

SCUOLA DI RICERCA

CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE



LA MEDICINA GENERALE IN RICERCA

CI RACCONTIAMO
XIV EDIZIONE

A cura di Maria Zamparella

Redazione:

Emanuela Angela Castoro, Antonio Centrone, Nicola Cofano, Di Martino Francesco, Stefano Genova, Stefania Manzari, Margherita Sblendorio, Angela Serafino, Teresa Tricarico, Vita Verzillo, Maria Zamparella

La RICERCA In Cure Primarie

"Continuiamo a raccontarci..."

a cura di Maria Zamparella

UNA FINESTRA SUI
NOSTRI LAVORI

ACCEPT FOR PRESENTATION
WORLD WONCA 2023



Contact
ID: 2543
Dr Maria Zamparella
ASL BARI
zamparella.maria@gmail.com

Abstract ID 725

Title: E-cyg and heat not burn: smoking cessation devices? The need of a correct information on the benefits and risks by general practitioners

Authors: M. Zamparella, A. Catino, C. Buono, A. Ambron, M. Zinfollino, S. Manzari, D. Bafunno, N. Calabrese, D. Galetta

Background: Smoking causes the death of 6 million people every year. In Italy 24.2% of the population is smoker and has been growing in the past year, including subjects smoking heated tobacco (3,3% in 2022 vs 1.1% in 2019).

"Continuiamo a raccontarci..."

Siamo alla XIV edizione, l'ultima per il Triennio 2019-2022 che termina il prossimo 28 settembre.

Un nuovo Triennio, da me coordinato, è iniziato lo scorso 12 maggio, continuerà il mio impegno a sensibilizzare i nuovi futuri medici di assistenza primaria (MAP) alla ricerca in Cure Primarie. Il risultato raggiunto, l'impegno e l'entusiasmo di molti dei colleghi in Formazione Specifica del Triennio 2019-2022 ha gratificato tutti noi e, arricchito il percorso formativo di contenuti scientifici, di conoscenze, di sapere e di competenze, utili a svolgere e migliorare l'assistenza in Primary Care e all'"effectiveness e efficiency" del benessere psico-fisico di ogni persona.

L'altro impegno con i colleghi in Formazione Specifica del Triennio 2019-2022 è stato quello di riconoscere alla memoria della nostra cara collega scomparsa Debora Bovino e, di offrire alla sua famiglia, il titolo simbolico di Medico di Medicina Generale; sarà dedicato e celebrato un evento commemorativo.

Inoltre, in questa edizione riporto un articolo che è stato pubblicato lo scorso 11 maggio su quotidiano Sanità, dove in qualità di primo autore ho riportato le riflessioni di un progetto di studio sulla metodologia Balint, utile alla fatica della cura per le figure sanitarie e socio-sanitarie e, sull'attuale violenza che le stesse figure stanno subendo. Lo scorso 6 maggio è stato svolto e condiviso con il Presidente Filippo Anelli e la Coordinatrice del gruppo "Agapanto, Progetto Donne OMCeO Bari", un congresso dal titolo "La violenza in sanità e la fatica della cura. Il metodo Balint come supporto ai curanti", ha registrato molta partecipazione ed interesse.

Information and prevention are essential tools of Tobacco control and MAP are actively involved .

Aims: to evaluate the smoking habits of enrolled subjects, to assess their opinion about e-Cigarettes (e-Cig) and Heat-not-Burn (HnB) devices, about smoke cessation approaches and Antismoking Centers available within the area of residence .

Materials and Methods: From April 2022 to April 2023, 130 questionnaires were collected online (website of Oncology Institute and FIMMG) and in paper form during Open Days held in the MAP office with pneumologists, oncologists and psychologist belonging to the Antismoking Center of Oncology Institute of Bari.

Results: Among the subjects enrolled (56,7% Females, 43,3% Males) 74,6% smoke cigarettes , 22,3% uses HnB devices, 3,1% e-Cigs .

67% of subjects had previously tried to quit smoking; the reasons were health preservation in 53,5% of cases, and cost saving in 16,7%. Among those who quit, 47,6% used E-Cyg or HnB, 28,6% nicotin gums or sublingual tablets, 16,7% by psychotherapeutic approach. 40% of subjects had not been informed about cessation by anyone; family members and MAP advised about it in 32,1 %

"Continuiamo a raccontarci..."

..... poiché

"La ricerca soddisfa i bisogni professionali ed in tal senso la ricerca può fornire motivazioni. La ricerca è Formazione".



Maria Zamparella
zamparella.maria@gmail.com

and 6,1% of cases, respectively.

Conclusions: Our findings confirm the lack of a correct information about devices and smoke cessation approaches, as well as about the availability of Antismoking centers. The MAP is a key figure to achieve the “empowerment” of the smoking cessation journey, both through information and advising on smoke cessation approaches. The forthcoming evaluation of the final results from the participants to the Open Days will add useful information about the paths undertaken and their outcome.



“Quando l’infodemia bussa alla porta del Medico di Medicina Generale: sfida e opportunità per una comunicazione efficace con gli assistiti”

La diffusione delle tecnologie digitali e dei social media ha reso l'accesso alle informazioni molto più facile e veloce di quanto non lo fosse in passato. Tuttavia, la fruizione facilitata delle informazioni ha anche portato all'emergere di un nuovo fenomeno: l'infodemia. L’infodemia può essere definita come la rapida diffusione di informazioni, spesso inaccurate o false, che possono causare confusione e allarme nella popolazione.

Tale fenomeno trova in ambito sanitario un’ espressione a dir poco preoccupante, per via delle potenziali implicazioni negative sulla salute delle persone e della comunità.

Ciò è stato particolarmente evidente nelle fasi più critiche della pandemia da SARS-CoV-2. L'obiettivo di questo articolo è quello di esaminare il fenomeno dell'infodemia, il suo impatto sulla salute pubblica, il ruolo che può svolgere il Medico di Medicina Generale per prevenirla e gestirla.

Che cos’è l’infodemia?

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) [1], l'infodemia può essere definita come la diffusione rapidissima di una grande quantità di informazioni - alcune accurate e altre no - riguardanti una specifica problematica che rende difficile l'individuazione delle fonti affidabili e delle informazioni utili.

Il termine, coniato dall’OMS durante l'epidemia di Severe acute respiratory syndrome (SARS) nel 2003, è stato in gran parte inutilizzato e dimenticato fino al periodo del COVID-19, quando il Dott. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Direttore Generale dell’OMS, alle prese con un’epidemia, e successivamente con una pandemia, ha dichiarato alla Conferenza sulla sicurezza di Monaco il 15 febbraio 2020 “Non stiamo solo combattendo un’epidemia, stiamo combattendo un’infodemia”. [2]

UNA FINESTRA SUI
NOSTRI LAVORI

ACCEPT FOR PRESENTATION
WORLD WONCA 2023



Contact
ID: 2543
Dr Maria Zamparella
ASL BARI
zamparella.maria@gmail.com

Abstract ID 731

Title: TRANSITIONAL CARE for adolescent management by GP. Oncology and prevention of non transmissible chronic diseases
La prevenzione oncologica e delle

Authors: Maria Zamparella, Teresa Tricarico, Emanuela Castoro, Margherita Sblendorio, Teresa Perillo

Background: Transitional Care with the global management of the adolescent from the MAP needs psychological support but also the prevention of MCNTs and oncological pathologies. The NHS does not provide all the needs of adolescence, the major criticalities of Transitional Care are the absence of L.G.

“ Quando l’infodemia bussa alla porta del Medico di Medicina Generale: sfida e opportunità per una comunicazione efficace con gli assistiti”

Da cosa è caratterizzata un’infodemia?

Gli elementi principali dell’infodemia sono il volume di informazioni generate, la velocità con cui questo avviene e la qualità dell’informazione stessa.

Quando inizia un’infodemia, le informazioni iniziano a spuntare da fonti distribuite geograficamente in tutto il mondo. Le informazioni vengono trasmesse e condivise viaggiando velocemente attraverso app e piattaforme di social media, forum online, siti di notizie, televisione, radio e altri canali.

Con una capacità di diffusione così rapida e ramificata il tempo a disposizione per valutare la validità o la qualità di nuove evidenze è molto limitato. [2]

Misinformazione, disinformazione o malinformazione?

Per quanto riguarda la qualità dell’informazione possiamo distinguere la “misinformazione” (un’informazione semplicemente sbagliata o inutile) dalla “disinformazione” (che, in più, è stata deliberatamente distorta per accordarsi con una posizione politica, ideologica o dottrina). Un’altra categoria di informazioni errate è la “malinformazione” ovvero le informazioni utilizzate per arrecare danno a una persona, un gruppo sociale, un’organizzazione o un Paese.

Naturalmente, queste categorie non rimangono distinte. Le persone che raccolgono disinformazione e poi la trasmettono semplicemente perché credono che sia vera (piuttosto che per promuovere una particolare visione politica o ideologica) diffondono quindi disinformazione, dal momento che condividono informazioni che onestamente credono siano vere, ma che qualcun altro ha fabbricato per le proprie ragioni. [2]

Che conseguenze può avere?

In questo tsunami virtuale di dati e consigli vi sono anche informazioni corrette e di buona qualità e ciò rende difficile per le persone di ogni ceto

shared between MAP, Pls and oncologists.

Aim: the perception of the adolescent age (13-19 years) of the MAP/Pls and the doctor-patient relationship during Transitional Care; the management of neoplasms in adolescents (0.2% between 14-19 years) and long-term survivors (30,000 in Italy, survival=5 years=80%).

Materials and Methods: Survey disclosed online to MAP and Pls of ASL Bari from April to July 2022.

Results: 102 physicians: 50.5%Pls-49.5% MAP, 62% F; 58.66% between 60-70 years, 36.4% between 40-59 years, <40 years 5.1%. 800/1300 assisted for 46.5%, about 30 adolescents for 60%, for which only 12.2% carry out a monthly visit useful for the evaluation of neurobiological development. 90% go to the MAP/Pls with their parents or other relatives, 86% go for acute events, 45% for vaccinations and 3% for cardiovascular diseases or addictions. 57.6% of the MAP/Pls identified a tumor pathology in adolescents, for 13.7% leukemia/lymphomas. The management of

“ Quando l’infodemia bussa alla porta del Medico di Medicina Generale: sfida e opportunità per una comunicazione efficace con gli assistiti”

sociale trovare messaggi chiari, fonti affidabili e una guida affidabile quando ne hanno bisogno.

Nel contesto della pandemia di COVID-19, l'infodemia è stata esacerbata dalla portata globale dell'emergenza e propagata dal modo fondamentalmente interconnesso in cui le informazioni vengono diffuse e consumate attraverso piattaforme di social media e altri canali. [3]

La diffusione delle “fake news” digitali può avere un impatto reale sulla salute delle persone spingendole a comportamenti irresponsabili e pericolosi per il singolo individuo e per la comunità, porta alla sfiducia nelle autorità sanitarie e mina la risposta della sanità pubblica. [1]

Parte dei diffusi comportamenti di riluttanza al corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI), al rispetto del distanziamento sociale e l’esitazione vaccinale possono sicuramente essere addebitati all’infodemia. [4]

Come affrontare un’infodemia?

La gestione è complessa in quanto la capacità di comprendere e interpretare le informazioni che si ricevono dipendono molto dalle capacità cognitive, dai livelli di istruzione e dal background socio-culturale individuale.

