondazione Paola Gonzato-Rete Sarcoma Ets, Salute Donna Odv e Walce, per favorire la creazione di un linguaggio comune in oncologia tra specialisti, pazienti e caregiver.

L'indagine sulle metafore è un nuovo capitolo nell'esplorazione delle parole chiave della relazione di cura avviata con la pubblicazione del Dizionario Emozionale, che analizza le 13 parole più frequenti utilizzate da oncologi, pazienti e caregiver, curato da Giuseppe Antonelli, Professore Ordinario di Linguistica italiana, Università degli Studi di Pavia.

«La metafora è uno strumento di amplificazione delle nostre parole. È un modo di evocare cose, persone, concetti attraverso immagini che creano associazioni mentali e dunque amplificano la nostra percezione emotiva – afferma Giuseppe Antonelli. - La meta-fora è, etimologicamente, un trasferire il discorso su un altro piano: una sorta di meta-verso esperienziale creato con le parole. Ma proprio perché la metafora è uno strumento potente, bisogna stare attenti a come la si usa, valorizzando quelle più funzionali a rendere in modo positivo e collaborativo il processo della cura, come la metafora del viaggio a cui, dopo lo sconforto iniziale per le terapie proposte, si associano la fiducia nei medici, la scoperta di una resistenza e di una capacità di sopportazione insperate».

La ricerca di Eikon ha identificato 640 metafore diverse che raccontano la crisi ma anche la reazione, il supporto e il percorso di trasformazione generato dalla malattia. Emerge una prevalenza della metafora bellica, nonostante gli studi scientifici la considerino spesso controproducente. Metafore quali battaglia da vincere, nemici invasori in riferimento alle cellule tumorali, sono una risorsa espressiva di uso immediato per affrontare la malattia, soprattutto subito dopo la diagnosi. Ma il linguaggio bellico rischia di rafforzare una visione eroica della malattia che non si adatta alla varietà di esperienze e di esigenze espressive che mostrano le storie personali.

Ad alimentare l'immaginario personale e collettivo della malattia contribuiscono anche i media: l'analisi dell'uso delle metafore condotta su 100.000 articoli relativi a patologie oncologiche nelle testate online generaliste e di salute, ha fatto emergere un panorama molto più ristretto con 58 metafore diverse che ruotano prevalentemente intorno alla guerra, con un accento sulla forza, la vittoria e la sconfitta.

La ricerca chiama in causa la responsabilità semantica dei giornalisti nella scelta delle metafore con cui raccontare la patologia oncologica, con la consapevolezza che si possono facilmente rafforzare vissuti negativi di sofferenza e fallimento.

«Le metafore hanno un ruolo chiave nell'efficacia simbolica di un percorso di cura: costruiscono le modalità con cui si rendono visibili sintomi, aspettative, risorse che non riuscirebbero ad essere condivise in altro modo e che sfuggono anche ai più sofisticati strumenti diagnostici – afferma Cristina Cenci, Senior Partner, Eikon Strategic Consulting. - Le metafore possono essere appropriate o inappropriate a seconda che mobilitino risorse positive o alimentino paure, fantasmi o un senso di incapacità o fallimento. Per questo è importante fare una riflessione ampia sull'utilizzo della metafora in oncologia, mirata a valorizzare tutte le risorse dell'immaginazione e del linguaggio, per una appropriatezza simbolica e non solo farmacologica della cura».

La grande varietà di metafore rilevate dalla ricerca – molte delle quali specifiche e uniche – sottolinea

ancora una volta come i significati e gli impatti della malattia sono diversi per ogni paziente. L'ascolto attivo della narrazione della persona è fondamentale per la scelta del linguaggio metaforico più adatto. Ma anche un'esperienza immersiva nell'impatto delle metafore potrà aiutare in futuro chi cura il tumore e chi lo racconta – professionisti sanitari e giornalisti – a sviluppare una consapevolezza maggiore degli effetti cognitivi ed emotivi di questa risorsa linguistica

Per questo, i risultati dell'indagine Eikon sulle metafore in oncologia sono stati trasformati dall'artista Francesca Fini nel “Metaverso dei Mondi Metaforici”, che attraverso la realtà virtuale consente di capire l'immaginario dei pazienti con un minore sforzo cognitivo ed un maggiore coinvolgimento emotivo.

Il metaverso si articola in quattro mondi indipendenti – Sala d'Aspetto, Mondo delle Metamorfosi, Mondo della Guerra, Mondo del Viaggio – connessi tra loro concettualmente e virtualmente attraverso portali posizionati alla fine di ogni percorso. I mondi richiamano le fasi narrative emerse nelle storie: crisi, reazione, supporto, trasformazione e l'insieme dei vissuti connessi a queste fasi. A guidare l'esplorazione sono voci fuori campo che accompagnano l'Avatar scelto dagli utenti lungo la scoperta degli oggetti in cui si cristallizzano le metafore.

«Con la ricerca sulle metafore aggiungiamo un tassello importante al percorso iniziato nel 2020 con la campagna Il senso delle parole, nata per dare ascolto ai bisogni psico-sociali delle persone che affrontano un tumore e costruire strumenti concreti a sostegno di medici, pazienti e caregiver – conclude Stefano Sommella, Oncology Country Head di Takeda Italia. - Vogliamo e possiamo fare la differenza attraverso un approccio che considera la persona nella sua interezza: non solo la sua malattia, ma anche il contesto socio-assistenziale e organizzativo, il suo vissuto e la sua psiche. La ricerca presentata oggi e l'esperienza immersiva offrono la possibilità di costruire nuovi strumenti a supporto del percorso di cura e Takeda sarà al fianco di quanti vorranno collaborare per la loro realizzazione».

Il sito [www.ilsensodelleparole.it](http://www.ilsensodelleparole.it) ospita tutte le risorse narrative della campagna.

## 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: Dott. ssa Rossi Barbara  
Componenti:  
Dott. Fabbbroni Giovanni  
Dott. ssa Possanzini Paola  
Supplente: Dott.ssa Vicchi Melania



## Sede

Viale Italia, 153 - scala A - piano 1° - Forlì  
Tel. 0543.27157  
[www.ordinemedicifc.it](http://www.ordinemedicifc.it)  
[info@ordinemedicifc.it](mailto:info@ordinemedicifc.it)  
PEC: [segreteria.fc@pec.omceo.it](mailto: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