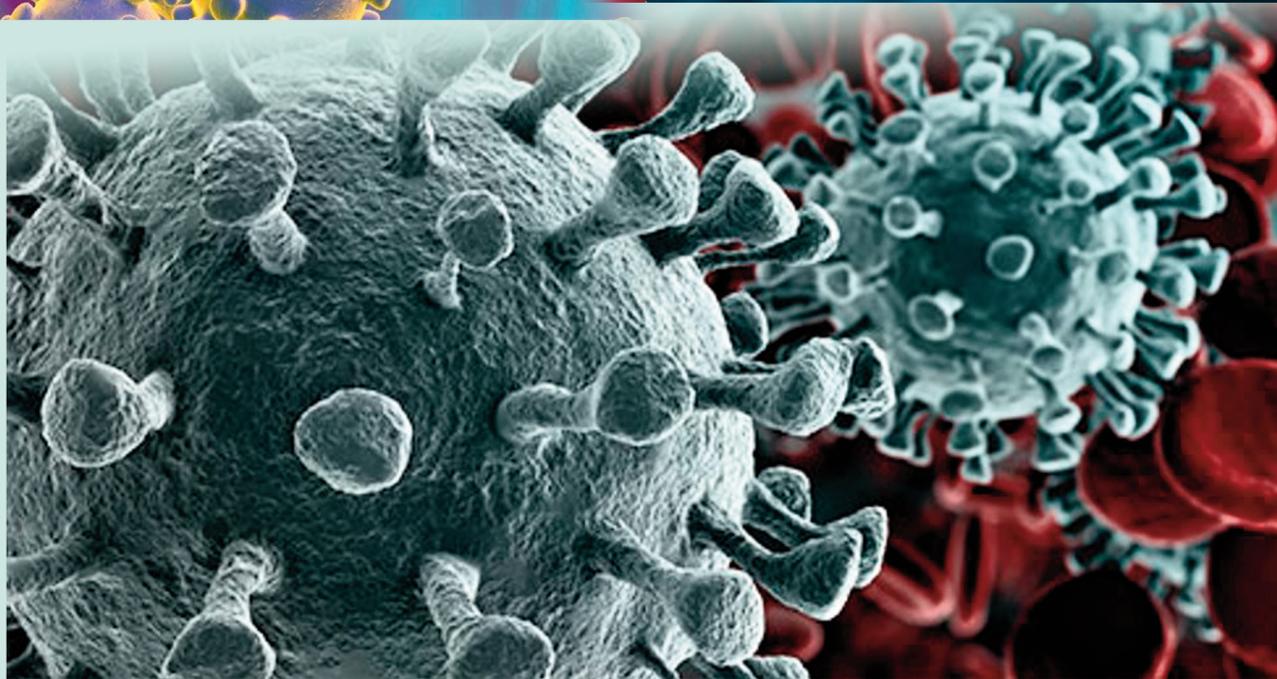
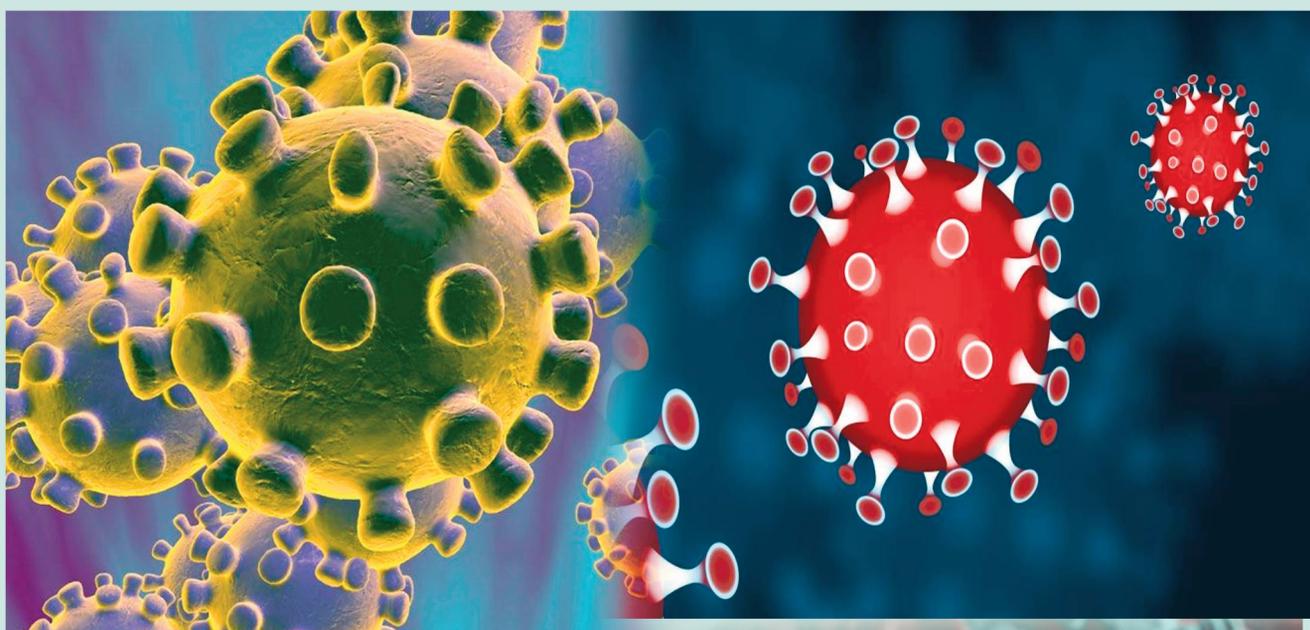




Bollettino

dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Forlì-Cesena
n. 1 2022



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

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

Direttore: Stefano Benzoni

Coordinatore della Redazione: Dott. Gian Galeazzo Pascucci

Redazione: Dott. Giovanni Fabbroni, Dott. Leonardo Lucchi

Segreteria di Redazione: Michele Gavelli, Laila Laghi, Elisabetta Leonelli

Consiglio Direttivo dell'Ordine

Presidente: Dott. Michele Gaudio

Vice Presidente: Dott. Gian Galeazzo Pascucci

Segretario: Dott.ssa Morena Contri

Tesoriere: 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, Dr.ssa Daniela Zanetti

Revisori dei Conti:

Presidente: Rag. Montserrat Alessandri Ginchi Alessandra

Componenti: Dott. Giovanni Fabbroni, Dott.ssa Paola Possanzini

Revisore supplente: Dott.ssa Melania Vicchi

Periodico distribuito
a tutti gli iscritti
all'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Forlì-Cesena
e a tutti gli Ordini d'Italia.

È organo ufficiale di stampa dell'Ordine
e pertanto le notizie pubblicate
hanno carattere di ufficialità
e di avviso per tutti i colleghi.

Editoriale *pag. 3*

**Commissione comunicazione
ed informazione** *pag. 4*

Le serate dell'Ordine

La sincope: dalle linee guida europee alla pratica clinica *pag. 5*

Servizi territoriali e percorsi dedicati alla salute materno infantile *pag. 8*

**Endodonzia clinica dall'anatomia alla preparazione canalare
con strumenti rotanti in Ni-Ti** *pag. 11*

Biologia con curvatura biomedica

Diplomati i liceali del primo triennio di sperimentazione *pag. 12*

Aggiornamento

**I reparti ospedalieri chiusi, umani per gli operatori,
non tanto per i pazienti** *pag. 13*

I no vax non sono quelli che pensiamo *pag. 16*

Come parlare col paziente antivax *pag. 21*

**L'articolo 32 del Codice di Deontologia Medica:
l'equa condotta nel sottile confine tra segreto professionale
e dovere di solidarietà** *pag. 24*

Il digitale cambia faccia al sistema sanitario *pag. 27*

**Luci e ombre sulla digitalizzazione della sanità
in Italia e in Europa** *pag. 30*

L'ANNO CHE VERRA'

Incredibilmente mi ritrovo a scrivere un editoriale con ancora una crisi emergenziale in corso nonostante siano passati già due anni dall'inizio di questa pandemia.

Siamo nel pieno di una quarta ondata e la nuova variante Omicron ormai prevalente ha fatto salire il numero dei contagiati a livelli che mai avremmo potuto pensare solo qualche mese fa.

L'impatto sull'organizzazione sanitaria è devastante.

Ancora una volta la medicina del territorio è sottoposta ad una pressione anche burocratica difficilmente sostenibile nel lungo periodo.

Regna il caos.

La stratificazione di decreti legislativi, circolari ministeriali e comunicazioni della Federazione Nazionale spesso poco chiare, se non addirittura contrastanti, rendono il nostro lavoro quotidiano faticoso e a volte non sostenibile. La conseguenza è che stiamo assistendo ad un vero e proprio esodo di massa verso il pensionamento che non fa altro che acuire la già cronica mancanza di professionisti sul territorio ed in ospedale.

In uno dei tanti succitati decreti, DL 172 ora convertito in legge, gli Ordini vengono chiamati, come Enti sussidiari dello Stato, a verificare l'adempimento dell'obbligo vaccinale previsto per legge e a sanzionare con la sospensione i colleghi inadempienti.

Un carico di lavoro ed una responsabilità non indifferenti. Abbiamo e stiamo ottemperando con zelo e anche tanto buon senso.

E voglio cogliere l'occasione per ringraziare il personale degli uffici dell'Ordine senza il quale non avrei potuto neanche minimamente gestire un tale sovraccarico di lavoro.

Per cui ai fini istituzionali dell'Ordine, sanciti dalla legge Lorenzin, ovvero quello disciplinare nell'ottica di tutelare il decoro e l'indipendenza della professione e quello della tutela della salute pubblica con le garanzie della qualità e delle appropriatezze delle cure, si aggiunge una funzione di controllo e verifica degli obblighi vaccinali nell'intento di preservare e garantire la salute dei professionisti e con essi quella delle persone assistite.

Ed è proprio per questi motivi che questo compito, seppur per certi versi impopolare, trova la sua completa e massima giustificazione.

Ma uno spiraglio di luce si vede in fondo al tunnel. Ci vorrà ancora tempo e forse anche tutto l'anno che è appena cominciato.

Ma è doveroso guardare al futuro e cominciare a risolvere i tanti problemi che affliggono la professione.

L'anno che verrà dovrà essere un anno decisivo. Dovremmo mettere in atto tutto quello che questa pandemia ci ha insegnato e spendere bene i soldi che arriveranno con il PNRR Italia.

La politica dovrà finalmente recepire che i cambiamenti vanno sostenuti con adeguati finanziamenti e che i 6,2 punti percentuali sul PIL per la sanità non sono più sufficienti a garantire la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale.

Con questa speranza auguro a tutti noi un migliore e sereno 2022.



Dott. Michele Gaudio
Presidente OMCEO Forlì-Cesena

COMUNICAZIONE ED INFORMAZIONE NEGLI ANNI DEL COVID

Dai primi mesi del 2020 l'attività della Commissione Comunicazione e Informazione del nostro Ordine è sospesa, ovviamente abbiamo evitato le riunioni in presenza e sono stati privilegiati i contatti a distanza con i membri della commissione stessa.

In pratica, quindi, il coordinatore ha gestito quasi da solo l'informazione, confrontandosi qualche volta con i membri della commissione per via telefonica e molto con il nostro presidente.

Nell'affrontare il vero e proprio "tsunami" mediatico legato alla pandemia Sars-Cov-2 abbiamo scelto di fornire sempre notizie aggiornate sul nostro sito web.

Le stesse notizie sono poi ovviamente state riprodotte anche sulla la "App" gratuita "Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Forlì-Cesena" che è attiva da qualche anno e raggiunge ogni collega sul suo cellulare.

Ringraziamo i nostri dipendenti per la solerzia e la costanza con la quale, anche da remoto, sono stati efficienti nel pubblicarle.

Consapevoli del ruolo ufficiale della nostra istituzione, si è concordemente deciso di ridurre le notizie di stampo giornalistico, privilegiando invece quelle provenienti dalla FNOMCeO e dal Ministero della salute, in modo che tutti, sia i nostri iscritti, che coloro che consultano il nostro sito web per informazione, avessero disponibili le ultime circolari e i decreti legge del periodo emergenziale, nonché lavori scientifici attendibili sul difficile e combattuto tema della vaccinazione Covid.

E' stata unanime, infatti, da parte dei maggiori esperti di comunicazione, la segnalazione di una enorme quantità di notizie false, fuorvianti, spaventanti e assolutamente non attendibili sul tema vaccinale e su quanto veniva deciso per contrastare gli effetti della infezione da Sars-Cov-2.

E combattere le "fake news" e i suoi deleteri effetti sulla popolazione e anche su certi colleghi era un obbligo per tutti noi che crediamo nella nostra professione e nel ruolo che stiamo ricoprendo.

A quasi due anni dell'inizio della "battaglia" chi scrive si ritiene soddisfatto di quanto siamo riusciti a fare, mantenendo anche l'abitudine di raggruppare le notizie stesse in due edizioni mensili dei nostri notiziari, spediti a tutti gli iscritti, e di editare in formato elettronico almeno due volte all'anno anche lo storico bollettino dell'Ordine, reperibile anche come raccolta di numeri sempre sul nostro sito <https://www.ordinemedicifc.it/>

Non è stato semplice, non è ancora finita, ma siamo ancora qui e combattiamo, dedicando il nostro sforzo a tutti i colleghi nostri iscritti che sono stati colpiti dalla malattia, alcuni perdendo anche la vita. La speranza è di riunire prima possibile la Commissione Comunicazione e Informazione in presenza, e di trovare nuove figure disposte a collaborare. Abbiamo sempre bisogno di aiuto, di nuove idee, di stimoli.