L’infodemia è un fenomeno di recente identificazione e di difficile gestione. Prevede la cooperazione e il coordinamento tra governi, organizzazioni internazionali, autorità sanitarie pubbliche, giornalisti, esperti di fact-checking, community, social media, settore privato, mondo accademico ed altre parti. [5]

Il Medico di Medicina Generale può svolgere un ruolo nel contrasto all’infodemia?

neoplasms in adolescents is the same as for adults for 33.7% of MAPs, 89% are sent to the adolescent oncological center and 11.1% to the adult one. 80.6% do not know the oncological PDTA for adolescents and 79.4% do not know the management of long-term survivors.

Conclusions: Differences were found: approach and management of adolescent health between MAP and Pls; lack of appropriate adolescent screening protocols and cancer patient management; need for multidisciplinary outpatient clinics for Transitional Care, Guidelines and PDTA for the prevention of MCNT and oncology and for the follow-up of cancer survivors.



“ Quando l’infodemia bussa alla porta del Medico di Medicina Generale: sfida e opportunità per una comunicazione efficace con gli assistiti”

L’infodemia è una delle nuove sfide che riguardano anche il Medico di Medicina Generale. Il rapporto medico-assistito è cambiato molto negli ultimi anni e questo può essere in parte spiegato dai nuovi strumenti a disposizione per ottenere informazioni sulla propria salute e sulla salute dei propri cari. Il Medico di Medicina Generale fino a pochi decenni fa era, nella maggior parte dei casi, l’unica fonte di notizie e di chiarimenti in ambito sanitario per i propri assistiti. Attualmente Internet rappresenta il primo luogo dove le persone cercano informazioni sulla salute [6]. Qui l’offerta è cresciuta parallelamente all’aumento della domanda ed è probabile che con i nuovi sistemi di Intelligenza Artificiale la tendenza si accentui ulteriormente. Prendere coscienza di questi cambiamenti (e accettarli) può essere un primo passo per ripensare al ruolo del Medico di Medicina Generale, per comprendere meglio le insicurezze dei propri assistiti e per ottenere una comunicazione più efficace con loro.

Otto atteggiamenti che possono limitare la diffusione dell’infodemia.

Saper ascoltare.

Ascoltare attentamente le preoccupazioni e le domande degli assistiti, facendo attenzione ai vissuti emotivi permette al medico di affrontare tali preoccupazioni in modo empatico e di fornire rassicurazioni.

Identificare l’infodemia.

Identificare l’informazione errata è il primo passo per contrastarla.

Evitare di ridicolizzare la tesi dell’interlocutore.

Ridicolizzare le opinioni o le tesi dell’assistito, oltre a rappresentare una mancanza di rispetto, può minare la fiducia che questi ha nei confronti del medico. La fiducia è un elemento fondamentale nella relazione medico-assistito e rappresenta un terreno ideale per una comunicazione aperta e sincera.

“ Quando l’infodemia bussa alla porta del Medico di Medicina Generale: sfida e opportunità per una comunicazione efficace con gli assistiti”

L'ascolto attento e il rispetto delle emozioni sono fondamentali per stabilire una comunicazione efficace e fornire un sostegno adeguato.

Basare le proprie affermazioni sul grado di evidenza disponibile in letteratura.

La conoscenza medica è in continua evoluzione e l’aggiornamento costante è ciò che consente al medico di adattarsi ai nuovi sviluppi, fornendo un’assistenza basata sulle migliori evidenze disponibili.

Adattare il linguaggio.

Comunicare le informazioni scientifiche in modo chiaro e comprensibile, adattando le informazioni al background socio-culturale dell’interlocutore favorisce una comunicazione più efficace.

Coinvolgimento attivo dell’assistito.

Quando il medico coinvolge attivamente l’assistito nella comunicazione delle informazioni, nel processo decisionale e nella pianificazione delle cure, ne promuove l’empowerment favorendo scelte più consapevoli sulla propria salute.

Valutare la comprensione delle informazioni fornite.

Essenziale per garantire che si possano prendere decisioni informate e consapevoli sulla base di tali informazioni.

Valutare la possibilità di utilizzare gli strumenti digitali e i social media come canali efficaci per la divulgazione di informazioni scientifiche.

In conclusione, l’infodemia è un fenomeno di recente identificazione che impatta molto nella pratica clinica del Medico di Medicina Generale, il cui ruolo è cambiato negli ultimi decenni. Una comunicazione scientifica aggiornata ed efficace (anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali e





“ Quando l’infodemia bussa alla porta del Medico di Medicina Generale: sfida e opportunità per una comunicazione efficace con gli assistiti”

social media) non solo rappresenta uno strumento fondamentale nella lotta all’infodemia ma può rappresentare una delle possibilità per rafforzare quel rapporto di fiducia e stima reciproca che dovrebbe essere alla base della relazione medico-assistito e dell’alleanza terapeutica.

Stefano Genova

Bibliografia

1. World Health Organization. (2020). "Infodemic" in the Context of the COVID-19 Pandemic. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/infodemic-in-the-context-of-the-covid-19-pandemic>.
2. Zielinski C. Infodemics and infodemiology: a short history, a long future. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e40. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.40>



NEWS



NEWS

**LA VIOLENZA IN SANITA' E
LA FATICA DELLA CURA: IL
METODO BALINT COME
SUPPORTO AI CURANTI**

**Autori: M. Zamparella, M.
Monteduro, F. Anelli**

Parole chiave: *Violenza in Sanità, Operatori Sanitari e Sociosanitari, Aggressione, Data Survey, Dati ONSEPS e FNOMCeO, Patient Safety & Worker Safety, Etica della Cura, Comunicazione è tempo di cura, Relazione di Cura, Psicologia Medica, Metodologia Balint- Gruppi Balint*

INNOVAZIONE

**LE NUOVE FORME ASSOCIATIVE:
..... NELL'ATTESA DELL'AIR PUGLIA PER L'ATTUALE ACCORDO
COLLETTIVO NAZIONALE DELLA MEDICINA GENERALE!!!**

Lo scorso 28 aprile 2022 è stato siglato il nuovo Accordo Collettivo Nazionale della medicina generale relativo al triennio 2016-2018 ispirato alla legge 189/2012, il così detto "decreto Balduzzi", il cui obiettivo è la definizione di un nuovo modello di sanità territoriale volto a fronteggiare nuove sfide: longevità della popolazione, incremento di patologie croniche e la presa in carico globale socio-sanitaria di ogni persona.

Gli eventi socio-culturali accaduti negli ultimi tempi compresa la pandemia da Sars-Cov 2, hanno affermato la necessità di iniziare quel processo di riforma atteso da troppi anni e che non può più essere ritardato.

La promozione del lavoro di equipe, la realizzazione di reti territoriali monoprofessionali (AFT), l'integrazione interdisciplinare e il "Ruolo Unico", la prospettiva delle integrazioni multidisciplinare attraverso le UCCP, sono i capisaldi attraverso cui nasce e si rafforza l'attuale accordo della medicina generale.

Il momento storico che stiamo vivendo quindi, sancisce l'istituzione di forme organizzative monoprofessionali e multiprofessionali il che passa attraverso atti di programmazione regionale, entro sei mesi dall'entrata in vigore dell'ACN, e dalla stipula degli AIR (accordi integrativi regionali), entro ulteriori 12 mesi.

Entrando nel dettaglio nell'istituzione delle forme associative, con l'Art. 8 del presente accordo viene esplicitato come le AFT (aggregazioni funzionali territoriali), costituiscono le cosiddette forme associative monoprofessionali, dislocate in tutto il territorio regionale e collegate funzionalmente tramite sistemi informatici e informativi con le UCCP (Unità complesse di Cure Primarie), forme organizzative multiprofessionali con presidi e sedi di riferimento individuate dall'Aziende Sanitarie ed operanti per differenti forme di complessità.

Importante e sostanziale differenza rispetto al pregresso ACN, è la scomparsa della figura del medico di assistenza primaria e del medico di continuità assistenziale, dando vita all'istituzione del così detto "medico a ruolo unico".

Lo scorso 6 maggio si è svolto a Bari un congresso, organizzato dal gruppo Donne Medico OMCeO Bari "Agapanto", per Manifestare e Proclamare la Violenza in Sanità e per offrire strumenti utili agli operatori sanitari e sociosanitari ad alleviare la "Fatica della Cura" e soprattutto per sottolineare che è ...**"il Tempo di Fare..."**.

I temi trattati e argomentati hanno riguardato:

◊ la necessità di lavorare in sicurezza con l'affermazione della cultura dell'etica nella relazione di cura e della cultura del "Patient Safety & Worker Safety";

◊ la necessità di apprendere le metodologie per saper comunicare, *di recuperare la psicologia Medica* nella formazione post e Universitaria, fondamentale nei percorsi di cura e diagnosi per l'Umanizzazione e il raggiungimento dell'Empowerment. Tanto, per migliorare la relazione di cura, per svolgere in benessere il lavoro e per ridurre con un moderno sistema di cure i fattori di stress e di burn-out;

LE NUOVE FORME ASSOCIATIVE:

..... NELL'ATTESA DELL'AIR PUGLIA PER L'ATTUALE ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE DELLA MEDICINA GENERALE!!!

Tale figura contiene intrinsecamente la definizione dicotomica di medico a ciclo di scelta (ex assistenza primaria) e medico a quota oraria (ex continuità assistenziale). Il medico a ruolo unico a ciclo di scelta è:

- colui che assume il governo clinico del processo assistenziale relativo a ciascun assistito che abbia esercitato la libera scelta nell'ambito del rapporto fiduciario medico-paziente;
- parte attiva della continuità dell'assistenza per gli assistiti nell'ambito dell'organizzazione regionale;
- persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse in attuazione del programma regionale, come citato nell'Art.43 del presente accordo.

L'Art. 44 invece definisce il medico di ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, fornendo prestazioni ambulatoriali e domiciliari al fine di contribuire alla continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata. L'attività oraria diventa a pieno titolo ambulatoriale e non più territoriale, anche attraverso l'utilizzo di studi medici come definito dall'Art. 35 comma 1.

A seconda delle esigenze territoriali, la continuità assistenziale può essere integrata con personale infermieristico, e ubicata presso una sede propria o in prossimità di un DEA di I o II livello, ma soprattutto organizzando fasce orarie che consentano una maggiore copertura del territorio in orario diurno e una ridotta presenza in orario notturno avanzato (h.24.00-8.00), garantendo una adeguata integrazione con la rete degli studi medici convenzionati con copertura h.24, disciplinato con protocolli di interventi condivisi con il servizio di emergenza-urgenza 118.

Come possono integrarsi i finanziamenti economici europei per il piano nazionale di ripresa e resilienza (P.N.R.R.), il decreto ministeriale 77 (D.M.77) con l'attuale accordo per la medicina generale e il piano di programmazione e riorganizzazione territoriale regionale?

Il PNRR così come è stato concepito è un piano prettamente strutturale, mentre l'ACN regola i rapporti di lavoro.

◊ la necessità di conoscere ed apprendere la metodologia Balint, collaudata come formazione di gruppo e come strumento di supporto al curante, per lo sviluppo delle competenze emotivo-relazionali dello stesso.

Creata originariamente per l'addestramento psicologico dei medici di famiglia e, adattata successivamente ad altre figure professionali.

L'approccio balintiano considera di fondamentale importanza la comunicazione efficace e terapeutica tra professionista e paziente.

Il tema dell'aggressività e della violenza contro gli operatori sanitari e socio-sanitari ha acquisito negli ultimi tempi un'importanza crescente per i ripetuti episodi di aggressione fisica e verbale diventati un problema di rilevanza sociale ed un indicatore di trasformazioni culturali, nella percezione che le persone hanno dei diritti e doveri sanciti dal Sistema Sanitario Nazionale. *È dal rispetto reciproco che nasce una relazione che è alla base del*

LE NUOVE FORME ASSOCIATIVE:

..... NELL'ATTESA DELL'AIR PUGLIA PER L'ATTUALE ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE DELLA MEDICINA GENERALE!!!

In realtà il PNRR, che in una prima versione non aveva tenuto affatto conto dell'assetto che veniva fuori dall'attuale ACN, in una fase finale definito dal DM77, ha ridisegnato i propri contenuti considerando l'eventuale riorganizzazione della sanità territoriale.

Ad esempio, lo stesso concetto di "Case della Comunità", suddivise in organizzazioni di hub e spoke, come definito nello stesso D.M. 77, richiamano la ipotetica possibilità di organizzazione e cooperazione con le AFT e UCCP, che sarebbero le strutture attraverso cui si istituirebbe la presenza del medico di medicina generale. Allo stato attuale e in questa fase di contrattazione e programmazione regionale, consapevoli delle attuali forme associative presenti sul territorio, che evolveranno in AFT, l'evoluzione naturale potrebbe essere quella di rafforzare e consolidare le forme associative esistenti ridisegnanole all'interno del concetto di strutture spoke delle case di comunità con un'assistenza di medici di ruolo unico a libera scelta e a quota oraria che andrebbero a garantire una assistenza durante le ore diurne con un modello h.16 (dalle 8.00 a 24.00); mentre le UCCP potrebbero essere improntate come strutture hub delle case di comunità con livelli di complessità che potrebbe prevedere anche l'istituzione di micro-team (medico, infermiere e collaboratore) con possibilità di assistenza h.24.

In questo clima di "incertezze" una valutazione prioritaria deve essere fatta a livello nazionale e regionale, al fine di poter adeguatamente individuare il corretto assetto dislocativo delle case della comunità hub, e conseguentemente definire e programmare l'organigramma come regione e come azienda sanitaria locale, della disposizione delle case della comunità spoke.

La staticità decisionale che in questo momento si osserva in gran parte delle regioni italiane nel siglare gli accordi integrativi regionali, è in evidente contrasto con le decisioni governative, tanto che ad inizio anno 2023 la SISAC è stata autorizzata ad attivare il tavolo negoziale per il triennio 2019-2021 al fine di dar seguito alle esigenze prospettate in premessa.

In particolare la contrattazione tra la Struttura di rappresentanza negoziale delle Regioni e delle Province Autonome e le OO.SS. rappresentative di settore, dovranno disporre in merito alla concreta declinazione della

percorso di cura e di un vivere civile.

Nel 2007 il Ministero della Salute ha emanato una specifica raccomandazione per migliorare la qualità e la sicurezza delle cure e ha inserito gli “atti di violenza a danno di operatore” fra gli Eventi Sentinella che devono essere segnalati attraverso il flusso SIMES. Con la legge 14 agosto 2020, n. 113 avente ad oggetto all’art. 2 “**Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni**”, si è istituito l’Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie (ONSEP), con specifici compiti di monitoraggio, studio e promozione di iniziative volte a garantire la sicurezza dei professionisti. I componenti dell’ONSEP sono stati nominati con decreto del Ministro della salute del 17 febbraio 2022, per metà sono donne.

Testimonianza degli atti di violenza in Sanità, aumentati nel post-pandemia, sono i dati dell’Osservatorio FNOMCeO e quelli evidenziati

LE NUOVE FORME ASSOCIATIVE:

..... NELL’ATTESA DELL’AIR PUGLIA PER L’ATTUALE ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE DELLA MEDICINA GENERALE!!!

clausola negoziale del precedente triennio riferito al 2016-2018 riguardante gli “obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale” tramite le AFT della medicina generale, operanti fisicamente o meno nelle Case di Comunità, che dovranno garantire la presa in carico del paziente cronico e delle persone a rischio di cronicità. Le UCCP erogheranno tramite il team multidisciplinare, prestazioni specialistiche e/o diagnostiche che saranno programmate ed organizzate dall’Azienda anche attivando le AFT della medicina generale, della pediatria di libera scelta, della specialistica ambulatoriale attivando il personale sanitario e sociosanitario.

Viene riportato il testo dell’atto di indirizzo della SISAC:

“In caso di necessità di riscontro specialistico o diagnostico il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta, tramite il collegamento telematico della propria AFT con la UCCP, programmano e comunicano direttamente all’assistito il riferimento e la tempistica della prestazione specialistica e/o diagnostica, attivando le procedure disposte dall’Azienda”. Ogni AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta, in accordo con la stratificazione della complessità definita dall’Azienda, si assume il compito di identificare ed arruolare i pazienti cronici tra gli assistiti in carico ai medici o pediatri che vi operano, attivando nei loro confronti forme di assistenza proattiva con contatto programmato dell’assistito, sulla base delle indicazioni dell’Azienda, con verifica del rispetto del PAI a ciascuno di essi assegnato, con azione di monitoraggio e controllo della adesione alle prescrizioni farmacologiche e terapeutiche. Nello sviluppo di tale modello assistenziale le AFT e le UCCP necessiteranno della fornitura di personale con priorità per le forme organizzative Operanti nelle Case di Comunità ovvero dei medici operanti nelle aree disperse o disagiate, e di strumenti diagnostici assegnati ai sensi del DM 29 luglio 2022. In tali strutture i medici di medicina generale, unitamente ai pediatri di libera scelta, agli specialisti ambulatoriali ed ai dipendenti medici, sanitari ed amministrativi, operano in modo stabile, ovvero prevalente, parziale o in raccordo. Tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria ed i pediatri appartenenti all’AFT garantiscono l’assistenza a tutti gli assistiti dalle ore 8,00 alle ore 20,00, sette giorni su sette, con alternanza articolata dell’apertura degli studi ovvero presso la sede di riferimento della AFT.

da una Survey, "La Cultura della Sicurezza: "A NOI CHI CI PENSA?", a cura di Maria Zamparella con la collaborazione di Mariantonietta Monteduro e Teresa Tricarico. La Survey, divulgata in Regione Puglia a tutti gli operatori sanitari e socio-sanitari, è stata compilata da circa 1000 operatori che lavorano nell'ambito del SSN (fig. 1), ha indagato su come gli stessi possano difendersi, affermare il loro ruolo professionale, sostenersi e promuovere una cultura della comunicazione. Si evince (fig. 2) che la relazione curante-paziente è cambiata, vi è rassegnazione alla violenza, nessun operatore (l'80%) si sente sicuro nel luogo di lavoro e protetto (il 95%) dalle Istituzioni, la metodologia Balint come supporto ai curanti è poco conosciuta e poco utilizzata e, che la **Comunicazione è tempo di cura**, come riconosciuto dalla Carta di Ottawa sottoscritta nel 1986 con gli stati appartenenti all'OMS.

I dettagli sono evidenziati nelle figure: 3 - 4 - 5 e 6.

LE NUOVE FORME ASSOCIATIVE:

..... NELL'ATTESA DELL'AIR PUGLIA PER L'ATTUALE ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE DELLA MEDICINA GENERALE!!!

Dalle ore 20,00 alle ore 24,00 l'Azienda garantisce l'assistenza a tutti i cittadini con i medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria presso la sede della Casa di Comunità o altra sede, ovvero consentendo lo svolgimento presso la sede di riferimento della AFT. I medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria forniscono, inoltre, l'assistenza notturna avanzata (24,00-8,00) secondo il modello organizzativo determinato dalla programmazione regionale con l'adozione della Centrale Unica o del Numero Unico Europeo 116117 o comunque con un'organizzazione che consenta una ridotta presenza fisica dei medici".

In tale ottica l'ACN della medicina generale potrà determinare una decisa evoluzione del ruolo unico dei medici di assistenza primaria, fornendo le indicazioni per la definitiva attuazione dello stesso sin dall'assegnazione degli incarichi affidati dall'entrata in vigore del testo negoziale.

La pubblicazione per il ruolo unico di assistenza primaria dovrà definitivamente avvenire con assegnazione, nel limite della copertura delle ore disponibili di un incarico ad attività oraria a tempo pieno (38 ore) e con obbligo di contemporanea apertura dello studio per lo svolgimento di attività a ciclo di scelta. Lo svolgimento delle due attività dell'incarico (oraria/ciclo di scelta) comporta l'introduzione di un meccanismo dinamico di contenimento delle ore rispetto al carico assistenziale, nell'ambito dell'impegno settimanale a tale disponibilità.

Per la copertura degli incarichi disponibili, nel limite del massimale orario/scelte già definito dall'ACN vigente (38 ore) e con adozione del medesimo meccanismo dinamico citato, i medici già incaricati di assistenza primaria a ciclo di scelta all'entrata in vigore dell'ACN potranno completare l'impegno settimanale con attività a rapporto orario e i medici a rapporto orario (a 24 ore) potranno completare l'incarico fino alle 38 ore con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico nell'ambito della AFT di appartenenza.

NEWS

Il National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH 2002) definisce la violenza sul posto di lavoro come “atti violenti diretti nei confronti di persone al lavoro o in servizio” e non esclude quella tra i colleghi e, indica le tipologie della violenza: 1. aggressione fisica; 2. tentativo di aggressione (il più frequente poiché la maggior parte delle minacce e delle aggressioni provengono dai pazienti o dai loro familiari o amici); 3. aggressione emotiva, che si esplicita con atteggiamenti dannosi; 4. molestia sessuale verbale; 5. violenza sessuale.

I dati INAIL, evidenziano un aumento delle denunce, infatti nel 2005 sono stati denunciati e riconosciuti 429 episodi di violenza sugli operatori sanitari mentre nel 2021 sono stati denunciati e riconosciuti 1382 episodi analoghi di infortunio, con un incremento della numerosità di eventi pari al 322% (fig.7). I setting lavorativi più colpiti sono: Servizi di emergenza-urgenza; Strutture psichiatri. che ospedaliere e territoriali;

LE NUOVE FORME ASSOCIATIVE:

..... NELL'ATTESA DELL'AIR PUGLIA PER L'ATTUALE ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE DELLA MEDICINA GENERALE!!!

Tutto ciò ha un semplice obiettivo, investire in un programma di “promozione e produzione del concetto di salute”, attraverso un migliore sistema di cure e assistenza primaria che necessiterebbe sicuramente di ulteriori finanziamenti per lo svolgimento di attività e specifici obiettivi di salute, che ci auguriamo tutti vengano perseguiti in tempi brevi. Allo stato attuale però, nelle more della stipula dei nuovi AIR, resta in vigore, per gli aspetti espressamente legati alla nuova riorganizzazione, la normativa vigente.

Centrone Antonio



NEWS

Luoghi di attesa; Servizi di geriatria; Continuità Assistenziale.