Ogni iscritto interessato a far parte del nostro gruppo può segnalare la sua disponibilità agli uffici dell'Ordine.

Dott. Gian Galeazzo Pascucci
Coordinatore Commissione Comunicazione ed Informazione

LA SINCOPE: DALLE LINEE GUIDA EUROPEE ALLA PRATICA CLINICA

16/09/2021

Sincope (S): sintesi tratta dalle LG ESC del 2018

Tra le transitorie perdite di coscienza non traumatiche si riconoscono: 1) la **sincope** (s. riflessa, s. da ipotensione ortostatica, s. cardiogena), 2) le *convulsioni epilettogene*, 3) le *psicogene* e 4) le *cause rare* (S. da furto della succlavia, TIA vertebro-basilare, emorragia sub-aracnoidea, etc).

Definizione di S.: improvvisa, transitoria perdita di coscienza, di breve durata, associata ad alterazioni circolatorie e respiratorie.

Nomenclatura: sincope (pre-sincope: in assenza di perdita di coscienza).

Fisiopatologia della sincope

3 cause che riducono le resistenze periferiche: a) s. vasodepressiva cioè vasodilatazione da riduzione della vasocostrizione simpatica (es. shock settico/anafilattico), b) compromissione funzionale del sistema nervoso autonomo, c) compromissione strutturale del sistema nervoso autonomo (insufficiente vasocostrizione simpatica in risposta alla stazione eretta, disfunzione primaria e secondaria causata da farmaci)

4 cause di bassa portata cardiaca: a) bradicardia riflessa nota come sincope riflessa cardio-inibitoria, b) cause cardiovascolari compresa embolia e ipertensione polmonare, c) ritorno venoso inadeguato per deplezione volumica o compartimentalizzazione e d) incompetenza cronotropa e inotropica.

Le S. si dividono in: a basso, intermedio e alto rischio. Compito del medico: stratificare correttamente il rischio del paziente e, in caso di rischio medio-alto, inviare il paziente in PS.

La S. cardiogena è quella ad alto rischio di sviluppare una morte improvvisa.

Criteri di **elevato rischio** nella stratificazione:

- anamnesi:** patologia cardiaca rilevante nota o channelopatie.
- modalità di presentazione:** S. da sforzo o in clinostatismo, non preceduta da prodromi o preceduta da dolore toracico, dispnea, cefalea, dolore addominale o cardiopalmo.
- ECG:** ritmo sinusale o fibrillazione atriale con FC < 40 bpm, segni di ischemia acuta, blocco AV di 2° tipo Mobitz 2 o totale, pause sinusali > 3 secondi, ipertrofia ventricolare sn, blocco di branca, onde q patologiche, tachicardia ventricolare sostenuta e non sostenuta, malfunzione di pacemaker o di ICD, Pattern di Brugada tipo 1, QTc lungo (>460 msec) in ripetuti tracciati.
- esame obiettivo:** un soffio cardiaco evidente e non noto, pressione sistolica inferiore a 90 mmhg non spiegabile, bradicardia persistente con FC < 40 bpm in soggetto sveglio e non allenato, segni di sanguinamento all'ispezione rettale.

Quali **esami** nella S. ad elevato rischio: ECG e monitoraggio ECG continuo per 24 h, ECOCG, ECG da sforzo, ECG Holter, studio elettrofisiologico, coronarografia e loop recorder; ovviamente la scelta degli esami più idonei avviene dopo un'attenta valutazione cardiologica.

Trattamento della S.:

S. Riflessa: misure igieniche, manovre di contro-pressione, tilt training, raramente farmaci (midodrine, fludocortisone), sospensione farmaci ipotensivanti, molto raramente pacemaker definitivo.

S. da ipotensione: misure igieniche, idratazione e sodio intake adeguato, riduzione/sospensione farmaci ipotensivanti, elastocompressione, manovre di contropressione, raramente farmaci.

S. Cardiogene: impianto di pacemaker (bradiaritmie) o defibrillatore e ablazione (tachiaritmie), farmaci anti-aritmici.

Dott. Stefano Biancoli

Medico Cardiologo

U.O. Cardiologia, Ospedale Pierantoni Forlì-Cesena

Il neurologo è chiamato frequentemente a pronunciarsi sulle cause e la prognosi delle perdite di coscienza, sia in Pronto Soccorso dove è uno degli specialisti statisticamente più consultati, sia nelle visite programmabili. La sincope è una delle cause delle perdite di coscienza: si tratta di una breve perdita di coscienza spontaneamente reversibile, causata dalla diminuzione dell'afflusso ematico cerebrale, con perdita del tono muscolare. Nelle grandi serie di casi, rappresenta l'1-2% degli accessi al Pronto Soccorso.

Il ruolo del neurologo è di effettuare una anamnesi attenta sulle circostanze dell'evento: gli esami neuroradiologici e l'EEG non avranno un ruolo dirimente in caso di sincope, ma possono essere utili se si sospettano altre cause. Le domande vertono sui fattori scatenanti o favorenti, i prodromi, la gradualità o la rapidità dell'esordio, la durata della perdita di coscienza, le manifestazioni di accompagnamento desunte dalla descrizione di chi era presente (paziente pallido e sudato, oppure cianotico e rigido, scosse muscolari, etc), i sintomi alla ripresa, i farmaci assunti.

Per quanto riguarda la sincope, il meccanismo più frequente a tutte le età è quello vaso-vagale o riflesso (neuromediato), con eccessiva inibizione della frequenza cardiaca e vasodilatazione in risposta ai classici stimoli di emozione, dolore, minzione, tosse, stimolo meccanico del nervo glossofaringeo, etc....

Con l'avanzare dell'età aumenta l'incidenza della ipotensione ortostatica: è importante l'anamnesi farmacologica e la misurazione della pressione in clinostatismo e ortostatismo. In questo caso l'apporto della visita neurologica può svelare delle patologie neurologiche che causano ipotensione ortostatica: in particolare, polineuropatie sensitive e autonome e malattie degenerative dell'anziano, come il parkinsonismo con demenza o il parkinsonismo con degenerazione autonoma.

Vi sono poi perdite di coscienza non sincopali, in cui il meccanismo fisiopatologico non è la diminuzione di flusso ematico globale cerebrale, dove il neurologo viene chiamato a riconoscere l'origine.

La crisi epilettica in generale ha prodromi differenti rispetto alla sincope: l'aura è un fenomeno corticale più complesso e variegato rispetto alla sensazione prelipotimica; anche se la crisi non fosse preceduta da aura, quando diviene generalizzata ha una descrizione differente rispetto alla sincope con brevi fenomeni motori (irrigidimento e clonie) in quanto la fase tonica e clonica sono più prolungate, spesso accompagnate da morso linguale e perdita di urine; soprattutto, anche nelle crisi focali, il recupero post-critico è generalmente molto più lento, specialmente nell'anziano in cui può durare ore. L'EEG potrà fornire informazioni sia nell'immediato, sia in fase di accertamento successivo, eventualmente con attivazione da privazione ipnica, cui deve seguire un accertamento neuroradiologico in caso di sospetto di prima crisi.

E' sempre compito del neurologo distinguere le vere crisi epilettiche dalle cosiddette "pseudocrisi" o anche dalle "pseudosincopi", cioè manifestazioni psicogene di conversione che mimano le vere crisi /sincopi, tuttavia con una presentazione, magari stereotipata, ma comunque non coerente con la fisiopatologia della crisi/sincope. In questo caso una registrazione video-EEG è essenziale.

E' un evento decisamente raro in diagnosi differenziale della sincope dei giovani la caduta improvvisa da narco-cataplessia: si indagano eventi scatenanti e altri sintomi della patologia. Cause metaboliche di perdita di coscienza sono anche le intossicazioni, comprendendo i farmaci con lunga emivita e alto volume di distribuzione; l'ipoglicemia, l'ipossia; si cita nei giovani anche l'iperventilazione con ipocapnia che induce una transitoria diffusa vasocostrizione cerebrale reversibile. Per quanto riguarda gli anziani, si elencano come rare cause di perdita di coscienza anche gli attacchi ischemici transitori (TIA del circolo posteriore): una perdita di coscienza, preceduta da prodromi focali, viene sostenuta in questo caso necessariamente dallo scarso compenso intracranico della ipoperfusione di un grosso

vaso, tale da dare una oligoemia generalizzata. Nella cosiddetta sindrome da furto della succlavia, per esempio, in corso di esercizio muscolare prolungato l'ipoperfusione della vertebrale se non compensata dal circolo collaterale extra e intracranico dà, prima di tutto, segni di insufficienza del circolo posteriore come vertigini e disequilibrio.

Il neurologo si allerta a fronte a perdite di coscienza accompagnate da sintomi da ipertensione endocranica: la improvvisa perdita di coscienza con intensa cefalea (e vomito) - spontanea o dopo sforzo - potrebbe sottendere una emorragia subaracnoidea, oppure un improvviso aumento della pressione intracranica da espanso. In questo caso la visita neurologica può identificare dei segni patologici ed è richiesto un rapido accertamento neuroradiologico (TAC cerebrale).

In sintesi, il ruolo del neurologo nella sincope è prima di tutto anamnestico: deve distinguere in base alla tempistica e alla descrizione dell'evento le sincopi dalle altre cause di perdita di coscienza. Il neurologo diventa lo specialista di riferimento nelle perdite di coscienza prolungate o precedute e accompagnate da sintomi non tipici della sincope. Può focalizzarsi su sintomi di allarme o su segni patologici all'esame obiettivo; indirizza alla prescrizione di esami in questi casi.

Dott.ssa Silvia Strumia
Medico Neurologo
U.O. Neurologia, Ospedale Pierantoni Forlì-Cesena

SERVIZI TERRITORIALI E PERCORSI DEDICATI ALLA SALUTE MATERNO INFANTILE

14/10/2021

Nel corso della serata sono state presentate le funzioni che caratterizzano i servizi dedicati alla salute della donna, delle famiglie, dell'infanzia e adolescenza nell'ambito di Forlì e di Cesena. Si tratta di servizi territoriali che si occupano dell'assistenza e della tutela della salute dei bambini e delle bambine, degli adolescenti, della salute femminile, della procreazione, della sessualità, dello stato psicologico degli individui, delle relazioni di coppia e della famiglia.

Le Unità operative sono frutto della integrazione professionale di due aree: la pediatria di comunità e il consultorio familiare, che operano in sinergia e collaborano strettamente specie all'interno del percorso nascita e dei Milleggiorni: assistenza e tutela della gravida, del neonato e della sua famiglia nei primi anni di vita, e dei percorsi per l'adolescenza (attività di educazione sanitaria, promozione delle "life skills", ed accesso a spazi di ascolto a bassa soglia).

La pediatria di comunità nasce dalla fusione storica di due aree d'intervento, l'una di stampo igienistico (la medicina scolastica), l'altra di stampo pediatrico (i consultori pediatrici) ed esplica attività rivolte sia alla collettività (promozione alla salute, attività di screening, prevenzione delle malattie infettive, promozione di ambienti scolastici e ricreativi a misura di bambino, epidemiologia, ed altre) sia attività rivolte al singolo: sostegno alla genitorialità e a famiglie con fattori di rischio sociosanitario, coordinamento dell'assistenza al bambino malato cronico con bisogni speciali e ad alta complessità, promozione della salute nell'adolescenza.

Il consultorio familiare, istituito più di 40 anni fa con la legge nazionale 405/1975 come soluzione fortemente innovativa in un'epoca storica caratterizzata da una profonda e radicale trasformazione socio-culturale, ancora oggi mantiene un forte orientamento alla prevenzione e alla promozione della salute basato su un approccio globale, sulla multidisciplinarietà e sull'integrazione con gli altri servizi. È un servizio di prossimità, ad accesso diretto e a bassa soglia, che si occupa della salute femminile, degli adolescenti, delle coppie e della famiglia. Promuove la procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche, dell'orientamento sessuale, dello stato psicologico degli individui e di interventi di prevenzione e diagnosi precoce delle malattie dell'apparato riproduttivo.

Il modello organizzativo è caratterizzato dal lavoro in équipe, volto a facilitare le connessioni tra i servizi, la presa in carico globale, la continuità assistenziale.

La U.O. opera in stretta continuità con le altre UUOO del Dipartimento trasversale salute donna infanzia adolescenza, in particolare con la ostetrica e ginecologia e la terapia intensiva neonatale per quanto riguarda la salute della donna, della gravida, del neonato, e i percorsi ginecologici specifici; e con la pediatria ospedaliera, la neuropsichiatria e la pediatria di famiglia per quanto concerne la promozione della salute e la prevenzione in età pediatrica e adolescenziale, e la presa in carico di ragazzi con malattie croniche e bisogni speciali.

Coopera con altri dipartimenti aziendali all'interno di percorsi comuni, e in particolare:

- col Dipartimento di sanità pubblica per la promozione della salute e la profilassi delle malattie infettive;
- col Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche per i temi del disagio in adolescenza e le maternità "difficili" con disagio psicosociale;
- col Dipartimento di cure primarie per i percorsi di assistenza domiciliare e cure palliative.

all'esterno dell'azienda sanitaria, la pediatria di comunità e il consultorio familiare lavorano a stretto contatto con i servizi sociali, con i servizi educativi e scolastici, con il centro per le famiglie e con le associazioni di volontariato.

Nel corso della serata sono stati affrontati alcuni argomenti specifici:

1) “Dall’adolescenza all’età adulta attraverso la gravidanza. Focus sul consultorio giovani ed il consultorio giovani adulti”

Il consultorio giovani e lo spazio giovani adulti rappresentano due servizi consultoriali rivolti rispettivamente alle fasce d’età 14-19 per il consultorio giovani e 19-26 per lo spazio giovani adulti. Obiettivi primari di questi servizi sono rappresentati dalla preservazione della fertilità femminile e maschile, del benessere sessuale, del benessere relazionale e del benessere riproduttivo delle-degli adolescenti e giovani adulte-i obiettivo specifico è rappresentato dall’informazione e dalla promozione attiva dei sani stili di vita a protezione della salute riproduttiva e della fertilità. In questi spazi viene fornita un’assistenza sanitaria qualificata per la prevenzione e la diagnosi precoce delle malattie dell’apparato riproduttivo femminile (quali endometriosi, MST, ecc.) e gli strumenti per una pianificazione familiare consapevole. E’ un servizio dedicato alla promozione della salute riproduttiva e sessuale e in particolare rivolto alla consulenza e alla somministrazione dei metodi contraccettivi caratterizzato dalla gratuità sia delle prestazioni sia della dismissione metodi contraccettivi, in spazi dedicati, non giudicanti, con professionisti formati, onde facilitare l’accesso alla pianificazione familiare soprattutto nelle fasce più deboli della popolazione. Tali spazi offrono assistenza ginecologica, counselling ostetrico, assistenza psicologica ed erogazione gratuita dei contraccettivi. I metodi contraccettivi erogati gratuitamente sono di tipo ormonale (orali, per via vaginale), impianti sottocutanei, dispositivi intrauterini (IUD al rame o con rilascio di progestinico), contraccezione d’emergenza e preservativi maschili. Il Consultorio giovani, infine, offre diversi progetti di educazione alla salute socio affettiva e sessuale rivolto alle scuole di II e III grado. Lo scopo di queste attività è dunque promuovere ed incentivare l’utilizzo della contraccezione nei momenti chiave quali l’adolescenza, il post partum ed il post IVG, superando le barriere economiche all’accesso che potrebbero ostacolare la prevenzione delle gravidanze inaspettate e delle malattie sessualmente trasmissibili.

2) Il percorso aziendale di “Presenza in carico del bambino ad alta complessità” e con patologia cronica a rischio di sviluppare disabilità multipla, attraverso la costruzione di un’alleanza ospedale -territorio e famiglia. Il percorso ha l’obiettivo di semplificare la gestione domiciliare e gli eventuali episodi di riacutizzazione di un paziente pediatrico cronico, utilizzando ed organizzando le competenze esistenti, tali da evitare sovrapposizioni o carenze assistenziali, garantendo equità di trattamento sul territorio per tutti i pazienti affetti da patologia cronica a rischio di sviluppare disabilità multiple.

3) “L’alimentazione e le diete speciali in collettività”: interventi al fine di garantire ad ogni minore inserito in collettività, in presenza di patologie, un’alimentazione qualitativamente e quantitativamente equilibrata, il diritto di consumare il pasto a scuola e, allo stesso tempo, educare ad acquisire e mantenere un sano stile alimentare ed una buona relazione con il cibo.

Il Dipartimento trasversale Salute Donna Infanzia Adolescenza (DTSDIA) adotta una procedura per la Ristorazione scolastica del territorio di Forlì-Cesena che ha lo scopo di garantire ad ogni bambino con problemi clinico-dietetici il diritto di consumare il pasto speciale a scuola nelle migliori condizioni di accoglimento, sicurezza e assistenza. Non rientrano nella definizione di diete speciali le richieste di modifiche del menu per motivi etici-religiosi (utenti di religione musulmana, ebraica, dieta vegetariana...).

La richiesta di dieta speciale scolastica va inoltrata, secondo protocollo, al servizio dietetico della pediatria di comunità da parte dei genitori-tutori su apposito modulo obbligatoriamente sottoscritto dal medico curante (Pediatra di libera scelta o MMG) il quale, dopo tutti gli accertamenti del caso, deve indicare: *la diagnosi, la gravità della patologia, la durata della dieta, gli alimenti permessi e quelli vietati*. Tutte le richieste vengono poi esaminate dal Pediatra di Comunità (PdC) referente della dietetica al fine di constatarne la fondatezza e, dopo approvazione, vengono trasmesse alla dietista dedicata la quale elabora gli specifici schemi dietetici da implementare nel servizio di ristorazione. Le diete speciali possono ricondursi a tre percorsi applicativi:

Dieta per allergie e intolleranze alimentari transitorie o permanenti

Dieta per malattia celiaca, favismo, diabete tipo 1 e altre malattie croniche del metabolismo

Dieta per problemi comportamentali, del neurosviluppo e della relazione con il cibo

La procedura descritta consente peraltro di contrastare la moda dilagante del ricorso infondato, di fronte ai più variegati disturbi, a diete squilibrate pseudo-salutistiche auto-prescritte o manipolate da personaggi ambigui (medici e non, spesso operanti nell'area della medicina alternativa) che spesso utilizzano costosi test fasulli per formulare diagnosi errate di intolleranza-allergia alimentare. Tali prescrizioni fuorvianti possono comportare a lungo andare una serie di conseguenze negative rilevanti per i bambini e le loro famiglie sul piano nutrizionale, relazionale, psicosociale.

Dott.ssa Antonella Brunelli

Direttore f.f. Pediatria e Consultorio familiare Cesena AUSL Romagna

Dott.ssa Giovanna Rita Indorato

Responsabile Centro PMA di I livello - U.O. Ostetricia e Ginecologia

Direttore f.f. U.O.C. Salute Donna, Infanzia ed Adolescenza – Forlì AUSL Romagna

Dott. Maurizio Iaia

Pediatra di comunità - Cesena AUSL Romagna

ENDODONZIA CLINICA DALL'ANATOMIA ALLA PREPARAZIONE CANALARE CON STRUMENTI ROTANTI IN NI-TI

28/10/2021

Il 28 ottobre finalmente si è tenuto l'evento che doveva svolgersi nell'aprile 2019 rinviato a causa della pandemia.

Tutta l'odontoiatria richiede accuratezza, ma l'endodonzia in particolare, fra le specialità odontoiatriche, è una di quelle che assorbe maggiormente tempo, pazienza e dedizione al professionista, forse per questo è una delle branche più spesso demandate ai consulenti, tuttavia è una disciplina di base e rutinaria, che deve essere conosciuta, almeno per quanto concerne la diagnosi e i principi della terapia, anche dagli odontoiatri che non la praticano e la demandano.

Nella serata ho iniziato spiegando i cenni di anatomia endodontica per far comprendere ai discenti come capire se ci si trova ad affrontare una terapia canalare normale o complessa, spiegando che in endodonzia serve un metodo di lavoro che segue sempre uno schema ben preciso, in base alla situazione clinica che ci si presenta.

Ho spiegato l'importanza del sondaggio manuale, prima di usare gli strumenti rotanti in Ni-Ti fino all'apice endodontico.

Abbiamo analizzato diversi lavori scientifici e due review della letteratura sulle percentuali di fratture degli strumenti rotanti in Ni-Ti e ne abbiamo analizzato le criticità e i rischi connessi alle possibili fratture e le accortezze da mettere in atto nei casi clinici difficili.

Abbiamo analizzato l'importanza della misurazione del diametro apicale minore ed ho illustrato la casistica delle varie misure degli apici rilevati negli anni della mia esperienza clinica: è emerso che le misure dei diametri apicali sono spesso più ampie di quello che il clinico ritiene che siano.

Ho spiegato anche la differenza dei risultati clinici ottenuti con l'utilizzo delle tecniche manuali confrontate con quelle che utilizzano strumenti rotanti in Ni-Ti, sottolineando i notevoli vantaggi di queste ultime ed evidenziando come la letteratura riporta che, con queste metodiche, si riesce ad arrivare ad eseguire terapie di eccellenza con una curva di apprendimento più rapida per i giovani colleghi.

Ho illustrato alcune tecniche con strumenti rotanti in Ni-TI ed accennato a delle tecniche ibride, ricordando che, più di "sposare" un certa metodica, che spesso ci viene proposta, dobbiamo capire come lavora un determinato strumento e cosa fa dentro i canali radicolari, scegliendo anche strumenti di metodiche differenti per ottenere terapie predicibili e se possibile in tempi più rapidi per un miglior confort del paziente.

Ringrazio tutti i numerosi colleghi che sono rimasti fino a tarda serata ad ascoltarmi porgendomi domande.

E' sempre stimolante ed emozionante il confronto con i colleghi.

Dott. Manuel Narducci
Odontoiatra, socio attivo dell'Accademia Italiana di Endodonzia

BIOLOGIA CON CURVATURA BIOMEDICA: DIPLOMATI I LICEALI DEL PRIMO TRIENNIO DI SPERIMENTAZIONE

Lo scorso 21 dicembre, presso il Liceo Scientifico Fulcieri Paulucci di Calboli di Forlì, in occasione della cerimonia di consegna dei diplomi, fra i neodiplomati all'esame di Stato del 2021 c'erano i 30 studenti che hanno frequentato per tutto il triennio il percorso nazionale di "Biologia con curvatura biomedica", realizzato in collaborazione con l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Forlì-Cesena. Il referente dell'Ordine Dott. Omero Giorgi, intervenuto per l'occasione alla cerimonia, ha sottolineato l'importanza di avere realizzato un progetto così complesso e articolato in un momento di emergenza sanitaria e di conseguente carenza di personale a causa della pandemia. Gli studenti hanno seguito le lezioni tenute da medici dell'Ordine e docenti interni del Liceo e hanno partecipato ad interessanti attività laboratoriali svolte sia in presenza che a distanza, compatibilmente con le limitazioni imposte dalla situazione sanitaria. La dirigente, dott.ssa Susi Olivetti, ha sottolineato che il progetto arricchisce in modo significativo l'offerta formativa di una scuola, il cui piano di studi è già in sé propedeutico a percorsi universitari in ambito sanitario, e ha ringraziato tutti i medici che, con grande passione e professionalità, si sono resi disponibili all'insegnamento e al confronto con i nostri studenti. La dirigente ha aggiunto un ringraziamento ai propri docenti che hanno contribuito a rendere possibile un progetto, il cui valore formativo e orientativo ha ricadute significative sul percorso di studi dei ragazzi: fra i 30 studenti che hanno frequentato il corso, infatti, 18 hanno sostenuto il test di ammissione a Medicina e 9 ne frequentano attualmente il corso di laurea, mentre 2 si sono orientati verso altre professioni sanitarie (Logopedia). Una conferma di come la sinergia tra scuola e partner esterni possa offrire nuove risorse e prospettive nel percorso formativo dei nostri ragazzi.



I REPARTI OSPEDALIERI CHIUSI, UMANI PER GLI OPERATORI, NON TANTO PER I PAZIENTI

La pandemia ha cambiato profondamente le modalità con le quali noi oggi viviamo ciò che era un tempo la normalità, come l'accesso dei familiari in ospedale, e in generale l'accesso di persone che possano supportare i pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie.

Giovanni Migliore, presidente della Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, parlando delle attuali restrizioni alle visite è stato categorico: “Non torneremo ad avere ospedali tutti aperti” ha detto su Repubblica un mese fa, “Dobbiamo cambiare, anche con l'aiuto del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, gli spazi di cura. Puntare sul domicilio, sulle strutture per le cure intermedie”. E se l'ospedale è davvero necessario, ha affermato, i pazienti dovranno abituarsi a viverlo in solitudine.

Dopo decenni di discorsi sull'umanizzazione delle cure e sul diritto dei pazienti ad avere un ospedale aperto, gli operatori del settore sembrano quindi fare una drastica marcia indietro.

Chiudere gli ospedali alle visite potrebbe però creare più problemi di quelli che, apparentemente, vengono risolti. Al di là della pandemia, infatti, da tempo la letteratura scientifica ha dimostrato che l'isolamento dei pazienti ha effetti negativi sul loro benessere fisico e psicologico, dentro e fuori dall'ospedale.

Non solo una peggiore salute e qualità della vita, ma anche peggiori esiti ospedalieri e costi più alti. Pazienti isolati e soli sembrano infatti [passare più tempo del previsto in ospedale](#), costare di più al sistema, e avere tassi di riammissione ospedaliera più alti. In più, fuori dall'ospedale, [la solitudine ha comprovate associazioni](#) con depressione, alcolismo, problemi cardiovascolari, insonnia, malattia di Alzheimer, mortalità per tutte le cause e altro; insomma, un vero e proprio problema di sanità pubblica. Esisterà, quindi, un'alternativa alla chiusura, migliore per il paziente e per l'intero sistema?