Riconoscere il rischio e l'errore nella relazione di cura è utile a ridurre gli atti di violenza ma vi è necessità di mezzi di prevedibilità e prevenibilità e, il primo passo per la prevenzione della violenza è la valutazione dei fattori di rischio della violenza sul lavoro.

Margaret Chan, Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato: "La sicurezza delle strutture e degli operatori sanitari deve essere sacrosanta".

La prevenzione è compito del Sistema di Cure che deve identificare gli elementi ambientali e organizzativi a cui è associata l'insorgenza di azioni violente per prevenirne l'evenienza e formare il personale su come trattare e prevenire le situazioni di violenza attraverso la strutturazione di percorsi per acquisire competenze sulla Comunicazione Empatica, sull'identificazione precoce e sulla gestione della violenza attraverso le tecniche di De-escalation.

PILLOLE

BPCO e le NUOVE LINEE GOLD

La Broncopneumopatia cronica ostruttiva interessa oltre 380 milioni di persone in tutto il mondo, con una prevalenza globale dell'11,7%.

Secondo i dati ISTAT, in Italia, colpisce il 5,6% degli adulti ed è responsabile del 55% dei decessi per malattie respiratorie. La patologia ha anche un impatto sulla qualità di vita dei pazienti, che vanno incontro a frequenti riacutizzazioni e ospedalizzazioni.

Il GOLD (Global Initiative on Obstructive Lung Diseases), il documento più importante per la diagnosi, la prevenzione e il trattamento della BPCO è il documento internazionale di riferimento, che viene ciclicamente aggiornato secondo gli ultimi dati scientifici con l'obiettivo di migliorare la gestione della BPCO a livello mondiale.

Il nuovo report GOLD redatto per il 2023, apporta una serie di modifiche al precedente. Suggerisce infatti che, per controllare la patologia, la terapia con la doppia broncodilatazione (l'associazione tra LAMA e LABA) è diventata la prima scelta alla diagnosi. Il quadro va modificato se alla diagnosi si osserva un numero superiore a 300 di eosinofili, suggerendo di passare alla triplice terapia, aggiungendo ai LABA LAMA anche l'ICS, il corticosteroide. Nell'aggiornamento delle raccomandazioni, l'associazione ICS/LABA non è più raccomandata.

Un altro aspetto sottolineato dalle GOLD riguarda la riduzione del rischio di mortalità. Lo studio IMPACT e lo studio ETHOS, a cui le raccomandazioni dedicano paragrafi specifici, danno evidenza della riduzione del rischio di mortalità con la triplice terapia (LAMA+LABA+ICS)

Le GOLD indicano anche che medici e specialisti dovrebbero tenere in considerazione le terapie precostituite rispetto alle associazioni estemporanee, quindi le terapie contenute in un unico inalatore.

NEWS

Non può esistere cura se l'approccio tra le persone è aggressivo e violento, allora quali strumenti gli operatori sanitari possono mettere in campo per attuare e preservare la relazione con i cittadini?

L'uso della metodologia Balint in ogni setting sanitario può essere uno strumento valido come supporto a Chi Cura. Il gruppo Balint è una tecnica di formazione per migliorare le capacità dei medici di utilizzare con i pazienti la relazione interpersonale come fattore terapeutico, sviluppato da Michael Balint, medico di famiglia e psicoanalista, nato a Budapest (1986-1970), si trasferì nel 1939 in Inghilterra, nel 1960 pubblicò il libro "Medico, paziente e malattia" e nel 1969 fonda la Balint Society. Nel gruppo Balint i due concetti fondamentali, sono l'ambiente e la qualità primaria della relazione: **"un'atmosfera in cui ognuno possa parlare senza fretta, mentre gli altri ascoltano con spirito libero e fluttuante..."** (Balint, 1957).

Gli Atti di Violenza in Sanità, la Patient Safety e Worker

BPCO e le NUOVE LINEE GOLD

Nel documento GOLD si evidenziano inoltre le due grandi sfide da affrontare nella gestione della malattia. La prima è la sottodiagnosi: dobbiamo cercare di effettuare la spirometria (il test diagnostico per la BPCO) nelle fasi precoci, quando il paziente che è esposto ad almeno un fattore di rischio (tipicamente il fumo) comincia a manifestare i primi sintomi. La seconda è la necessità di migliorare l'aderenza terapeutica.

Serafino Angela



Safety e la Cura di chi Cura hanno percorsi paralleli che si intersecano nelle soluzioni, le quali **devono offrire un Sistema di cura Moderno centrato sulla Comunicazione e Supporto al Curante, "Il Curante Come Farmaco Somministrato con Competenza"**

Bibliografia

- > Commissione Europea
Rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro nel settore sanitario. Guida alla prevenzione e alle buone prassi 2012; 186-217
- > Chan M WHO Director-General addresses the 66th World Health Assembly WHO Geneva, 2013
- > Brunetti L, Bambi S. Le aggressioni nei confronti degli infermieri dei dipartimenti di emergenza: revisione della letteratura internazionale. Professioni Infermieristiche Aprile-Giugno 2013; 66 (2):109-16
- 13. Biondi M. Comunicazione con il paziente: il metodo end. Roma: Alpes, 2014

BPCO e le NUOVE LINEE GOLD

► QUESTIONARIO MODIFICATO MRC PER LA DISPNEA^a

Per favore barrare la casella che Vi riguarda / (una sola casella) / (Gradi 0-4)

mMRC Grado 0.	Ho dispnea solo per sforzi intensi.	<input type="checkbox"/>
mMRC Grado 1.	Mi manca il fiato se cammino veloce (o corsa) in piano o in lieve salita.	<input type="checkbox"/>
mMRC Grado 2.	Su percorsi piani cammino più lentamente dei coetanei, oppure ho necessità di fermarmi per respirare quando cammino a passo normale.	<input type="checkbox"/>
mMRC Grado 3.	Ho necessità di fermarmi per respirare dopo aver camminato in piano per circa 100 metri o per pochi minuti.	<input type="checkbox"/>
mMRC Grado 4.	Mi manca il fiato a riposo per uscire di casa o per vestirmi/spogliarmi.	<input type="checkbox"/>

^aFletcher CM. BMJ 1960; 2:1662.

► VALUTAZIONE CAT

Per ogni voce riportata sotto, barrare (X) la casella corrispondente che meglio descrive al momento le vostre attuali condizioni. Assicurarsi di selezionare solo una risposta per ogni domanda.

Esempio: Sono molto contento	① ② ③ ④ ⑤	Sono molto triste	PUNTEGGIO
Non ho mai tosse	① ② ③ ④ ⑤	Tossisco sempre	
Il mio petto è completamente libero da catarro (muco)	① ② ③ ④ ⑤	Il mio petto è tutto pieno di catarro (muco)	
Non avverto alcuna sensazione di costrizione al petto	① ② ③ ④ ⑤	Avverto una forte sensazione di costrizione al petto	
Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale non avverto mancanza di fiato	① ② ③ ④ ⑤	Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale avverto una forte mancanza di fiato	
Non avverto limitazioni nello svolgere qualsiasi attività in casa	① ② ③ ④ ⑤	Avverto gravi limitazioni nello svolgere qualsiasi attività in casa	
Mi sento tranquillo ad uscire di casa nonostante la mia malattia polmonare	① ② ③ ④ ⑤	Non mi sento affatto tranquillo ad uscire di casa a causa della mia malattia polmonare	
Dormo profondamente	① ② ③ ④ ⑤	Non riesco a dormire profondamente a causa della mia malattia polmonare	
Ho molta energia	① ② ③ ④ ⑤	Non ho alcuna energia	

Bibliografia: Jones et al. ERJ 2009; 34 (3): 648-54.

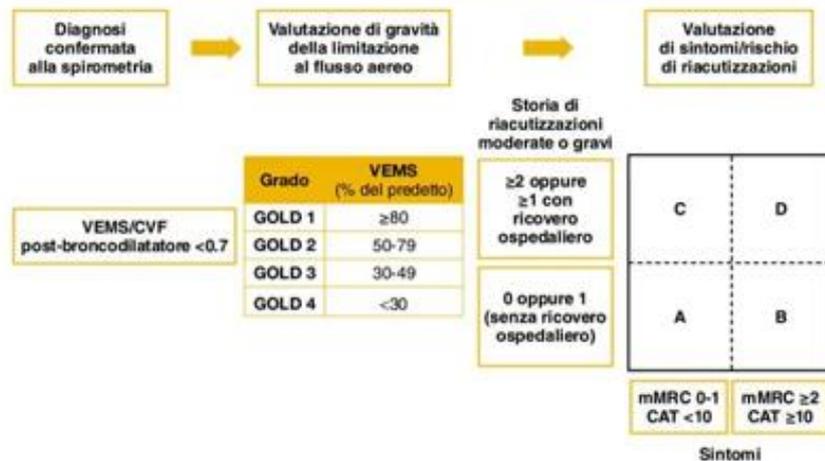
PUNTEGGIO TOTALE: ○

- > Chappell D & Di Martino V. Violence at work (Third edition). Geneva: Int. Labour Office, 2006 5. Hahn S, Muller M, Hantikainen V, et al. Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: results of a multiple regression analysis. *Int J Nurs Stud* 2013;
- > Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a public health care facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2012;
- > Fernandes CM, Bouthillette F, Raboud JM, et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ (Ottawa)* 1999; 161(10):1245-8
- > Gascon S, Casalod Y, Jarreta BM, et al. Aggressions against healthcare workers: an approach to the situation in Spain and the victim's psychological effects. *Leg Med* 2009; 11: S366-S367
- > Gascon S, Leiter M P, Andres E, et al. The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *J Clin Nurs* 2012; 22:3120-9 49. Ministero della Salute Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.

BPCO e le NUOVE LINEE GOLD

2021

▶ LO STRUMENTO DI VALUTAZIONE ABCD MODIFICATO



Esempio: Consideriamo due pazienti, entrambi con VEMS <30% del predetto, punteggio CAT™ di 18, uno senza riacutizzazioni nell'anno precedente e l'altro con 3 riacutizzazioni moderate nel corso dell'ultimo anno. Entrambi sarebbero etichettati come GOLD D nello schema di classificazione precedente. Tuttavia, secondo il nuovo schema proposto, il soggetto con 3 riacutizzazioni moderate nell'anno precedente sarebbe etichettato GOLD 4, Gruppo D.