Gli effetti dell'isolamento in ospedale (e fuori)

Al di là del sopracitato studio, una [recente revisione](#) della letteratura ha messo in evidenza come i pazienti ospedalizzati in condizione di solitudine mostrino un più alto livello di ansia e depressione. Non solo: stando ai risultati delle analisi sembra anche che esista una tendenza negativa che evidenzia una minor attenzione del personale sanitario e più errori nei confronti dei pazienti isolati; tale revisione, però, risale al febbraio 2020, e non ha preso in esame, pertanto, studi condotti durante la pandemia, né pazienti COVID-19, e i risultati potrebbero perciò essere ora diversi.

C'è da dire, però, che è da svariati anni che la letteratura scientifica, specie per gli anziani, sta concentrato molti dei suoi sforzi nel tentativo di trovare un equilibrio perfetto tra le necessità degli operatori sanitari e le ragioni dei pazienti di voler mantenere a fianco i propri cari: già vent'anni fa uno [studio italiano dell'Università di Firenze](#) aveva dimostrato come limitare l'orario di visita nelle unità di terapia intensiva geriatrica non avesse effetto nel proteggere meglio i pazienti da complicanze settiche mentre una più alta attenzione allo stato emotivo dei pazienti si traduceva in migliori esiti, probabilmente per una ridotta ansia e stress.

E aveva di fatto invitato, sulla base dei propri risultati, a pensare a una liberalizzazione degli orari di visita delle terapie intensive.

Un sottile equilibrio

Non sembra però essere di questo avviso Matteo Stocco, Direttore generale della ASST Santi Paolo e Carlo di Milano, una delle più grandi della città lombarda: “Limitare le visite in ospedale serve a proteggere l'ospedale stesso, è un concetto che avevamo anche prima della pandemia.

È stato poi esasperato per via della possibilità di infettarsi con SARS-Cov2, ma esistevano già prima

misure per limitare l'entrata di esterni.

Negli anni c'è sempre stato un abuso sugli accessi in ospedale” commenta, “con visite di interi gruppi famigliari. Andava sensibilizzato l'utente perché l'ospedale non è un luogo di incontro ma è un luogo di cura e quindi, indipendentemente dalla pandemia, bisogna mantenere un certo rispetto non solo per chi è ricoverato ma anche per chi ci lavora”.

Rispetto reciproco, continua Stocco, perché mai è mancato il tentativo di venire incontro ai pazienti anche nei momenti di maggior difficoltà: “Durante i picchi epidemici, quando era impedito l'ingresso in ospedale, abbiamo cercato di mettere a disposizione il più possibile, oltre alla pazienza dei nostri professionisti, anche sistemi di comunicazione multimediale tanto che nei reparti avevamo a disposizione diversi tablet per una comunicazione da remoto.

I medici e gli infermieri hanno inoltre aumentato le loro interlocuzioni anche solo telefoniche con i parenti che erano fuori dall'ospedale. Ora non abbiamo tali limitazioni, fatto salvo il green pass e un visitatore per paziente limitato ad un tempo standard nei reparti”.

Una medicina più umana

La comunicazione diventa pertanto fondamentale per limitare la sensazione di solitudine: una corretta comunicazione medico-paziente che si inserisce benissimo nel discorso di una medicina centrata sulla persona, paradigma cardine quando si pensa a come si potrebbero strutturare i rapporti di cura.

“Questo rapporto ha tanti lati, uno dei quali è la sfera emotiva di chi viene ricoverato.

Non parliamo più solo di autonomia del paziente, della sua capacità di scegliere della propria vita in base ai propri valori, ma anche di autonomia relazionale, perché la dimensione della relazione è fondamentale dell'essere umano e di conseguenza della persona malata” conferma Marco Annoni, bioeticista, coordinatore del Comitato etico di Fondazione Umberto Veronesi. “Non si parla più quindi di paziente ma di *persona malata*.

Ci sono altri profili da considerare, come i profili delle persone che prestano le loro cure, i *caregiver*. A loro volta i *caregiver* hanno esigenze di relazione nei confronti dei malati”. Circa la crisi vissuta in tempo di pandemia, Annoni sottolinea come la morte in solitudine sia una tragedia anche per coloro che rimangono, che non sono riusciti a salutare i propri affetti.

“C'è poi un'ulteriore sfera” continua Annoni, “la sfera morale, che comprende tutte quelle decisioni complesse, spesso impossibili da prendere da soli. Se non è possibile che avvenga una condivisione in tal senso, ecco che le persone si sentono ancora più abbandonate. La visita prolungata delle persone care non è quindi solo la presenza accanto al letto del malato ma è proprio un aiuto nella capacità di decidere in situazioni magari eticamente difficili da risolvere”.

Stocco è nuovamente in disaccordo con questa impostazione: “L'umanizzazione delle cure è un concetto soggettivo”, afferma. “Farei una distinzione tra l'umanizzazione dal punto di vista degli operatori sanitari e quella dal punto di vista dei parenti e pazienti.

Sicuramente ciò che è successo ha messo in luce la necessità di risolvere determinate situazioni: gli operatori sanitari durante la pandemia hanno dimostrato una straordinaria capacità di saper parlare con i pazienti e, soprattutto, con i parenti perché era proprio uno dei problemi che affrontavamo giornalmente quando, con le visite cancellate, arrivavano telefonate ed e-mail di persone che chiedevano dello stato di salute dei ricoverati.

C'è quindi una umanizzazione del personale che vorrebbe lavorare con una certa tranquillità e fare il proprio lavoro senza avere attorno decine di persone che chiacchierano nei reparti.

Bisogna usare il buon senso: rispetto per il malato e per i parenti ma anche e soprattutto per chi lavora in ospedale”. E circa la lezione che possiamo aver imparato da questa situazione conclude “farei tesoro di una certa rigidità nel rispetto delle regole”.

Disagio in aumento tra gli operatori

Anche gli stessi operatori sanitari, però, hanno subito conseguenze dall'isolamento dei propri pazienti,

e hanno visto acuirsi il proprio *moral distress*. “Il fatto di dover dire a un paziente ricoverato che non riceverà supporto affettivo ed emotivo dei propri cari, e che magari verrà intubato e non potrà essere visitato dai parenti che non potranno venire a vedere in che condizioni è, o fare un ultimo saluto, è un qualcosa che colpisce in maniera diretta la psicologia e la sfera emotiva e la salute dei pazienti, ma anche degli operatori sanitari stessi, che si trovano a doversi far carico e gestire situazioni che prima capitavano in misura molto minore” spiega Annoni.

Che sulla questione sembra pensare in modo opposto rispetto a chi gestisce gli ospedali e aggiunge: “Credo che quello che dovremmo fare sia prendere coscienza di com’è la situazione oggi ma non dare una prospettiva secondo cui semplicemente cristallizzeremo quanto è avvenuto. Vanno invece identificate nuove modalità che consentano di rispettare alcuni principi fondamentali, dal principio dell’equità, al principio della proporzionalità: dipende dalle condizioni, dipende dai reparti, dalle diverse modalità.

Come individuare queste nuove modalità, con le quali coniugare da una parte la necessità di mettere in sicurezza l’accesso ai reparti e dall’altro il fatto che parenti e altre persone possano andare a trovare i ricoverati, questo invece bisogna determinarlo.

Si può cercare di farlo creando dei gruppi interdisciplinari e, soprattutto, avendo linee guida condivise a livello sovralocale. Abbiamo situazioni che variano da reparto a reparto, ogni reparto ha le sue esigenze, però a oggi abbiamo anche linee guida diverse negli stessi reparti di luoghi diversi.

In futuro dovremmo cercare di uniformare e trovare le soluzioni migliori coinvolgendo le associazioni dei pazienti e gli operatori sanitari con le proprie società scientifiche proprio perché non possiamo rinunciare al fattore umano della medicina”.

Carlotta Micaela Jarach
Agenzia Zoe

I NO VAX NON SONO QUELLI CHE PENSIAMO

(da <https://facta.news>) Il 16 agosto 2021, Carlo Calenda ha lanciato un'iniziativa probabilmente inedita nel nostro Paese: una marcia «sì vax», allo scopo di «reagire a questa deriva irrazionale, pericolosa e insensata». È l'ultima reazione della politica, dopo le esortazioni di Mario Draghi e di Enrico Letta ai cosiddetti “no vax”, le persone che rifiutano la vaccinazione e anzi fanno, in alcuni casi, propaganda attiva contro di essa. Spesso per chi ha fiducia nella scienza e nella medicina l'atteggiamento dei no vax può sembrare incomprensibile e altrettanto spesso, da medici e scienziati, è derubricato a mancanza di cultura o intelligenza.

In realtà quello del rifiuto nei confronti dei vaccini è un fenomeno molto complesso e articolato, le cui motivazioni non sono tutte uguali, non sono riducibili alla semplice mancanza di cultura scientifica e possono cambiare anche nel corso del tempo per una stessa persona. Vediamo di capire da cosa deriva il timore e il rifiuto dei vaccini, per delineare una via d'uscita.

L'antivaccinismo è antico quanto i vaccini

«Il vaccino è un veleno». «Scagliati nel terrore dai folli deliri di una stampa impazzita, migliaia di persone corrono verso le falsità dei vaccinatori». «Oltraggio alla libertà personale: lavoratori e donne costretti a essere vaccinati!!». «Le persone sono forse così codarde e povere di spirito e indipendenza da sottomettersi docilmente a questa disprezzabile tirannia dei dottori?».

Un no vax terrorizzato dal vaccino anti-Covid-19? No, citazioni da un pamphlet diffuso nel 1885 nella città canadese di Montréal. L'antivaccinismo infatti è antico come i vaccini. Un anno dopo il Vaccination Act del 1853, che nell'Inghilterra vittoriana rendeva obbligatoria la vaccinazione contro il vaiolo per tutti i bambini entro i primi tre mesi di vita, veniva pubblicato il manifesto “Le nostre libertà mediche”, che fin dalle prime pagine denunciava come la legge volesse rendere le persone «schiave della professione medica» ed elencava molti classici della disinformazione sui vaccini ancora attuali: i vaccini non sarebbero stati efficaci e la maggioranza dei casi di vaiolo accadrebbe tra i vaccinati, il vaccino peggiorerebbe la malattia, ci sono stati decessi dopo il vaccino, e così via. Nel 1867, quando venne esteso il Vaccination Act del 1853, obbligando alla vaccinazione contro il vaiolo tutti i minori di 14 anni, gli antivaccinisti formarono quasi immediatamente una Lega Contro la Vaccinazione Obbligatoria.

Tra gli antivaccinisti all'epoca c'erano anche scienziati celebri. Come Alfred Russel Wallace, che ipotizzò l'evoluzione per selezione naturale assieme a Charles Darwin e l'epidemiologo Charles Creighton. Quest'ultimo argomentava che la vaccinazione fosse uno «sporco avvelenamento del sangue con materiale contaminato» e che Edward Jenner, colui che sviluppò le prime vaccinazioni contro il vaiolo, non fosse che un truffatore avido di denaro.

Alla base di questa opposizione c'erano due fattori. Il primo, un sottobosco di medicine alternative non molto diverso dall'attuale, con omeopatia, spiritualismo, guarigione naturale e idroterapia in contrasto con la medicina ufficiale. Il secondo, le ideologie concentrate sulla libertà personale secondo cui «se anche la vaccinazione fosse la più grande benedizione, non sarebbe dovere dello stato forzarla». Vedremo come questi fattori ricorrono fino a oggi nel rifiuto dei vaccini.

Gli antivaccinisti prima del Covid-19

È essenziale distinguere tra antivaccinisti radicali, che rifiutano attivamente i vaccini, dagli esitanti vaccinali, ovvero persone che, nonostante non siano contrarie ai vaccini in modo preconcetto hanno dubbi, preoccupazioni o altre motivazioni che fanno loro rallentare o evitare le vaccinazioni.

Prima del Covid-19, il dibattito sull'esitazione vaccinale era giocoforza legato alle vaccinazioni pediatriche. Uno studio del 2018 dell'Istituto superiore di sanità su 3.130 persone aveva radiografato l'esitazione e il rifiuto vaccinale dei genitori italiani. I no vax veri e propri erano molto pochi, lo 0,7 per cento del campione, ma gli esitanti erano una percentuale importante, il 15,3 per cento. I principali motivi di rifiuto del vaccino erano legati al timore di effetti collaterali, al timore per l'età troppo

giovane del bambino da vaccinare o a dubbi sull'utilità dei vaccini. Gli esitanti vaccinali, in generale, sembrano più simili, per attitudini e background, al campione di genitori pro-vaccini rispetto che ai no vax.

La percentuale maggiore di esitazione o rifiuto vaccinale era presente al centro-sud e tra i genitori con due o più figli. Gli esitanti vaccinali erano più rappresentati tra le persone con almeno una laurea (17,7 per cento, contro il 13,7 per cento di esitanti con titolo di studio pari o inferiore al diploma). Gli antivaccinisti ritenevano il web una fonte affidabile di informazione nel 61,1 per cento dei casi, contro il 31,1 per cento dei pro-vaccino; viceversa solo il 47,4 per cento di questi riteneva il pediatra una fonte competente, rispetto al 77,6 per cento degli esitanti e l'88,4 per cento dei pro-vaccino.

Come sono cambiati gli antivaccinisti con il Covid-19

Un recente sondaggio su mille persone commissionato dal Corriere della Sera a Ipsos e pubblicato il 2 agosto 2021, ha restituito un quadro dell'esitazione e rifiuto vaccinale attuale sui vaccini contro la Covid-19 che contrasta in parte con quello degli antivaccinisti che conosceamo prima. Non deve stupire, perché si tratta di un campione molto diverso rispetto a quando la questione riguardava soltanto le vaccinazioni pediatriche: non sono solo genitori ma persone di tutte le fasce di età, che devono decidere per un vaccino che riguarda sé stessi e non (solo) i propri figli, per una malattia nuova e che ha monopolizzato il discorso pubblico per un anno e mezzo.

Innanzitutto i no vax sono, come percentuale, decuplicati: coloro che affermano di non voler fare sicuramente il vaccino sono il 7 per cento del campione; gli esitanti sono il 10 per cento. La maggioranza dei no vax e degli esitanti è localizzata al Nord-est (10 per cento di no vax e 15 per cento di esitanti, contro solo un 4 per cento di no vax e 10 per cento di esitanti al Sud), al contrario di quanto risultava per le vaccinazioni pediatriche.

Questo dato geografico, secondo Silvia Bencivelli – medico, giornalista scientifica e autrice del libro *Sospettosi* (Einaudi, 2019) sul difficile rapporto tra vari strati della società italiana e medicina ufficiale – potrebbe essere legato all'influenza culturale dei vicini Paesi di lingua tedesca, in cui la popolarità delle medicine alternative è molto alta anche tra i medici.

I no vax sono leggermente di più (11 per cento) tra le persone ad alta condizione economica, ma questa fascia corrisponde anche alla percentuale più bassa di esitanti (4 per cento, contro il 16 per cento della fascia economicamente più svantaggiata). Un alto livello di istruzione inoltre sembra correlato a una maggiore propensione a vaccinarsi, anche qui in contrasto con i dati precedenti alla Covid-19. Gli esitanti e i no vax sono di più nella fascia tra 18 e 49 anni, mentre diventano molto pochi tra le persone oltre i 65 anni (di queste, solo il 4 per cento rifiuta totalmente il vaccino e solo il 2 per cento non è sicuro).

Si tratta di dati in linea con quanto si osserva in altri paesi occidentali, come ad esempio questi due studi del 2020 sulla popolazione adulta statunitense, che confermano gli stessi trend.

Bisogna tenere conto che queste percentuali non sono fisse. In Italia, per esempio, le percentuali di rifiuto ed esitazione vaccinale verso i vaccini anti-Covid-19 sono cambiate molto nel giro di pochi mesi. Sempre secondo Ipsos, dal novembre 2020 a luglio 2021 la percentuale di no vax è passata dal 16 all'8 per cento, con un minimo di 6 per cento al 28 maggio 2021. Gli esitanti sono calati dal 42 per cento al 9 per cento.

Infine, le percentuali aumentano se guardiamo solo al campione di persone che devono ancora vaccinarsi. Qui la percentuale di no vax è salita sistematicamente da fine maggio a luglio, arrivando al 23 per cento al 7 luglio 2021. A questo si aggiunge un 26 per cento di esitanti. In altre parole, tra chi non è ancora vaccinato una persona su quattro è effettivamente una persona che rifiuta il vaccino, e una persona su due ha perlomeno dei dubbi. Se al momento quindi no vax ed esitanti non sembrano il principale collo di bottiglia per la campagna vaccinale, potrebbero diventarlo in breve tempo.

Il ruolo della disinformazione

Com'è ragionevole aspettarsi, chi non vuole o non è sicuro di vaccinarsi teme, innanzitutto, i possibili

effetti collaterali del vaccino.

Gli effetti gravi sono molto rari ma la pericolosità dei vaccini è stata ingigantita su media e social da un bombardamento di falsa informazione. È difficile avere dati solidi su quanto tali false informazioni influiscano nel complesso, ma alcuni indizi ci dicono che è plausibile abbiano un effetto significativo. Lo studio del 2018 sulle vaccinazioni pediatriche ha trovato una percentuale piuttosto elevata di persone che credevano a notizie false e preoccupanti sui vaccini perfino tra i genitori pro-vaccino.

Il 16,2 per cento dei genitori pro-vaccino era comunque convinta che i vaccini possano causare l'autismo, e il 25,8 per cento che i vaccini possano indebolire o sovraccaricare il sistema immunitario. Queste percentuali erano ovviamente molto più alte tra gli esitanti e gli antivaccinisti, ma la diffusione di queste nozioni anche tra genitori comunque disposti a vaccinare mostra quanto sia pervasiva la disinformazione.

Secondo un altro studio è possibile identificare un effetto diretto della disinformazione. La notizia della sentenza del 2012 che accoglieva il ricorso dei genitori di un bambino che sarebbe diventato autistico a seguito della vaccinazione (nonostante tale legame sia scientificamente infondato e basato su una frode), infatti, potrebbe essere stata la causa di una rapida diminuzione dei tassi di vaccinazione sui bambini avvenuta subito dopo.

Per quanto riguarda le vaccinazioni contro il Covid-19, al momento ci sono alcuni studi che identificano deboli correlazioni tra disinformazione, uso dei social media ed esitazione o rifiuto dei vaccini, ma con pochi dati definitivi. Secondo Guendalina Graffigna – professoressa ordinaria di psicologia dei consumi e della salute presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Piacenza, impegnata col suo gruppo di ricerca in un'indagine sulla psicologia delle vaccinazioni Covid-19 – la combinazione del bias di conferma e degli algoritmi dei social media portano le persone a selezionare e consumare solo le notizie che si conformano ai propri pregiudizi ideologici, un meccanismo di cui avevamo parlato in generale nel rapporto tra psicologia e disinformazione.

Le false notizie quindi, rafforzano ulteriormente e alimentano convinzioni e sfiducia pre-esistente.

La sfiducia nella ricerca scientifica

Un dato che ritorna in pressoché tutti gli studi sull'esitazione vaccinale è che il principale fattore in gioco è la fiducia nel sistema sanitario e nella ricerca scientifica, considerata come istituzione ufficiale. Tanto che, per la fiducia nei vaccini, la credibilità delle istituzioni che forniscono informazioni sui vaccini sembra essere più importante delle informazioni in sé. Collegato a questo è il coinvolgimento attivo nella salute: se una persona sente di poter partecipare direttamente al proprio benessere e al sistema sanitario, invece di sentirsi passiva, tanto più partecipa alla campagna vaccinale.

La fiducia nella scienza in Italia è mutata durante la pandemia, come ci dice Graffigna: all'inizio era molto alta, in quanto veniva vista come l'unica prospettiva di una soluzione, per poi scemare in seguito a causa dei toni e delle dichiarazioni contraddittorie di vari scienziati sui media, percepiti quindi come poco coerenti. Un problema che si può risolvere, sempre secondo Graffigna, solo creando una relazione di fiducia tra il pubblico e degli interlocutori scientifici affidabili. Cosa che finora in Italia non ha funzionato, come ha detto a Facta: «Secondo me anche scienziati di per sé blasonati hanno alimentato la distanza tra il pubblico e la scienza, mentre viceversa alcuni divulgatori scientifici si sono fatti carico del vuoto comunicativo e sono riusciti a creare una relazione umana con il pubblico.

C'è stata una fortissima assenza comunicativa dei canali istituzionali, come l'Istituto superiore di sanità o il Ministero della salute, che solo ora stanno provando a rilanciarsi sui social e a creare una relazione di fiducia col pubblico».

A questo proposito è interessante notare come nei forum antivaccinisti sui social, come nel caso del gruppo Facebook di Comilva (associazione per la «libertà di scelta» sulle vaccinazioni, considerata vicina ai no vax), prevalgano le richieste di informazioni: segno che una parte del pubblico si avvicina a queste correnti antiscientifiche nel momento in cui si trova smarrita alla ricerca di informazioni che non riesce a ottenere, o di cui non si fida, dalle fonti ufficiali.

Medici che danno il cattivo esempio

Il problema è che non tutti gli interlocutori che dovremmo considerare affidabili si sono, in pratica, rivelati tali. È vero che, nell'indagine del 2018 di cui abbiamo parlato in precedenza, i pediatri sono la fonte di informazione più consultata dai genitori pro-vaccini o esitanti, mentre questo non vale per i genitori no vax, di cui solo il 38,1 per cento si è rivolta al pediatra per informazioni sui vaccini. Ma è anche vero che in una percentuale non insignificante di casi i medici non hanno consigliato di fare i vaccini, o hanno consigliato di farne solo alcuni; solo l'84 per cento dei genitori ha ricevuto esplicitamente, dal medico, l'indicazione di vaccinare pienamente i bambini.

Un'analisi del 2012 ha riscontrato inoltre che quasi un quarto dei contenuti anti-vaccinisti presenti in rete erano scritti da medici. Un dato che purtroppo non deve stupire: la principale frode scientifica che ha contribuito al rifiuto dei vaccini, quella sul legame tra vaccini e autismo, è stata costruita da un medico (poi radiato), Andrew Wakefield.

Durante il Covid-19, le cose purtroppo non sono cambiate. Abbiamo visto numerose dichiarazioni scientificamente discutibili provenire da scienziati e medici. Il problema esiste anche fuori dai salotti televisivi: un sondaggio del 2021 ha mostrato, per esempio, che circa il 6 per cento degli operatori sanitari in Francia e altri paesi francofoni non raccomanderebbe il vaccino contro la Covid-19 ai propri pazienti.

In generale, l'esitazione vaccinale tra gli operatori sanitari varia moltissimo nei vari paesi del mondo, dal 4,3 per cento registrato in Cina al 72 per cento del Congo; in Italia si attesta intorno al 7 per cento, secondo un sondaggio pubblicato a gennaio 2021. Si tratta di un problema che esisteva anche in precedenza, ad esempio per quanto riguardava il vaccino antinfluenzale.

I vaccini come questione politica

L'altro grande fattore correlato alla volontà o meno di vaccinarsi è l'attitudine politica e ideologica. Un fattore che, come avevamo discusso in passato, si era già rivelato importante per altre credenze pseudoscientifiche, come il negazionismo del riscaldamento globale, e il Covid-19 non fa eccezione. Diversi studi hanno mostrato che il nostro atteggiamento verso la pandemia e le misure prese per contrastarla si divide lungo linee politiche, inclusa l'attitudine nei confronti dei vaccini. Anche l'appartenenza religiosa sta diventando un fattore.

Il sondaggio Ipsos sull'attitudine dei cittadini nei confronti dei vaccini conferma un quadro, almeno in parte, politicamente diviso: il 14 per cento degli elettori della Lega e il 10 per cento degli elettori di Fratelli d'Italia infatti dichiara di non voler fare sicuramente il vaccino, contro il 2 per cento del Pd e il 7 per cento del M5S.

Secondo i risultati dell'EngageMinds Hub dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, (centro di ricerca multidisciplinare sul coinvolgimento delle persone nelle condotte di salute e dei consumi alimentari) un aspetto molto importante nel predire la propensione a vaccinarsi (non solo nel caso della Covid-19) è il senso di responsabilità sociale.

Le persone più altruiste sono portate a vedere la vaccinazione soprattutto come un atto necessario nei confronti della società, mentre le persone con una visione più individualistica tendono ad avere più dubbi e a calcolare il bilancio costi-benefici esclusivamente personale.

Altri fattori psicologici

Infine, ci sono altri fattori psicologici che possono spingere lontano dal vaccino. Silvia Bencivelli, nel già ricordato Sospettosi, cita il ruolo della percezione del rischio, che per i vaccini è particolarmente complesso – come avevamo discusso anche su *Facta* in passato: «Per esempio, noi accettiamo un rischio sotto il nostro controllo e sotto la nostra responsabilità meglio di un rischio delegato a mani altrui [...]. Accettiamo meglio i rischi naturali (le malattie tra questi) di quelli umani. E accettiamo meglio i rischi legati al non avere fatto qualcosa dei rischi dovuti all'aver fatto qualcosa.»

Guendalina Graffigna invece ricorda il ruolo di aspetti psicologici come la propensione all'ansia. «Più

le persone sono in ansia a causa del Covid-19, o hanno avuto una reazione depressiva in seguito alle misure di contenimento – ha raccontato a Facta Graffigna – più sono esitanti verso i vaccini. È quella che chiamiamo in psicologia la ‘sindrome del bambino scottato’: chi era già in ansia per la situazione precedente poi ha timore anche del vaccino, specie se influenzato da notizie diffuse dai media sui presunti effetti collaterali».

Un altro aspetto è la tendenza psicologica al cospirazionismo, ovvero quella propensione a vedere sempre una intenzione maligna dietro agli eventi. È una tendenza, secondo Graffigna, in crescita in Occidente inclusa l’Italia, in parallelo con il calo della fiducia nelle istituzioni sanitarie e scientifiche. Le persone con certi tratti di personalità possono essere più facilmente spinte a questa tendenza al sospetto, e quindi anche a credere a false notizie che corroborano questa visione cospirativa del mondo.

In conclusione

L’antivaccinismo, sebbene oggi alimentato anche dai social media, è un fenomeno antico quanto i vaccini, e che ha molteplici radici culturali e psicologiche. Non esiste un solo antivaccinismo, ma esiste uno spettro di attitudini negative sui vaccini, che vanno dal rifiuto totale nutrito di narrazioni cospiratorie al sincero dubbio, e che muta a seconda dei vaccini di cui si parla.