2023



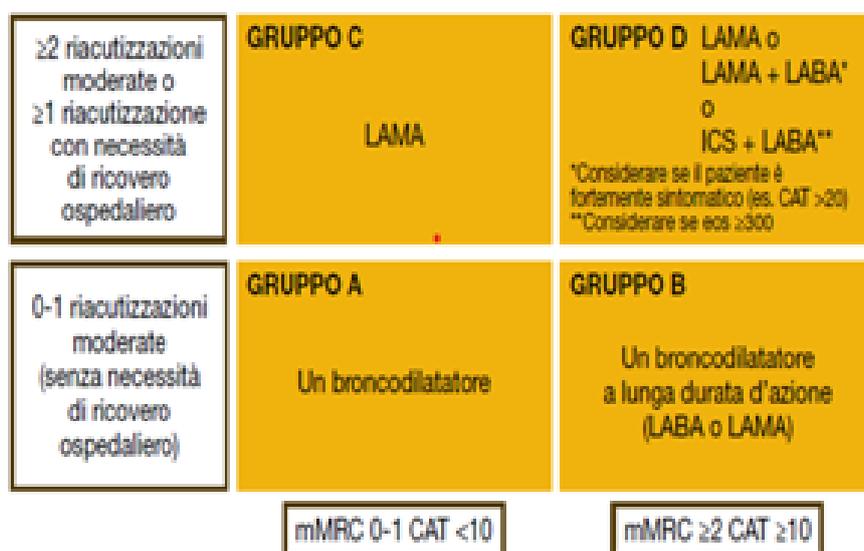
NEWS

- > Balint, M. (1957): *Medico, paziente e malattia*, ed. Fioriti (nuova edizione, 2014)
- > Anzieu, D. (1979): *Lo psicodramma psicoanalitico del bambino e dell'adolescente*, ed. Astrolabio Bachmann, J.-P. (1993) "La mémoire et le corps dans le psychodrame-Balint". *Psychothérapies*, n.1, p. 17; e *Quatre Temps*, no 11, mai 2007 (tr.it. M.Perini, "Corpo e memoria nello psicodramma Balint") Bachmann, J.-
- > P. (2016) "Gruppi Balint e Psicodramma Balint nella formazione dei curanti". Relazione ad Acanto (29.10.2016, Genova)
- > Caïn, A. (1989): "Corps et langage dans la formation par la technique du psychodrame". In : M.Sapir (dir.) *Formation à la relation soignant-soigné*. La pensée sauvage, Grenoble.
- > Caïn, A. (1993): "Introduction du psychodrame-balint dans la formation psychologique des médecins". *Psychothérapies*, n. 1.
- > Caïn, A. (1994): *Le Psychodrame-Balint, Méthode, Théorie et applications*, La Pensée Sauvage, Grenoble.
- > Dauchez, C. – Boukhobza, H. (2017) "Une expérience de Psychodrame Balint à la faculté". *Esprit et Corps*, n.7 (La

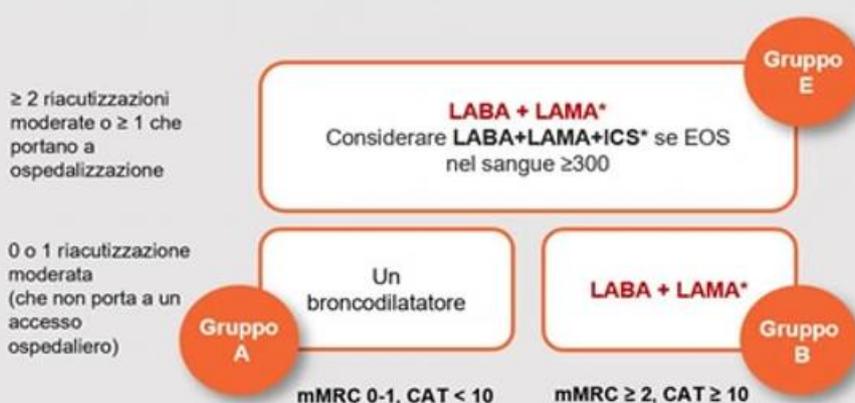
BPCO e le NUOVE LINEE GOLD

TRATTAMENTO

2021



2023



*La terapia con inalatori singoli può essere più efficace e conveniente rispetto a quella con gli inalatori multipli

CAT=Test di valutazione della BPCO
EOS= conta degli eosinofili nel sangue
mMRC= questionario sulla dispnea del Medical Research Council
Adattato da Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Report 2023)

relation soignant-soigné, de la formation à la pratique), pp. 15-62

> Fontaine, P. (2002): "Le psychodrame-Balint, fantastique instrument de formation à la relation médecin-malade". *PrimaryCare*, 2:12-14



IL "COMPENSO" ALLA CURA

Nel percorso formativo è fondamentale essere sensibilizzati e conoscere lo stato attuale del "problema violenza" in Sanità.

La violenza sul personale sanitario, medici, infermieri è una escalation che non sembra avere fine.

Un problema, quello della violenza verso i sanitari, diffuso in tutto il mondo e per questo descritto come un fenomeno epidemico. L'OMS in occasione della giornata mondiale della sicurezza e della salute sul lavoro, ha invitato tutti i governi, le organizzazioni dei datori di lavoro ed i sindacati, nonché la comunità globale ad adottare misure urgenti per rafforzare le capacità delle Nazioni nel proteggere la salute sul lavoro e la sicurezza degli operatori sanitari.

L'OMS sottolinea, infatti, che gli operatori sono ad alto rischio di violenza in tutto il mondo. Di questi dall'8% al 38% nel corso della propria carriera subiranno violenze fisiche, altri saranno esposti ad aggressione verbale ed allo stigma sociale a causa del loro lavoro.

Durante la pandemia Covid-19 la carenza di personale, di risorse e le crescenti tensioni sociali hanno provocato un aumento dei livelli di violenza contro gli operatori sanitari e persino attacchi contro le strutture sanitarie. Inoltre, lo stesso OMS denuncia che in una percentuale molto elevata gli operatori sanitari e sociosanitari coinvolti nei Test, rintracciamento dei contatti e nell'adozione delle misure di allontanamento fisico per fermare la pandemia hanno subito minacce ed aggressioni.

.... *Si è rotto "un patto" tra operatori sanitari e cittadini!!!*

L'alleanza tra cittadini ed operatori sanitari va rinsaldata attraverso risoluzioni che non possono limitarsi solo ad una legge che inasprisce le pene verso gli aggressori. Governi, rappresentanti dei lavoratori, dirigenti, manager, politici dovrebbero presidiare il fenomeno e mettere in campo ogni possibile azione per gestire la violenza e per sostenere i sanitari che sono i primi ad essere vittima del problema.

Figura 1.



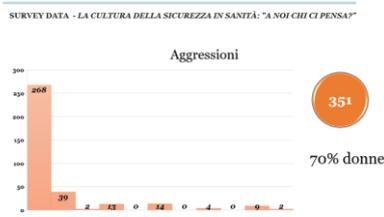
Figura 2



Figura 3



Figura 4



IL "COMPENSO" ALLA CURA

Non bisogna "abituarsi" alla violenza, non deve essere considerato "rischio sul lavoro". Non è possibile che questo sia "il compenso" alla cura del paziente. È necessario oggi più che mai segnalare gli episodi di violenza attraverso il sistema informativo previsto per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES) istituito presso il Ministero della Salute.

Gli infermieri sono i più esposti in assoluto alle aggressioni; l'89% è stato vittima di violenza sul lavoro (dati FNOPI) e nel 58% dei casi si è trattato di violenza fisica: 180.000 infermieri hanno subito aggressione verbale e 100.000 aggressioni fisiche. Di tutte le aggressioni al personale sanitario, secondo l'INAIL, il 46% sono ad infermieri e il 6% a medici. Le aggressioni sarebbero 5.000 in un anno (anche se le verbali, quasi mai denunciate) 13-14 al giorno in media. Le denunce e gli episodi non rilevati dimostrano che il numero sia sottostimato e in realtà le violenze (verbali e fisiche) sono almeno 10/15 volte più numerose.

È stato realizzato, da otto Università italiane (FNOPI), uno studio nazionale multicentrico sugli episodi di violenza. È stata somministrata una survey rivolta agli infermieri italiani che riguardava la violenza sul posto di lavoro. Di seguito vengono riportati i dati parziali, i complessivi saranno presentati all'Osservatorio.

Più della metà (circa 54,3%) ha segnalato l'episodio, ma l'altra metà dei professionisti coinvolti, non ha segnalato perché:

- nel 67% dei casi ha ritenuto che la causa dell'episodio fossero le condizioni di disagio dell'assistito o dell'accompagnatore
- nel 20% circa convinto che tanto non avrebbe ricevuto risposta da parte della struttura in cui lavora
- il 19% circa ritiene che il rischio sia una caratteristica attesa/accettata del lavoro
- il 14% circa non lo ha fatto perché si sente in grado di gestire efficacemente questi episodi, senza doverli riferire. (dati aggiornati a giugno 2022 violenCE, AgainSt nursEsIn The workplace CEASE-IT).

Figura 5.

SURVEY DATA - LA CULTURA DELLA SICUREZZA IN SANITÀ: "A NOI CHI CI PENSA?"

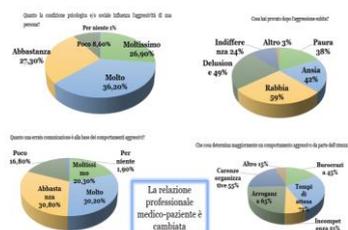


Figura 6.

SURVEY DATA - LA CULTURA DELLA SICUREZZA IN SANITÀ: "A NOI CHI CI PENSA?"

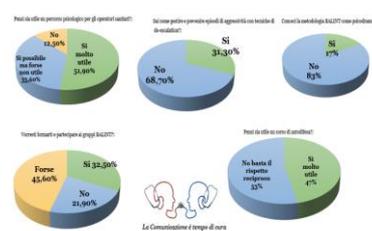
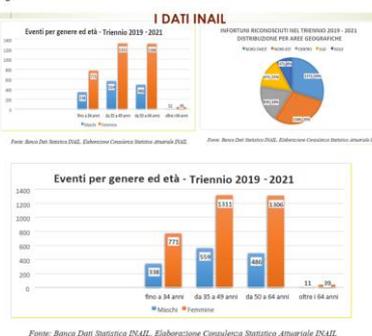


Figura 7.



IL "COMPENSO" ALLA CURA

Le conseguenze dell'aggressione ci sono sempre:

- il 24,8% degli infermieri che ha segnalato di aver subito violenza negli ultimi 12 mesi, riporta un danno fisico o psicologico
- il 96,3% subisce un danno a livello psicologico compromettendo, spesso, anche la qualità dell'assistenza
- il 10,8% dichiara che i danni fisici o psicologici hanno causato disabilità permanenti e modifiche delle responsabilità lavorative o inabilità al lavoro.

La conseguenza peggiore che si ottiene risulta "morale ridotto"

- il 41% oltre a stress, esaurimento emotivo
- il 33% burnout.

Le cause del fenomeno sono multifattoriali ed includono: personale ridotto (carenza), elevato carico di lavoro, tipologia di pazienti.

I principali fattori di rischio sono negli atteggiamenti negativi delle persone nei confronti degli operatori, nelle aspettative dei familiari e nei lunghi tempi di attesa nelle zone di emergenza, che portano a danni fisici ma anche a disturbi psichici negli operatori che subiscono violenza. Altro fattore predittivo di violenza emerso nei confronti del personale sanitario in genere è rappresentato dai messaggi culturali che spingono i cittadini a coltivare rabbia crescente nei confronti del personale.

Il personale sanitario di conseguenza sperimenta: depressione, rabbia, irritabilità, perdita di fiducia in sé stessi ed umiliazione fino allo stress lavoro correlato, burnout, assenteismo, ridotta comunicazione con i colleghi ed i pazienti, percezione di mancanza di supporto dall'organizzazione alla dirigenza.



IL “COMPENSO” ALLA CURA

Qualcosa si potrà fare ? Quali misure preventive si possono adottare ?

Sono state analizzate le caratteristiche predittive dell’aggressore e del personale sanitario.