Spettro in cui una stessa persona può muoversi nel tempo a seconda di come cambia la comunicazione e la percezione dei vaccini e del sistema scientifico-sanitario che li sviluppa, consiglia e somministra. Ci sono certamente fattori immediati su cui si può agire, dalla diffusione delle notizie false che aumentano l’incertezza e rafforzano le convinzioni degli antivaccinisti, allo sviluppo di una comunicazione affidabile da parte degli organismi ufficiali e della comunità scientifica, all’inquietante fenomeno di medici e scienziati che diventano autori e diffusori di nozioni false e terrorizzanti.

Ci sono anche però questioni di fondo su cui bisognerà agire a lungo termine, a partire dalla sfiducia nei confronti della ricerca scientifica e dell’industria farmaceutica, sfiducia a cui contribuiscono anche problemi reali di quel sistema.

Abbattere la diffidenza nei confronti dei vaccini e, più in generale, della medicina, richiederà un lavoro che andrà al di là della pandemia da Covid-19 e dovrà riguardare l’intero rapporto tra scienza e società.

COME PARLARE COL PAZIENTE ANTIVAX

I medici di base sono stati chiamati dal Sistema sanitario italiano a un compito ingrato: richiamare tutti i propri pazienti non vaccinati per convincerli a proteggersi, identificando le ragioni del rifiuto e, possibilmente, porvi rimedio.

“È stato un compito difficilissimo, che mi ha portato fino al burn out” spiega S.P.C., un medico di base milanese che chiede persino di mantenere l’anonimato per non essere identificata dai propri pazienti con i quali si è lasciata, in alcuni casi, in brutti rapporti. “In alcuni casi mi hanno letteralmente chiuso il telefono in faccia: altri mi hanno aggredita verbalmente. Ho rovinato alcune relazioni terapeutiche che duravano da anni, con intere famiglie.

Il punto è che non siamo affatto preparati a gestire il colloquio con il paziente no vax, e abbiamo difficoltà anche con quello pieno di dubbi ed esitazioni per via della propaganda antivaccinista, di frequentazioni di gruppi social e così via. Alla fine sono riuscita a far vaccinare solo alcuni pazienti che in realtà avevano problemi pratici o dubbi di tipo clinico facilmente risolvibili, ma sono stata assolutamente inefficace su tutti gli altri.

Condurre il colloquio con il paziente antivax non è affatto semplice. Lo sanno bene persino gli esperti dell’Organizzazione Mondiale della Sanità che, già alcuni anni fa, hanno prodotto alcune [linee guida su come parlare con una persona che non vuole vaccinarsi](#). E la letteratura esistente sul movimento antivaccinista ha identificato alcuni elementi chiave che è bene conoscere prima di imbarcarsi in una discussione con una persona no vax.

L’esitazione vaccinale non è dovuta alla mancanza di informazioni. L’esitazione vaccinale o il rifiuto di vaccinarsi nonostante la disponibilità del vaccino va considerata come una minaccia per la salute globale. Gli orientamenti riguardo ai vaccini non sono binari (“pro” o “anti”), ma sono un continuum. L’esitazione vaccinale non è dovuta alla mancanza di informazioni, e l’invio di informazioni sui vaccini non aumenta la conformità. Le persone che esitano a vaccinarsi dovrebbero essere trattate con empatia, sensibilità e rispetto. Due delle principali preoccupazioni che le persone hanno riguardo alle vaccinazioni sono i rischi (e soprattutto la percezione degli stessi, più importante del rischio reale) e la sicurezza. L’idea che i vaccini siano poco sicuri può essere minata, paradossalmente, da messaggi troppo univoci, come le campagne che affermano perentoriamente che i vaccini sono sempre sicuri (il che viene smentito dall’esistenza di effetti collaterali gravi seppure poco frequenti). Contano anche le credenze generali sulla malattia: le persone più disposte a farsi vaccinare hanno maggiori probabilità di credere di essere a rischio di contrarre COVID-19, che l’impatto della malattia può essere grave e che il vaccino è sicuro ed efficace.

La trasparenza è fondamentale. Essere trasparenti e mantenere aggiornato il pubblico è importante per costruire fiducia e sicurezza. Le persone sono preoccupate perché la scelta di vaccinare, nel caso di Covid-19, è stata presa molto rapidamente. Queste preoccupazioni devono essere affrontate e non sminuite. Inoltre, alle persone dovrebbero essere fornite tutte le informazioni sui vaccini e lo stato dell’arte sugli eventi avversi. I potenziali effetti negativi di un vaccino devono essere comunicati ai pazienti con spiegazioni semplici, perché un eccesso di dettagli e un linguaggio gergale rischiano di dissuadere le persone. È meglio affidarsi, per chiarire questi aspetti, a materiali informativi elaborati da esperti di comunicazione, giornalisti scientifici o istituzioni educative.

La comunicazione su misura per ciascun pubblico è fondamentale. Atteggiamenti e punti di vista riguardo alle vaccinazioni possono variare ampiamente a seconda dei dati demografici, dei fattori di rischio, della religione, della personalità, della cultura e delle opinioni politiche e persino del consumo di notizie. Un approccio unico non sarà mai efficace. D’altronde, la ricerca in comunicazione della scienza sta puntando sempre più ai fattori ambientali che influenzano il modo con cui il messaggio viene ricevuto, e questo è particolarmente vero nel caso di argomenti scientifici che, nel dibattito pubblico, suscitano controversie come i vaccini o il cambiamento climatico.

I gruppi marginalizzati hanno una minore fiducia nei vaccini a causa di un rapporto non sempre facile con il sistema sanitario e le istituzioni. Per questo è importante concentrarsi con messaggi appropriati su queste comunità, evitando che si isolino o si rivolgano a fonti di informazione non affidabili ma percepite come più amichevoli.

Il movimento anti-vaccinista non dovrebbe essere ignorato. Mentre è improbabile che dei semplici colloqui riescano a far cambiare idea agli antivaccinisti “duri e puri”, la comunità antivax è molto influente su coloro che sono indecisi. È necessario quindi essere informati sui principali argomenti che tale comunità porta avanti nelle sue campagne per essere pronti a rispondere. Questa attività di smentire notizie false dovrebbe essere condotta dalle istituzioni pubbliche (ministeri, istituti nazionali di sanità) ma è importante che il medico legga i materiali prodotti e sappia come usarli nel confronto col paziente.

Racconta storie, non statistiche. Storie e aneddoti su persone protette dalle vaccinazioni hanno maggiori probabilità di essere efficaci rispetto alle statistiche. Ci si vaccina anche per fiducia nei confronti del medico, degli amici o per proteggere le persone care. La vaccinazione contro il Covid-19 dovrebbe essere inquadrata come una delle azioni importanti da intraprendere, insieme al lavaggio delle mani, all'uso delle mascherine e al distanziamento fisico. Le comunicazioni ufficiali sui vaccini dovrebbero avere un chiaro messaggio da portare a casa, raccontare una storia facile da ricordare e agire sul piano emotivo.

Conoscere i bias cognitivi. Il bias di omissione induce una forte preferenza per la mancanza di azione anche quando agire è più vantaggioso. Il bias di ottimismo induce le persone a credere di avere una probabilità inferiore a quella reale di contrarre il Covid-19. Il pregiudizio di conferma induce a cercare e selezionare solo le informazioni che confermano le proprie convinzioni, e può portare a radicalizzare le proprie opinioni e a polarizzare il dibattito. Comprendere i pregiudizi cognitivi può aiutare chi deve comunicare a elaborare strategie per superarli.

Il [Vaccine Confidence Project](#), così come altri progetti europei come [TellMe](#) e [Asset](#), portati avanti dopo la crisi europea legata alla comunicazione dell'influenza aviaria, forniscono infine alcuni suggerimenti per condurre il colloquio con la massima serenità ed efficacia. L'obiettivo della chiamata deve essere chiarito subito e deve essere subito fugato il timore di essere giudicati o sanzionati. Ecco le regole di comportamento da tenere secondo gli esperti:

Ascoltare con empatia. Inizia ascoltando con empatia coloro che hanno domande sulla vaccinazione. Non respingerli e riconosci come si sentono (senza necessariamente essere d'accordo, per esempio esplicitando il fatto che “va bene avere domande o volere maggiori informazioni prima di sottoporsi a un vaccino”).

Fare domande aperte. Fai domande aperte, come “che cosa ha sentito dire sui vaccini Covid?” o “perché si sente così?”. Queste domande suscitano una risposta diversa da “sì” o “no” e possono aiutare a comprendere meglio le preoccupazioni dei pazienti, oltre ad aiutare l'altra persona a elaborare i propri pensieri.

Condividere informazioni affidabili. Quando non conosci la risposta o se non sei sicuro di come affrontare la preoccupazione dei pazienti, non rispondere ma ammetti di non sapere e offriti di aiutare a cercare informazioni. Chiedere il loro permesso prima di introdurre un nuovo argomento potrebbe renderli più disposti ad ascoltarti. L'obiettivo è di evitare di essere percepito come colui o colei che cerca a tutti i costi di propinare loro informazioni indesiderate.

Esplorare i motivi a favore della vaccinazione. Come già sottolineato dalle linee guida OMS, quando si parla di vaccinazioni, niente funziona bene quanto il piano personale. Condividi le tue ragioni per voler essere vaccinato e la tua esperienza di vaccinazione. Parla loro di come vaccinarsi

contro il Covid-19 potrebbe offrire una possibilità di ritorno alla normalità. Spiega i benefici della vaccinazione, che si tratti di poter visitare di nuovo la famiglia e gli amici, tornare in ufficio, riportare i bambini a scuola, trascorrere del tempo con i compagni di classe o altre interazioni e attività che sono state messe a dura prova a causa del Covid-19. È importante sottolineare come la vaccinazione li aiuterà a proteggere se stessi, la loro famiglia e la loro comunità. Può essere utile anche far notare che solo con la vaccinazione si potranno far rifiorire le attività economiche e si potrà ridare spazio ai piaceri della vita a cui abbiamo dovuto rinunciare.

Costruire la fiducia. Sii di supporto a chiunque venga per la vaccinazione e abbia domande o chiedi il tuo consiglio. Ascolta qualsiasi preoccupazione, comunica in modo rispettoso e crea fiducia. I vaccini sono ragionevolmente sicuri, efficaci e rappresentano una parte importante della risposta al Covid-19, fermare la malattia resta l'obiettivo principale e per quello, al momento, i vaccini non sono sufficienti. Ricorda alle persone che dovrebbero continuare a prendere altre precauzioni, come la distanza fisica, indossare una mascherina, mantenere le stanze ben ventilate, evitare la folla, pulirsi le mani e tossire con il gomito piegato o con un fazzoletto.

Abbatte le barriere. Essere vaccinati spesso dipende dal fatto che sia conveniente o meno farlo. Cerca di capire se dietro al mancato vaccino vi sono problemi pratici che possono essere risolti, come difficoltà di prenotazione, problemi economici, difficoltà a raggiungere il centro vaccinale.

Non mentire mai. Non ha senso dire che i vaccini sono sicuri al 100% o che nessuno soffre di effetti collaterali gravi, se questo non è vero. Cerca di inquadrare i rischi dei vaccini in rapporto ai rischi dell'infezione naturale, che sono il più delle volte superiori. Anche alcuni effetti collaterali gravi dei vaccini, come le miocarditi, possono presentarsi anche con la malattia naturale. Questo è un punto difficile da spiegare, ma essenziale per permettere una presa di decisione informata.

Imparare a rinunciare. Vi sono pazienti che non convincerai mai e che tenderanno a rendere il colloquio sempre più sgradevole e inutile. In questi casi, è meglio rinunciare prima che il rapporto di fiducia si incrini del tutto e lasciare sempre aperta la porta per un'ulteriore discussione. L'obiettivo che un medico si deve porre è quello di sfoltire le liste dei non vaccinati, aiutando coloro che hanno problemi pratici, rispondendo a coloro che hanno dubbi legati a malattie pregresse o in corso e rispondere ai dubbiosi. Non è compito del medico farsi carico da solo di problemi sociali come la polarizzazione delle opinioni, il complottismo o la diffusione di fake news, che devono essere affrontati a livello istituzionale.

Daniela Ovadia
Agenzia Zoe

L'ARTICOLO 32 DEL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA: L'EQUA CONDOTTA NEL SOTTILE CONFINE TRA SEGRETO PROFESSIONALE E DOVERE DI SOLIDARIETÀ

(da "Toscana Medica") Già nell'articolo pubblicato su questa rivista il 7.9.2020 era stato affrontato il tema critico inerente al bilanciamento tra l'obbligo al segreto professionale comparato all'obbligo di denuncia, informativa e testimonianza del medico all'autorità giudiziaria.

In tal senso era stato offerto un panorama di riferimento normativo di natura codicistica procedurale e penale volto a circoscrivere un perimetro entro il quale il medico, quale esercente la funzione di pubblico ufficiale, di incaricato di pubblico servizio o professionista privato, poteva considerarsi legittimato a superare la prescrizione dell'articolo 622 del codice penale sul segreto professionale portando all'attenzione della pubblica autorità fattispecie di reati conclamati e oggettivamente accertati.