L’aggressore:

- problemi di salute mentale
- uso di sostanze illecite
- aspettative non realistiche dell’assistito o dell’accompagnatore rispetto al sistema sanitario
- etilismo
- aspetti culturali
- distress emotivo
- demenza
- violenze pregresse
- deficit cognitivo (ipossia)
- dolore acuto
- ambiente socioculturale svantaggiato

Del Santario:

- comunicazione inadeguata con i pazienti (es. durante i tempi di attesa)
- inadeguato numero di pazienti assistiti per singolo operatore sanitario
- assenza di competenze per la gestione degli episodi di violenza da parte dei pazienti
- atteggiamenti e tipo di assistenza da parte del personale medico
- poche skill
- comunicazione inadeguata nel passaggio di consegne
- turni di lavoro (mattino-pomeriggio-notte)
- carico di lavoro e gestione del tempo

APP PER LA SALUTE DIGITALE

CI VORREBBE UN APP PER COMBATTERE "L'ESITANZA VACCINALE"?

"definibile come indecisione, incertezza, riluttanza, ritardo o rifiuto della persona rispetto alla somministrazione di vaccini disponibili"

IL VALORE DELLA VACCINAZIONE



IL "COMPENSO" ALLA CURA

Le azioni efficaci che si possono mettere in pratica, nella gestione delle conseguenze causate da violenza:

- riunioni formali con altri componenti del team assistenziale
- servizi di supporto per i dipendenti
- riunioni informali con il team di lavoro
- analizzare con il medico del lavoro e di medicina preventiva, nonché con i dirigenti ospedalieri e non, la salute e la sicurezza sul lavoro
- discutere con i responsabili delle risorse umane
- condividere con amici e familiari
- discutere con i sindacati degli eventi subiti dagli operatori sanitari
- non credere mai che nessuna azione sia efficace
- non abituarsi alla violenza

Dallo studio è emerso che per ridurre gli episodi di violenza o cercare di arginarli, bisogna:

- fare formazione specifica
- avere personale di sicurezza nelle aree più a rischio
- avere zone ad accesso delimitato (chiavi o codici numerici per accedere alle unità operative)
- avere possibilità di attivare, su chiamata, il personale di sicurezza
- procedure standardizzate e chiare per la gestione della violenza
- vetri di sicurezza agli sportelli del triage
- aumento misure di sicurezza negli orari notturni
- divulgare la "zero tolleranza" per episodi di violenza
- gestione degli arredi o altri oggetti mobili in maniera per evitare che vengano usati come armi
- poter disporre di misure di leggi più restrittive

IL VALORE DELLA VACCINAZIONE

Vaccinazione e salute, ai tempi odierni, è un binomio inscindibile in ambito sanitario; senza la vaccinazione non si può essere in salute e, di conseguenza, senza la salute si va a compromettere l'universo biopsicosociale dell'uomo. I vaccini possono essere considerati il più efficace degli interventi in campo medico mai scoperti dall'uomo; sono secondi solo alla potabilizzazione delle acque in termini di riduzione della mortalità umana e prevengono più di 25 milioni di morti ogni anno.

A tale scopo tutti gli enti della salute puntualmente ogni anno mettono in moto la campagna vaccinale anti-influenzale e anti-pneumococcica presso gli ambulatori dei medici di medicina generale.

L'influenza è un problema di sanità pubblica con un considerevole impatto dal punto di vista epidemiologico, clinico ed economico.

IL “COMPENSO” ALLA CURA

Utili sono schemi di interventi basati sulla comunicazione verbale e non verbale con obiettivo di diminuire l'intensità della tensione e dell'aggressività nella relazione interpersonale:

- usare toni pacati ed adeguare il linguaggio alla persona che si ha di fronte, per farsi capire
- accertarsi che il paziente abbia capito
- non usare toni paternalistici
- non rispondere in maniera aggressiva
- non imporre terapia
- non spostare l'attenzione dall'aggressore
- non sorridere
- evitare oggetti contundenti sulla scrivania
- non puntare il dito
- non perdere di vista l'interlocutore
- mantenere distanza di sicurezza
- mantenere empatia
- evitare qualsiasi contatto fisico anche se la situazione sembra risolta
- avere sempre via di fuga.

I percorsi di prevenzione per la violenza in sanità dovrebbero aumentare ed essere attivi poiché i consigli non sono sufficienti in quanto il problema è in continua crescita e le persone devono essere educate a saper “usare” le cure e “rispettare” l'operatore sanitario che le eroga.

Prendersi cura delle persone nella loro totalità “mens et anima” non è solo svolgere “un lavoro”!!! la persona che cura cerca sempre di gestire al meglio il problema clinico con le proprie capacità e le proprie emozioni.

Apprezziamo e conosciamo l'impegno del presidente della FNOMCeO, dr. Filippo Anelli, nel sensibilizzare l'opinione pubblica sul tema, attraverso la partecipazione attiva all'Osservatorio Nazionale, la

IL VALORE DELLA VACCINAZIONE

Ciò è riconducibile a più fattori: l'ubiquità e la contagiosità della malattia, la variabilità antigenica dei virus, l'andamento epidemico (periodicamente pandemico) e stagionale, la possibilità di complicanze gravi in alcune categorie di soggetti (bambini, anziani, persone con comorbidity e malattie croniche), i costi di gestione in caso di complicanze e i costi sociali (giorni lavorativi persi e perdita di produttività).

L'influenza è una malattia respiratoria acuta causata da virus influenzali. Ne sono stati identificati quattro tipi differenti, tutti appartenenti alla famiglia **Orthomixoviridae (Virus a RNA a singolo filamento a polarità negativa)**: i tipi A e B, responsabili della sintomatologia influenzale classica; il tipo C, di scarsa rilevanza clinica (generalmente asintomatico); il tipo D, la cui possibilità di infettare l'uomo non è ancora chiara. I virus dell'influenza A sono ulteriormente suddivisi in sottotipi sulla base di differenze molecolari nelle due glicoproteine di

IL "COMPENSO" ALLA CURA

strutturazione di convegni e la documentazione della violenza sui medici con un docu-film "Notturmo".

Nel film emerge la passione e la dedizione al lavoro, la determinazione di uomini e donne, medici in prima linea per scelta ma vittime di insicurezza e solitudine.

Ritengo che tra le strategie da mettere in atto per contrastare la violenza, ci vorrebbe un inasprimento delle pene per gli aggressori, la riorganizzazione dei servizi territoriali e la strutturazione di presidi di sicurezza.

Il "compenso" alla cura deve essere rappresentato dal produrre salute e benessere e non altro. La violenza non deve essere "parte integrante" del rischio del nostro lavoro.

Il disagio con cui molti operatori sanitari lavorano non ha mai prodotto "mancanza di cura".

Il "compenso" della cura che gli operatori sanitari ricevono da ogni persona non può essere violenza che purtroppo aumenta in ogni sua forma di minacce, di aggressività verbale e fisica etc... i setting in cui si opera sono ormai campi di battaglia e "luoghi della violenza e della furia devastante".

La professione medica è uno dei lavori in cui non basta avere solo competenze acquisite ma si richiede professionalità, conoscenze, umanità ed empatia. Egli deve dimostrare di avere a cuore la persona oltre la cura, instaurando una relazione di fiducia. Le soft skills sono indispensabili per un buon medico!!! E, pertanto, non è accettabile che si possa cedere alla violenza indiscriminata ed ingiustificata ma bisogna rinforzare l'alleanza con i cittadini potenziando la relazione, l'ascolto e la buona comunicazione per produrre buona salute e raggiungere l'empowerment di ogni singola persona.

Vita Verzillo



IL VALORE DELLA VACCINAZIONE

superficie **emoagglutinina (HA) e neuraminidasi (NA).**

Alla base dell'epidemiologia dell'influenza vi è la marcata tendenza dei virus influenzali a mutare, cioè presentare variazioni antigeniche nelle due glicoproteine HA e NA che permettono loro di eludere la risposta immunitaria dell'ospite dovuta a precedenti infezioni e trova, quindi, gran parte della popolazione immunologicamente suscettibile e può quindi diffondersi ampiamente e rapidamente.

Di queste variazioni molecolari va tenuto conto nella preparazione dei vaccini, la cui composizione deve essere aggiornata annualmente ed in questo le attività di sorveglianza sono fondamentali per selezionare i ceppi specifici da inserire sulla base del grado di differenza epidemiologica e sierologica rispetto a ciò che ha circolato nelle stagioni precedenti.

I virus influenzali si trasmettono prevalentemente per via aerea e si

SALUTE, GENERE e RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE

LA RELAZIONE TRA MEDICO E PAZIENTE: VECCHIO PROBLEMA, NUOVA SFIDA ?!!!



Letture critica del titolo di questo articolo: quale relazione tra Genere, Medico e Paziente?

L'approccio di genere è oramai una delle sfide della medicina che consente di migliorare la diagnosi e cura di precisione ma soprattutto la "relazione medico-paziente".

La sfida che cercheremo di affrontare sarà tracciare le caratteristiche principali della relazione tra medico e paziente attraverso la lettura critica e la discussione di quattro libri affidatici nella lettura dalla dr.ssa Maria Zamparella e dal dr. Stefano Carusi in occasione dei seminari strutturati per il nostro percorso didattico formativo.

Il primo libro che ha suscitato la nostra attenzione è "la buona medicina per un nuovo umanesimo della cura" di Domenico Ribatti .

In questo libro la prima caratteristica della relazione tra medico e paziente che emerge è sicuramente l'Attenzione alle sofferenze del paziente, la cosiddetta Pietas , attraverso un ritorno rigoroso alla visita medica costituita in primis dall'anamnesi dettagliata.

Il dottor Cosmacini dice infatti: "Può essere rischioso per la sopravvivenza

IL VALORE DELLA VACCINAZIONE

diffondono molto facilmente attraverso le goccioline di saliva che il malato produce tossendo, starnutando o semplicemente parlando, soprattutto negli ambienti affollati e chiusi. La trasmissione avviene anche per contatto diretto con persone infette (ad esempio attraverso le mani contaminate sugli occhi, sul naso o sulla bocca) o attraverso utensili o oggetti, dato che il virus dell'influenza può persistere molto a lungo e penetrare nell'organismo attraverso le mucose.

Le persone infette, sono contagiose da un giorno o due prima che i sintomi compaiono, fino a circa cinque giorni dopo l'inizio della sintomatologia, talvolta fino a 10 giorni dopo. Questo significa che il virus può essere trasmesso anche da persone apparentemente sane. I bambini e le persone con sistema immunitario indebolito, possono essere contagiosi per un tempo ancora più lungo.

LA RELAZIONE TRA MEDICO E PAZIENTE: VECCHIO PROBLEMA, NUOVA SFIDA ?!!!

della stessa medicina sottovalutare la relazione comunicativa con il paziente. [...] perché l'insoddisfazione per una medicina frettolosa [porta al] ricorso a pseudomedici come gli omeopati che non curano alcunché ma dedicano ai pazienti molto tempo" [G. Cosmacini, ritorno all'anamnesi].

Il libro pone l'accento sulla Formazione sostenendo che "il medico che esce dalle nostre università è portato all'esercizio di una medicina spersonalizzata e tecnologizzata, orientata verso la malattia e non verso il paziente" [Ribatti] e abbiamo riflettuto sulla reale penuria di esempi di grandi Maestri dell'arte medica che avessero a cuore il malato e anche avessero voglia di insegnare alle nuove generazioni di medici .

Il dottor Ribatti pone l'accento sulla "necessita' di effettuare interventi che... contribuiscano alla sostenibilità e all'efficienza del sistema sanitario...è fondamentale formare una nuova classe di professionisti della salute nel campo della prevenzione...ed educare attivamente i cittadini alla tutela della propria salute" [Ribatti] quindi educazione alla salute e promozione della salute .

Il libro poi affronta il tema della relazione tra medico e paziente in merito al Fine Vita e al Testamento Biologico distinguendo l'Eutanasia Attiva in cui il medico interviene attivamente per procurare la morte di un paziente e l'Eutanasia Passiva che è caratterizzata dalla sospensione e l'astensione da parte del medico dall'operare gli interventi necessari a mantenere in vita un paziente in gravissime condizioni . Siamo stati molto colpiti da uno studio condotto da G.Bertolini che ha dimostrato che nei reparti di rianimazione circa 18 mila decessi avvengono perché i medici, dopo confronto con i familiari, mettono in pratica un atto di desistenza terapeutica. Un dato impressionante che impone al più presto una normativa giuridica che tuteli la persona che soffre e i suoi diritti.

Una riflessione importante va fatta in merito alla constatazione che l'era dei farmaci è cominciata con l'Aspirina nel 1899 mentre prima di allora l'agente terapeutico più importante era il medico stesso [Ivan Illich, Nemesi medica]. Ci siamo resi conto che il farmaco è senza dubbio un progresso tecnologico indispensabile, ma purtroppo è governato da regole di profitto, infatti. "Oggi abbiamo in circolazione più di 300 confezioni di una sola classe

IL VALORE DELLA VACCINAZIONE

La maggior parte delle persone guarisce entro una settimana senza richiedere cure mediche e nel soggetto sano l'influenza raramente dà luogo a complicazioni. Tuttavia in alcuni casi possono verificarsi complicanze gravi o la morte nelle persone ad alto rischio, fra cui: donne in gravidanza, bambini fra i 6 mesi e i 5 anni, anziani, pazienti con malattie croniche o sottoposti a terapie che indeboliscono il sistema immunitario, obesi gravi e personale sanitario. La complicanza più comune è la **sovrapposizione di un'infezione batterica** a carico dell'apparato respiratorio (che può quindi portare a bronchite, ed aggravarsi fino a sviluppare una polmonite) e dell'orecchio (otite, sinusite, soprattutto nei bambini), ma anche complicanze a carico dell'apparato cardiovascolare (miocardite e infarto del miocardio) e del sistema nervoso, oltre che l'aggravamento di malattie

LA RELAZIONE TRA MEDICO E PAZIENTE: VECCHIO PROBLEMA, NUOVA SFIDA ?!!!

di farmaci antipertensivi e solo venti nuovi farmaci per la terapia delle malattie rare. Le case farmaceutiche sono diventate colossi economici mondiali".(Ribatti).

E ancora una constatazione terribile è che "17 milioni di persone muoiono a causa di una malattia infettiva perché non hanno potuto avvalersi di adeguati presidi terapeutici".

È stato molto utile comprendere che solo negli anni '70 è stato elaborato il principio dell'informazione e dell'approvazione del paziente, il cosiddetto consenso informato, la pietra miliare del rapporto medico paziente .

Il libro poi enuncia quelli che sono i nuovi orizzonti della medicina : l'Epigenetica, la trascrittomico, la proteomica, la medicina di precisione con le terapie targeted e le multi targeted , l'intelligenza artificiale per migliorare la diagnosi e la personalizzazione della terapia. Tutte queste innovazioni della medicina hanno reso ancora più complesso il delicato e fragile rapporto tra medico e paziente. La lettura di questo libro ci ha portato a trarre le seguenti conclusioni: l'invecchiamento della popolazione , la riduzione delle nascite e la riduzione della mortalità portano ad un aumento complessivo della vita media ed ad un aumento delle malattie croniche .La sfida dei sistemi sanitari è quella della sostenibilità economica e quella di rivalutare la figura e il ruolo del tradizionale medico di famiglia, che rappresenta il tramite umano tra il malato e la pratica medica che tende a sottovalutare le implicazioni psicologiche e affettive dello stato di malattia. In questo contesto la figura del medico deve saper mediare tra arte medica ed estremo tecnicismo ultraspecialistico

Il secondo libro analizzato è " Il dottore e il paziente come ricreare il rapporto di fiducia che avevamo con il medico di una volta" di Franco Cosmi e Rosario Brischetta .

Questo libro ci chiarisce qual è la mission del medico e degli altri operatori sanitari attraverso le illuminanti parole del dottor Augusto Murri (targa affissa all'entrata dell'ospedale di Cortona Arezzo) "Vieni per essere guarito, se non guarito almeno curato, se non curato almeno consolato" ...la figura

IL VALORE DELLA VACCINAZIONE

già preesistenti (Bpco, asma e cardiopatie). Più della metà dei casi complicati si registrano nei soggetti di età superiore ai 65 anni.

A tal proposito, si deve menzionare l'annoso problema della **RESISTENZA AGLI ANTIBIOTICI**; pertanto, sarebbe molto utile e doveroso vaccinare l'anziano per l'influenza col fine di usare il meno possibile gli antibiotici, dato che questi ultimi perdono sempre più di efficacia nella loro azione battericida, frutto dell'uso improprio e della cattiva gestione da parte del medico e del paziente.

Nei pazienti diabetici, l'influenza può influenzare i livelli glicemici, causando potenzialmente iperglicemia o, nelle persone con diabete di tipo 1, chetoacidosi diabetica.

Nel caso in cui si contragga durante la gravidanza, può insorgere un travaglio prematuro (prima della 37° settimana di gravidanza), o un basso peso alla nascita del

LA RELAZIONE TRA MEDICO E PAZIENTE: VECCHIO PROBLEMA, NUOVA SFIDA ?!!!

del medico va molto più in là del semplice trascrivere ricette. Il medico si ritrova a confrontarsi in un mondo in cui vi è il Dottor Google con milioni di articoli, scientifici e non, con informazioni spesso contraddittorie alla portata di tutti e con la mancanza di una cultura scientifica di base che possa orientare l'utente.

Una caratteristica importante della relazione tra medico e paziente è la transizione dall'Autorità del Medico all'Autorevolezza basata sulla competenza, su una solida formazione scientifica e su un continuo aggiornamento professionale.

C'è bisogno del confronto aperto medico – paziente e di ricordare sempre che oltre i limiti della scienza c'è il bisogno di speranza.

Il dottor Cosmi pone l'accento sul concetto che "La scienza senza cura non è una buona medicina, ma la cura senza scienza è illusione o inganno".

Non esistono buone cure senza buona ricerca e la buona ricerca è quella basata sulla sperimentazione, su solide basi scientifiche, su prove di efficacia certe.

Il libro ci ha posto l'interrogativo se in questo momento storico ci sia più il diritto alle cure corrette o il diritto alla guarigione. L'Aumento della fiducia nella tecnologia è basato sulla constatazione che oggi si vive meglio e più a lungo grazie alla scienza e all'innovazione tecnologica, che la medicina offre terapie sempre più efficaci e personalizzate. A ciò si associa però una riduzione della fiducia nel medico, una difficoltà di dialogo, un ridotto tempo di comunicazione (10 minuti per il pz ambulatoriale; 1/3 del tempo di un medico ospedaliero per comunicazione e prestazioni diagnostico-terapeutiche) e un sentimento di non accettazione dei limiti della scienza e dell'assenza di rimedi efficaci per alcune malattie.

Questo libro ci ha permesso di comprendere che la cura della malattia non può che essere scientifica, basata su prove di efficacia, linee guida, esperienza del medico. La cura del malato non può che essere empatica, basata su una buona relazione medico-pz, aderenza del pz alle cure, attuazione di buone pratiche diagnostico-assistenziali.

Il libro ci ha fatto riflettere su cosa chiede il paziente al medico: il paziente sicuramente chiede di guarire e/o stare meglio; questo approccio pone al centro l'organo ammalato. Il medico deve avere qualità di ascolto ed

IL VALORE DELLA VACCINAZIONE

bambino. Occasionalmente può causare aborto spontaneo o parto prematuro.

Complicazioni meno comuni dell'influenza includono: tonsillite, otite, sinusite, convulsioni (nel bambino con febbre alta), meningite, encefalite.

La frequenza con cui insorgono casi di influenza, pur essendo assai diverso da stagione a stagione, si aggira mediamente intorno al 9% (range: 4-15%) della popolazione generale, ogni anno, mentre nella fascia d'età 0-14 anni, che è quella più colpita, l'incidenza, mediamente, è pari a circa il 26% (12-40%).

L'analisi della sola malattia influenzale responsabilizza qualsiasi operatore sanitario a lavorare per sensibilizzare i cittadini, soprattutto i più fragili, ad aderire alle vaccinazioni strumento unico e valido per la prevenzione primaria di molte malattie infettive. E, allora perché ancora tanta "esitanza vaccinale?"; anche, in

LA RELAZIONE TRA MEDICO E PAZIENTE: VECCHIO PROBLEMA, NUOVA SFIDA ?!!!

empatia, mettere al centro la persona e costruire in maniera condivisa il percorso di cura personalizzato. Abbiamo imparato che”.

La comunicazione e la relazione medico-paziente costituiscono tempo di cura”

Il dottor Cosmi ha ben caratterizzato i concetti di scienza, speranza e inganno nella relazione medico paziente. Quando la scienza non ha risposte, la disperazione fa apprezzare meglio il sogno rispetto alla realtà e si diventa disposti a tutto pur di ottenere quello che si desidera. Proprio in questi casi il medico deve lasciare la scienza e approdare all'arte medica, nella cura non più della malattia, ma del malato. Il medico deve rispondere a un bisogno di salute, ma anche ad un bisogno di speranza e di compassione.

Il dottor Cosmi conclude così “Il Dottore del futuro dovrà ritornare al passato di medico della persona, servendosi del presente con gli indubbi progressi della tecnologia e dell'intelligenza artificiale per avere più tempo da dedicare alla cura del malato, a guardarlo negli occhi, considerando che la malattia è un fenomeno biologico, ma anche comportamentale e sociale e che per curarla occorrono passione e ragione, cuore e cervello” e tanta pazienza.

Il terzo libro letto è “il medico 4.0 come cambia la relazione medico paziente nell'era delle nuove tecnologie “ di Gabriella Prevettoni e Stefano Triberti “.

Questo libro ha molto incuriosito tutti noi corsisti, perché siamo stati abituati ad associare alla tecnologia l'idea di correttezza, affidabilità, riproducibilità infinita senza errori e quindi pensavamo fosse auspicabile avere le macchine che ci aiutino nello svolgimento del lavoro senza errori. Ci siamo però subito chiesti se l'intelligenza artificiale sia in grado di riprodurre efficacemente l'empatia umana e la comprensione olistica. Se poi davvero vogliamo tecnologie in grado di prendere il posto e sostituire in tutto il medico.