L'indagine odierna viene invece condotta sul contenuto e la *ratio* dell'articolo 32 del codice deontologico in forza del quale: *Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita. Il medico segnala all'Autorità competente le condizioni di discriminazione, maltrattamento fisico o psichico, violenza o abuso sessuale.*

Detta norma deontologica, per poter essere analizzata nel suo contesto esecutivo onde non ridurla a un semplice, quanto pleonastico, cardine di obbligo assistenziale del medico nei confronti dei soggetti più deboli, deve essere letta alla luce di un concreto ampliamento del dovere fondamentale che connota la professione medica al cospetto del suo fisiologico carattere solidaristico-sociale che non deve essere visto da una prospettiva esclusivamente professionale di tipo tecnico-medica, bensì deve essere esteso a tutti i comportamenti che possano andare anche oltre la competenza professionale specifica.

In altre parole nella norma in esame si rispecchia una concezione del ruolo del medico non ristretto al solo ambito della tutela della salute. Viene, infatti, delineata, nei confronti delle categorie più deboli, cioè dei minori, degli anziani e dei portatori di handicap, una funzione del medico di tutela ben più ampia, che abbraccia, oltre alla salute, le stesse condizioni di vita, allorché possano incidere negativamente sulla qualità e dignità dei soggetti su indicati.

Alla luce di tale illuminante presupposto il richiamo essenziale, in punto di diritto, che deve essere svolto al fine di rendere maggiormente comprensibile al professionista il proprio indefettibile ruolo, non sarà inutile richiamare il contenuto dell'articolo 32 della Carta Costituzionale nel suo primo periodo in forza del quale: *La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività [omissis].*

In tal senso non potrà che riconoscersi al professionista medico il compito fondamentale, nell'esercizio della sua funzione, di rendersi il primo referente della tutela della salute come, appunto, diritto fondamentale dell'individuo.

Dinanzi a tale dichiarazione di principi allora è necessario partire per derubricare e rendere operativo il contenuto dell'articolo 32 del codice deontologico.

Il contesto sociale nel quale il medico professionista è inevitabilmente, bon gré mal gré, veicolato è naturalmente la famiglia e-o il nucleo parentale in cui si colloca il soggetto debole. Il medico, interfacciandosi con il paziente - soggetto debole, si reca spesso nel suo domicilio, piuttosto che riceverlo presso ambulatori dove, talvolta, verrà accompagnato da persone facenti parte del nucleo familiare.

L'occhio del bravo professionista medico sarà pertanto reiteratamente abituato, anche con l'acquisizione dell'esperienza lavorativa, a effettuare ogni volta una preliminarissima valutazione icu

oculi sullo stato di apparenza del soggetto debole non tanto e non solo legato alle condizioni di salute del medesimo, che rappresenta la parte tecnica del ruolo sanitario, quanto, piuttosto, alla condizione di oggettivo nutrimento, del vestiario, dell'igiene e financo del comportamento sensoriale del paziente (reazioni anomale a sollecitazioni normali quali semplici domande del quotidiano, stati di ansia e-o paure ingiustificate).

Tali indici di valutazione esterna sono spesso associabili nella scienza medica a disagi che traggono la loro origine da contesti di abbandono, maltrattamento o, nella migliore delle ipotesi, disinteresse verso le condizioni esistenziali del soggetto debole da parte del nucleo di origine.

Ulteriormente il professionista medico approfondirà la propria indagine personale sul soggetto debole in sede di visita dove, nel rispetto dei limiti della patologia riscontrata-riscontrabile, accede a parti del corpo del paziente esponendole alla propria vista.

L'esercizio professionale della medicina diventa pertanto, in questa prospettiva, l'occasione e lo strumento di rilevazione di situazioni familiari, sociali e-o ambientali in cui versano soggetti particolarmente deboli che, oltre a incidere negativamente sulla salute di costoro, ne compromettono la qualità e dignità di vita.

È proprio nel perimetro di tali ipotesi che il medico deve farsi attivo promotore di iniziative volte a rimuovere dette condizioni ottemperando oltre che al codice deontologico anche alla norma costituzionale di cui all'articolo 32 nella parte richiamata. Iniziative che, secondo la sua valutazione, dovranno coinvolgere la famiglia o nei casi più gravi anche organi pubblici di assistenza sociale o, in caso di maltrattamenti o violenza o di opposizione dei legali rappresentanti alle cure necessarie a minori e incapaci, anche l'autorità giudiziaria o di polizia.

Quello fissato nell'articolo in esame è pertanto un dovere ulteriore e diverso da quelli sanciti dalla legge nelle ipotesi in cui questa fissa per il medico obblighi di referto o di denuncia in coincidenza dei quali vi è un vero e proprio dovere imperativo che, se disatteso, espone il sanitario al reato di omissione di atti d'ufficio (articolo 328 del Codice Penale).

Va tuttavia sottolineato come la funzione attribuita al medico dalla lettura di questo articolo deontologico ponga lo stesso, quale rovescio della medaglia, nella delicata posizione di dover valutare quando la situazione in cui apparentemente versano determinati soggetti sia tale da richiedere, oltre che la violazione del segreto professionale e del principio di riservatezza, un intervento non limitato alla sfera della salute dei soggetti medesimi, ma diretto anche alle sfere più delicate dell'intimità familiare, con possibili gravi conseguenze d'ordine giuridico (querelle per diffamazione ecc.); è questa una precisa scelta culturale e di civiltà secondo principi di attiva solidarietà cui l'esercizio della professione medica deve conformarsi a sostegno di chi è pressoché privo di difesa.

In tal senso appaiono quindi meritevoli di approfondimento le modalità di trasmissione della segnalazione agli organi e/o agli enti preposti in caso di sospetto grave pregiudizio che il medico può rinvenire nei confronti del soggetto debole.

In primo luogo preme sottolineare come la segnalazione debba essere inoltrata per iscritto e non possa in alcun modo essere fatta in forma anonima.

Nella segnalazione devono essere citati e descritti tutti gli elementi che hanno portato l'operatore a formulare l'ipotesi che il soggetto debole si trovi in una situazione di rischio o pregiudizio.

Quando il medico che rileva una situazione di disagio fa parte di un'istituzione o un'organizzazione pubblica o privata, la responsabilità della segnalazione non deve ricadere in via esclusiva sul singolo operatore, ma dovrà essere assunta in modo collegiale dal team e-o dall'istituzione stessa.

Quando viene inoltrata una segnalazione riguardante un minore è opportuno informare i genitori del medesimo dell'iniziativa assunta.

Principalmente la segnalazione potrà essere direzionata agli enti assistenziali (assistenti sociali) ma, nei casi più gravi accertati dal medico in maniera assimilabile a una potenziale e concreta esistenza di reati (ancorché non conclamati) può essere preferibile direzionare la segnalazione direttamente all'Autorità Giudiziaria (Procura della Repubblica, Tribunale dei Minori).

Residua da un punto di vista sostanziale chiarire come la segnalazione debba essere redatta al fine di

non esporre il sanitario a responsabilità personali (civili e/o penali).

L'esposizione dei fatti oggetto di narrativa deve essere svolta in forma chiara e sintetica con gli elementi osservativi che hanno condotto il medico al sospetto pregiudizio cui la persona debole parrebbe esposta.

Non devono essere apportati approfondimenti soggettivi o giudizi personali circa la presunta veridicità delle eventuali affermazioni rese dal soggetto debole, o circa la colpevolezza di soggetti potenzialmente coinvolti nella vicenda.

La narrativa deve pertanto essere “asciutta” e priva di qualsivoglia commento personale volto a corroborare il sospetto poiché, si ricorda, che nel caso di specie ciò che rileva è la “sensazione di pregiudizio” che il sanitario, dall'alto della sua scienza e coscienza, ritiene probabile-possibile-attuale ma non assolutamente certo.

Può non apparire inutile rivolgersi all'Ordine di appartenenza che potrà essere in grado di fornire l'opportuno supporto anche legale al fine di contemperare al meglio la duplice esigenza di tutela dei soggetti deboli e del professionista medico.

Avvocato Leonardo Bianchini

IL DIGITALE CAMBIA FACCIA AL SISTEMA SANITARIO

(da MSD Salute e Wired) Quello tra piattaforme digitali e sistemi sanitari è un connubio che, in quanto all'essere virtuoso, non lascia spazio a discussioni, se non in merito al fatto che l'adozione delle tecnologie sembra sempre procedere fin troppo a rilento. I benefici in termini di efficienza, velocità, puntualità e affidabilità sono sotto gli occhi di tutti – sia tra il personale sanitario sia tra i pazienti – e si fanno sempre più impattanti mano a mano che l'intelligenza artificiale, il fenomeno dei big data e le nuove forme di connettività e comunicazione si vanno affermando.

I vantaggi che il digitale garantisce quando viene adottato in modo sensato all'interno di un ecosistema di cura sono almeno un paio: da un lato aiuta a ottenere una distribuzione ottimale delle risorse impegnate nel sistema salute, e dall'altro migliora l'esito stesso dell'assistenza medica, con diagnosi più accurate, outcome più promettenti, affiancamento al paziente e la disponibilità di sistemi di comunicazione e monitoraggio che avvicinano sempre più i curati ai curanti.

E a questo andrebbe aggiunto, come minimo, la possibilità da parte delle persone di interfacciarsi con la sanità in qualsiasi orario e da qualunque luogo, tanto dal punto di vista del raccogliere informazioni su esami e patologie quanto in termini di prenotazioni e altre procedure amministrative.

Anche se nessuno di fatto ha mai contestato i benefici generali del digitale sui sistemi sanitari, in molti contesti l'adozione dei vari progetti di digitalizzazione è proceduta a rilento. In parte è accaduto per via dell'inerzia determinata della tradizione, almeno fino all'arrivo della pandemia che ha fatto di necessità virtù e offerto una poderosa spinta a tutti i sistemi high tech. E in parte per le sacrosante questioni legate alla privacy e alla tutela dei dati personali, che in alcuni paesi anche europei (tra cui la Germania) hanno tenuto bloccate le implementazioni per anni o addirittura decenni.

L'adozione in tre pilastri

Dalla teoria alla pratica, il nuovo volto dei sistemi sanitari plasmato dal digitale prende forma attraverso diversi macro-filoni. Il primo, già implicitamente citato, è la telemedicina con tutto ciò che si porta dietro tra televisite, monitoraggi a distanza, raccolta dati in cloud e opportunità aumentate di comunicazione tra medico e paziente. Un trend che anche in Italia inizia finalmente a essere formalmente riconosciuto, con la prospettiva che sempre più prestazioni sanitarie svolte tramite la rete possano essere equiparate ai loro analoghi in presenza fisica. Fino ad arrivare alla prospettiva davvero promettente del curarsi con l'algoritmo, tramite le cosiddette terapie digitali.

Altrettanto impattante, e anche precedente in termini di prime adozioni nel contesto italiano, è il fascicolo sanitario elettronico (FSE). La cartella clinica digitale unificata migliora la disponibilità e l'accessibilità dei dati sanitari, ma potenzia anche la capacità diagnostica proprio perché consente di avere una fotografia completa del quadro clinico. Seppure con qualche difficoltà interna, dovuta per esempio alla scarsa interoperabilità dei dati tra i singoli sistemi sanitari regionali, l'Italia pare essere oggi in una posizione di vantaggio.

Già nel 2013 la sola Lombardia contava già 6 milioni di fascicoli attivi, e nella primavera del 2021 a livello nazionale è stata superata quota 47 milioni. Più della Francia, che punta a 40 milioni entro fine 2022 ma era ferma sotto i 10 a metà 2020. E con un vantaggio enorme rispetto alla Germania, che solo dal 2021 ha attivato il proprio *elektronische Patientenakte* (ePA) dopo oltre tre lustri di preparazione. Da notare che nel nostro paese, oltre ai progressi sul fronte dell'interoperabilità, dal maggio 2020 è prevista l'alimentazione automatica dei dati sul fascicolo sanitario elettronico (a meno che il paziente si opponga), e da dicembre anche i referti dei tamponi per il Covid-19 sono disponibili sulla stessa piattaforma. Sul fronte delle criticità, invece, c'è l'ancora insufficiente utilizzo dello strumento, poiché molte persone posseggono il fascicolo elettronico ma di fatto non vi accedono mai. Solo un italiano su 8, di fatto, è consapevole di averne fatto uso.

Ultimo grande filone di applicazione del digitale al sistema sanitario è la ricetta elettronica, che sostituisce quella cartacea attraverso un processo di dematerializzazione che coinvolge sempre più categorie di prodotti e servizi. A marzo 2020 è stata prevista la ricetta elettronica, oltre che per i

farmaci con piano terapeutico Aifa, anche ai medicinali distribuiti per conto del Servizio sanitario nazionale. E poi nel mese di dicembre la dematerializzazione è stata estesa anche alle ricette per farmaci non a carico del Sistema sanitario, con una validità temporale già prorogata anche per il post-pandemia.

Restano comunque differenze significative in termini di adozione sulla base delle fasce d'età.

Secondo i dati storici del nostro paese (fonte Censis), referti online e ricette elettroniche hanno la più larga diffusione tra i 36 e i 65 anni – in questo range si era prossimi al 50% d'uso già a metà degli anni Dieci – mentre è significativamente più bassa sia per gli anziani sia per i giovanissimi, anche includendo nella statistica i casi in cui l'operazione viene svolta con il supporto di un'altra persona. Molto diversa invece la distribuzione quando si tratta di applicazioni digitali per la salute, con un picco corrispondente agli under 35. È però trasversale a tutte le fasce d'età la scarsa integrazione tra queste soluzioni e il sistema sanitario: meno di una persona su quattro, secondo l'osservatorio Innovazione digitale in sanità, condivide con i medici i risultati di questi monitoraggi, che dunque restano dati preziosi ma inutilizzati.

Il prima e il dopo

Accanto alla ben nota e chiacchieratissima accelerazione digitale indotta dall'emergenza sanitaria globale, il periodo pandemico è stato anche l'origine della presa di consapevolezza riguardo a diversi aspetti chiave del rapporto tra sistema sanitario e digitale. Per esempio, ci si è tutti resi conto di quanto i tempi di attesa lunghi, le farraginosità nella gestione e i difetti di comunicazione possano rappresentare un ulteriore elemento critico nell'affrontare le questioni di salute individuali e collettive. E, di conseguenza, si è evidenziato una volta in più quanto il digitale sia elemento decisivo per una risposta efficace, specialmente durante un'emergenza.

Se da un lato la pandemia ha impietosamente sottolineato le criticità del sistema sanitario e gli elementi di più grave arretratezza, dall'altro ha mostrato quanto – soprattutto a livello territoriale, nel rapporto medico-paziente e nel coordinamento a livello nazionale e internazionale – il digitale sia la chiave di volta di molte delle ristrutturazioni auspiccate.

In base a una ricerca dell'Osservatorio innovazione digitale in sanità della School of management del Politecnico di Milano in collaborazione con il Centro studi della Federazione italiana medici di medicina generale, 19 medici su 20 considerano digitale e telemedicina come gli elementi decisivi per la futura gestione della salute, delle cronicità e del periodo post-pandemico. Con percentuali tra il 72% e l'88% di medici disposti a utilizzare le varie declinazioni della salute digitale, tra televisite e monitoraggi a distanza.

Ma non è solo dal lato del personale sanitario che la percezione è cambiata: la tradizionale scarsa propensione degli italiani ad approfittare di soluzioni high tech quando si tratta della propria salute sembra sempre più superata. La ricerca Stada health report 2020: focus Italia, per esempio, ha fatto emergere che il 79% dei pazienti nostri connazionali è d'accordo con la consultazione del medico a distanza per patologie minori, contro una media europea del 70%, e con un +28% rispetto all'immediato pre-pandemia. Gli italiani sono anche molto aperti al telemonitoraggio (84%, contro la media continentale del 75%), e mostrano in generale un livello di preoccupazione più basso nei confronti delle questioni di privacy, da cui è frenata solo una persona su 16. Dal report Digital transformation: Shaping the future of European healthcare realizzato da Deloitte, poi, è emerso che un buon 65% degli operatori sanitari ha sperimentato con successo un incremento della tecnologia digitale. E non è un caso che soluzioni di salute come 'Vreely' – un'app certificata medical device sviluppata da Vree Health, società del gruppo MSD Italia – siano sempre più spesso utilizzate per rendere fruibili i servizi di telemedicina come televisite e telemonitoraggio coinvolgendo medici, pazienti e strutture sanitarie.

Difficoltà irrisolte e spinta propulsiva

L'apparente cambio di mentalità collettiva non è però sufficiente di per sé a superare tutte le criticità

che ancora esistono a proposito di adozione del digitale. Frammentazione territoriale, disparità tra regioni, inefficienze e diseguaglianze nelle possibilità di accesso di pazienti sono ancora problemi aperti, soprattutto se l'obiettivo finale è quello di realizzare un reale paziente-centrismo, con continuità assistenziale e una solida rete di prevenzione. A cui si aggiunge, secondo la più recente rilevazione dell'Osservatorio innovazione digitale in sanità, la preparazione ancora insufficiente del personale sanitario in aree come la digital literacy e le competenze di eHealth, con un livello soddisfacente raggiunto dal 4% appena dei medici.

E proprio a proposito di disparità tra regioni, alcuni dati eloquenti sono emersi dal rapporto di inizio 2021 su *Telemedicina e digitalizzazione dei servizi sanitari*. Cinque regioni italiane hanno raggiunto il 100% di attuazione del fascicolo sanitario elettronico – Lombardia, Puglia, Sicilia, Toscana e Valle D'Aosta – ma dall'altro lato ci sono l'Abruzzo fermo al 36% e la Calabria che non è nemmeno partita con la sua realizzazione. E pure tra le regioni apparentemente più virtuose ci sono differenze importanti in termini di utilizzo reale: in 9 regioni meno del 10% dei medici ha utilizzato il fascicolo sanitario elettronico, mentre per Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Sardegna e Valle d'Aosta siamo al 100%, e con pochissimi punti di scarto si collocano anche Veneto, Puglia e provincia autonoma di Trento.

Se è vero che ci troviamo in un momento storico di forte spinta verso il digitale, le risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Pnrr) per la salute potrebbero rappresentare il carburante decisivo per procedere spediti.

Per l'assistenza di prossimità e la telemedicina, per esempio, le risorse destinate ammontano a 7,9 miliardi di euro, per implementare reti di assistenza socio-sanitaria, creare omogeneità territoriale, potenziare la prevenzione e integrare ospedali, servizi sanitari locali e servizi sociali, dove le soluzioni di salute connessa possono davvero fare la differenza. In innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria sono invece investiti 11,8 miliardi di euro, per rafforzare i sistemi informativi sanitari a tutti i livelli, promuovere una più ampia diffusione della cartella clinica elettronica e gestire il problema dell'obsolescenza delle apparecchiature più datate. Oltre a promuovere tutto l'occorrente affinché le strutture sanitarie diventino non solo più digitali, ma anche più sicure e sostenibili.

Ci sono comunque già alcune ottime notizie: il 37% delle persone sfrutta il ritiro online dei documenti clinici, il 26% la prenotazione via internet di visite ed esami, il 17% il pagamento online. E anche se a livello di consapevolezza è ancora poco chiaro cosa distingue app per la salute e terapie digitali – con meno di un terzo dei sanitari che ne è a conoscenza – tanto i medici di medicina generale quanto gli specialisti sono interessati a soluzioni digitali che possano accompagnare i pazienti nel migliorare l'aderenza terapeutica (60%), l'alimentazione (71%) e l'attività fisica (66%). Insomma, il cambiare volto alla sanità grazie al digitale è una trasformazione che gran parte del paese attende impaziente.

LUCI E OMBRE SULLA DIGITALIZZAZIONE DELLA SANITÀ IN ITALIA E IN EUROPA

(da M.D. Digital) ‘Deloitte Centre for Health Solutions’ - centro di ricerca di Deloitte specializzato nelle tematiche e nelle pratiche legate alla Sanità - ha pubblicato qualche mese fa il report “Digital transformation: Shaping the future of European healthcare”, un’analisi sullo stato attuale della digitalizzazione della sanità in Europa e sul ruolo della tecnologia nel trasformare il modo di lavorare degli operatori sanitari e di interagire con i pazienti, con focus specifico su 7 Paesi, tra cui l’Italia.

I risultati emergono da una rilevazione condotta tra marzo e aprile 2020 su circa 1.800 operatori sanitari (401 in Italia) e 40 interviste a stakeholder del settore in tutta Europa.

In un contesto in cui cresce sempre più la pressione sui sistemi sanitari, che devono affrontare i cambiamenti demografici in atto nella società – sempre più anziana e fragile – ed organizzarsi per far fronte ad emergenze come quella legata al Covid-19, l’Europa sta procedendo nel suo percorso di trasformazione digitale, tra nuove tecnologie che si diffondono, la necessità di definire strategie digitali e la crescente rilevanza dei dati per la cura e la salute della persona.

Stato attuale e sfide della trasformazione digitale in Europa

Il livello di adozione e l’utilizzo di tecnologie digitali in ambito sanitario varia sia all’interno dei singoli Paesi, sia tra i Paesi stessi. Ad oggi le tecnologie maggiormente in uso in tutta Europa sono la cartella clinica elettronica, utilizzata dall’81% degli operatori sanitari (dal 69% in Italia), e i sistemi di prescrizione elettronici, adottati dal 62% degli operatori in Europa (dal 67% in Italia).

Il settore d’altra parte non resta fermo di fronte alla comparsa delle tecnologie più innovative, come la robotica e l’intelligenza artificiale: in Europa - così come in Italia - il 5% degli operatori intervistato dichiara di stare già utilizzando nelle proprie organizzazioni soluzioni di intelligenza artificiale; infine, anche la robotica comincia ad essere utilizzata nelle strutture e dagli operatori sanitari, l’8% degli intervistati in Europa e in Italia, percentuale che sale al 13% in Germania.

Gli ostacoli. La strada verso la trasformazione digitale non è d’altra parte priva di ostacoli. Tra i principali freni all’implementazione di tecnologie digitali emerge in particolare il tema della burocrazia, citata dal 57% degli intervistati in Europa, percentuale che sale al 64% per l’Italia, al 61% per la Germania e al 67% per il Portogallo.

Anche il costo della tecnologia risulta essere un ostacolo ricorrente, ripreso dal 50% dei rispondenti a livello Europeo (dal 42% in Italia).

Infine, risulta spesso critica anche l’individuazione delle giuste tecnologie da implementare, come dichiarato in generale dal 49% dei rispondenti in Europa; per il caso italiano questo aspetto risulta meno rilevante, mentre si guarda piuttosto alla necessità di formare il personale ad un adeguato uso della tecnologia, una delle principali sfide per il 47% dei rispondenti italiani.

“Quando si parla di trasformazione digitale nella sanità bisogna tenere presente che non è una questione di tecnologia, ma di cultura, si tratta di cambiamenti organizzativi e di processo all’interno dei quali le tecnologie possono aumentare i benefici per i pazienti, gli operatori e il sistema sanitario nel suo complesso” afferma Guido Borsani, Government & Public Services Industry Leader di Deloitte Italia.

L’emergenza Covid-19 sta accelerando l’azione delle tecnologie digitali in ambito sanitario. L’utilizzo di tecnologie digitali in ambito sanitario ha subito un’accelerazione a seguito dell’emergenza Covid-19.

Il 65% dei rispondenti in Europa dichiara infatti che la propria organizzazione ha incrementato l’impiego di tecnologie digitali per supportare il lavoro degli operatori sanitari a seguito dell’emergenza Covid-19; percentuale analoga (66%) per l’Italia, dove il 29% dichiara di non avere assistito a cambiamenti nell’utilizzo delle tecnologie.

Per quanto riguarda invece l’utilizzo di tecnologie digitali per fornire supporto e modalità di ingaggio virtuali ai pazienti, il 64% dei rispondenti in Europa dichiara di aver assistito in generale ad un

incremento, percentuale simile anche per gli operatori italiani. In generale, sia per quanto riguarda le tecnologie rivolte agli operatori sanitari sia per quelle destinate ai pazienti, sono soprattutto i medici di medicina generale che dichiarano di avere assistito ad un incremento nel loro utilizzo durante l'emergenza Covid-19.

Le 4P nel futuro del sistema sanitario in Europa

Lo studio mette inoltre in evidenza quattro direttrici nel futuro della trasformazione digitale del sistema sanitario e della medicina, dove le tecnologie più innovative avranno un ruolo fondamentale:

La medicina sarà **Personalizzata**, grazie allo sviluppo della genomica e alla disponibilità di dati in questo campo, per consentire terapie cliniche più precise e lo sviluppo più rapido di farmaci, oltre che la possibilità di intervenire anche preventivamente per la cura delle malattie.

La medicina sarà **Predittiva**, abilitata dall'intelligenza artificiale. Il machine learning può infatti abilitare sistemi di early-warning per gli operatori sanitari relativamente allo stato dei pazienti già ricoverati nelle strutture; così come il deep learning può – ad esempio – supportare nell'interpretazione automatica delle immagini mediche.

La medicina sarà **Preventiva**, integrando ad esempio i dati e le informazioni già presenti nelle cartelle cliniche elettroniche con quelli provenienti da dispositivi wearable, così da individuare tempestivamente eventuali cambiamenti nelle condizioni di salute di un paziente.

La medicina sarà **Partecipativa**, adottando un approccio che metta al centro il paziente e faciliti la sua interazione con il sistema sanitario in generale, oltre che incoraggi la diffusione di competenze e tecnologie digitali tra i pazienti.

“Come fare per favorire il processo di trasformazione digitale della sanità? Il cambiamento passa indubbiamente dall'implementazione di cartelle cliniche aperte e accessibili, dalla definizione di standard di interoperabilità che tengano conto dei principi di privacy e sicurezza dei dati, così come dalla creazione di un'infrastruttura IT per la sanità che sia robusta, connessa e sicura - conclude Guido Borsani - senza tralasciare poi il tema della necessità di un framework per la governance dell'intero processo (in un Paese come il nostro in cui la sanità è regionalizzata) e dello sviluppo delle competenze digitali necessarie perché la trasformazione abbia successo”.

Consiglio Direttivo

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

Commissione Albo Odontoiatri

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

Collegio dei Revisori dei Conti

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



Sede

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

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