Gli autori hanno introdotto il concetto che si passa da una relazione tra medico e paziente ad una relazione uomo medico macchina e hanno

IL VALORE DELLA VACCINAZIONE

considerazione delle disponibilità di vari tipi di vaccini con indicazioni elettive e specifiche per età e condizioni cliniche:

- Quadrivalente split (VIQ), **per i soggetti dai 6 mesi di età**: 620.000 dosi;
- Quadrivalente adiuvato (VIQa), **per i soggetti ≥ 65 anni**: 450.000 dosi;
- Quadrivalente su colture cellulari (VIQcc), **prioritariamente per operatori sanitari**: 80.000 dosi;
- Quadrivalente vivo attenuato (LAIV), **per i soggetti tra 2 e 17 anni (prioritariamente <6 aa)**: 50.000 dosi;
- Quadrivalente ad alto dosaggio (VIQhd), indicato nella **popolazione ≥ 65 anni**

La vaccinazione è un'arma potente e, la campagna vaccinale attivata ogni anno da ogni singola ASL del nostro paese ha il presupposto di raggiungere tali obiettivi:

- **Ridurre il rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte;**

LA RELAZIONE TRA MEDICO E PAZIENTE: VECCHIO PROBLEMA, NUOVA SFIDA ?!!!

sviluppato una panoramica approfondita e un'analisi oggettiva su ciò che la tale relazione può rappresentare per diagnostica, terapia, chirurgia, riabilitazione e tutte le possibili attinenze per promuovere salute e benessere. Il medico quindi diventa un medico "4.0", che non è solo un professionista della malattia e della cura, ma soprattutto un mediatore competente tra la tecnologia, con la sua logica freddezza e precisione, e la persona, con il suo dolore tutto umano e la sua domanda di cura e speranza. Noi dovremo riconoscerci in una questa nuova figura di «Medico 4.0» che non sarà più solo un medico ma, soprattutto, un interprete della tecnologia e un interfaccia per la persona, per rispondere a bisogni sempre più diversificati e complessi.

Le nuove tecnologie contribuiscono già ora all'innovazione e al cambiamento dei modelli di cura e di assistenza, ma la sanità digitale non è la semplice applicazione di una app, è una strategia complessa che sottende la sua implementazione.

Gli autori, infatti, ci invitano a porre attenzione sulla "digital healthcare che è costituita da molti strumenti come hybrid cloud, internet of things e , cybersecurity, intelligenza artificiale, big data, blockchain, automazione e robotica .

Noi come futuri professionisti dobbiamo avere competenze professionali e gestionali anche nell'utilizzo di queste tecnologie innovative con l'obiettivo di avere rapidamente informazioni di natura medica ed economica rapidamente con uno stesso strumento multimediale che possa spaziare da indicatori economici come il ROI (return on investment) di una cura ai dati di sopravvivenza e di costi del farmaco o della procedura chirurgica. Ad esempio, tramite algoritmi di intelligenza artificiale, potremo conoscere quali dei nostri pazienti cardiopatici è ad alto rischio dopo la dimissione rispetto ad altri.

Gli autori ritengono che il cambiamento è inarrestabile e l'innovazione clinica e gestionale in campo sanitario o la governi o la subisci. Questo è il nostro futuro come prossime generazioni di professionisti e quindi non possiamo che augurarci di sviluppare ottimi progetti e lavorare insieme nell'interesse di tutto il SSN ma, soprattutto, dei nostri futuri pazienti.

IL VALORE DELLA VACCINAZIONE

- **Ridurre il rischio di trasmissione a soggetti ad alto rischio di complicanze o ospedalizzazione:**
- **Ridurre i costi sociali connessi con morbosità e mortalità;**
- **Raggiungere una copertura target di pari al 75% e, con un ottimale pari al 95%.**

In Italia le coperture vaccinali della stagione 2021/2022, aggiornate al 5 luglio 2022, sono diminuite (20,5%) rispetto alla stagione precedente (23,7%) e, in particolare, negli anziani la copertura è diminuita di 7 punti percentuali rispetto alla stagione precedente (58,1%).

Negli anziani over65aa, l'andamento dei dati sulle vaccinazioni antinfluenzali mostra un trend positivo, nella prima metà degli anni 2000.

A partire dalla stagione 2009/10 si osserva un drastico calo, passando da una copertura del 65,6 % al

LA RELAZIONE TRA MEDICO E PAZIENTE: VECCHIO PROBLEMA, NUOVA SFIDA ?!!!

Il quarto libro ha come titolo “ Cosa dice il malato , cosa sente il medico “ di Danielle Ofri . È un libro che ha colpito molti colleghi in formazione specifica perché ha posto l'accento su quanto la comunicazione sia importante ed indispensabile perché parlare e ascoltare sono sempre state percepite come due attività comuni, spontanee, ma è importante nelle professioni di cura trasformarle in un dialogo clinicamente efficace nel setting professionale. È necessario allora essere consapevoli che lo scambio comunicativo non avviene in un modo asettico e impersonale ,ma è influenzato da emozioni, convinzioni, esperienze passate, contesto di vita, pregiudizi, sia del medico che del paziente.

L'autrice descrive molto bene gli elementi pratici dell'organizzazione del lavoro che condizionano la relazione, come il tempo che è possibile dedicare alla visita solo 92 secondi, le formalità burocratiche, gli ostacoli della sanità elettronica e affronta questi temi presentando pazienti e medici alle prese con le loro convinzioni, paure, certezze e debolezze anche se nell'ambito del Sistema Sanitario americano. Questo libro ha ribadito con esempi pratici l'importanza basilare di una buona comunicazione nel processo di cura e ci ha suggerito atteggiamenti e accorgimenti che ciascuno di noi potrebbe mettere in pratica tutti i giorni nei suoi incontri con i pazienti.”

Castoro Emanuela Angela

Dí Martino Francesco

Sblendorio Margherita

Serafino Angela

Tricarico Teresa

IL VALORE DELLA VACCINAZIONE

E' da notare che in piena pandemia COVID19, nella campagna vaccinale 2020-2021, la vaccinazione antinfluenzale nella medesima coorte degli ultra65enni ha raggiunto il picco del 65% della copertura.

La mia esperienza di medico in Formazione Specifica per la Medicina Generale, per un incarico a tempo determinato presso il comune di BESENELLO in ASP trentina durante la campagna vaccinale 2021-2022, è stata molto positiva con una somministrazione che su 355 pazienti over 65 aa ha raggiunto una copertura vaccinale pari al 62,8% e, anche, con una ottima organizzazione ambulatoriale strutturata su appuntamento dal lunedì al venerdì.

I dati della real life confermano che il target di copertura è lontano dalla copertura minima del 75%; quindi, come combattere "esitanza vaccinale" in Cure Primarie?

I MAp ma tutti gli operatori sanitari che lavorano in Cure primarie devono sicuramente

BENESSERE E STILI DI VITA

IL BENESSERE PSICOFISICO DEL CURANTE I GRUPPI BALINT

L'esperienza del gruppo Balint nel nostro percorso formativo!!!

La Formazione Specifica arricchita di questi percorsi grazie alla strutturazione della nostra C.A.I., dr.ssa maria Zamparella e la collaborazione del dr. Stefano Carusi, psichiatra al CSM BARI di Bari ha come obiettivo quello di portare il professionista a saper gestire al meglio situazioni quotidiane che mettono a dura prova l'emotività del medico cercando di essere e diventare più comunicativi ed empatici.

Abbiamo avuto l'occasione di raccontare le nostre esperienze professionali in un gruppo formato da sei colleghi medici e due psicologi, sperimentando direttamente l'organizzazione del gruppo e toccando con mano la reale difficoltà nella comunicazione dei nostri vissuti emotivi.

Nel gruppo Balint il medico in formazione ha esposto il caso clinico non per mettere sotto giudizio il proprio operato, ma piuttosto per comprendere se stesso in quella situazione traendo vantaggio dalla condivisione. Allo stesso modo, chi ha ascoltato, ha misurato la propria emotività e i propri schemi relazionali valutandoli criticamente.

Il gruppo Balint a cui abbiamo partecipato è stato un momento di cura di noi professionisti sanitari che abbiamo avuto in questo modo la possibilità di mettere fuori stati d'animo negativi, dati dalle esperienze lavorative vissute potendole elaborare, condividere, analizzare.

L'esperienza vissuta ci ha dato spunto a comprendere bene chi fosse il fondatore del gruppo Balint e come lui ha teorizzato questa metodologia di sostegno ai professionisti della salute.

Michael Balint è stato uno psicoanalista ungherese (1896-1970) che ha esercitato la sua professione in l'Inghilterra all'Istituto Tavistock dove con

IL VALORE DELLA VACCINAZIONE

migliorare la comunicazione, mettere in atto le buone tecniche del counselling per l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale.

Un'altra arma potenziale e di prevenzione è la vaccinazione antipneumococica che purtroppo ad oggi registra una copertura molto bassa

La Malattia Pneumococcica nella forma invasiva arriva in siti dell'organismo normalmente sterili come il sangue e le meningi; le più comuni malattie pneumococciche invasive sono la **sepsi batteriemica**, la **meningite da pneumococco** e la **polmonite batterica**.

Lo **STREPTOCOCCUS**

PNEUMONIAE è un batterio **GRAM positivo** che tende a risiedere stabilmente nel tratto naso-faringeo e che, in condizioni immunologicamente normali, rimane innocuo. Nel caso in cui, invece, le difese immunitarie risultano indebolite (o per raffreddore o per sindrome influenzale), lo pneumococco può superare la barriera

IL BENESSERE PSICOFISICO DEL CURANTE

I GRUPPI BALINT

un gruppo di operatori sociali e psicologi ha indagato le relazioni umane e ha sviluppato quello che ora è noto come il gruppo Balint.

Balint, ha dato il suo contributo originale e pionieristico nel campo della formazione dei medici, approfondendo l'aspetto psicologico della pratica medica tramite gli aspetti teorico-clinici della relazione d'oggetto, del transfert e del controtransfert. Il transfert viene definito, in tale relazione, il fenomeno attraverso cui il paziente è portato a trasferire sull'analista, in modo inconsapevole, le caratteristiche delle sue relazioni con le figure di riferimento del suo passato. L'analisi del controtransfert è mirata a comprendere i sentimenti e le reazioni derivanti dalla dimensione emotiva dell'analista, che reagisce in base alle proprie vicende esperienziali, alle proprie teorie e alla propria visione del mondo. Queste riflessioni rappresentano una svolta nell'ambito del pensiero medico in quanto allargano gli orizzonti, integrando l'attenzione posta sugli aspetti razionali e scientifici del sintomo e della malattia con i risvolti psicologici della persona malata.

Balint ha pensato il suo 'gruppo' come ad una tecnica di formazione attraverso la quale migliorare le capacità dei medici di utilizzare con i pazienti la relazione interpersonale come fattore terapeutico oltre che ad un incontro tra colleghi che potrebbe favorire sia un momento di condivisione dell'esperienza, sia un sostegno psicologico reciproco.

Balint ha sostenuto infatti che, tramite la formazione in gruppo, il medico potrebbe essere aiutato a prendere coscienza dei propri processi inconsci, attraverso la libera espressione delle difficoltà professionali incontrate nel rapporto col malato, incidendo favorevolmente sul decorso della malattia. Balint ha esteso all'interno delle dinamiche affettive del gruppo due concetti fondamentali: l'importanza dell'ambiente e la qualità primaria della relazione. Si tratta di *"un'atmosfera in cui ognuno possa parlare senza fretta, mentre gli altri ascoltano con spirito libero e fluttuante, un'atmosfera che permetta certi silenzi e dia ad ognuno il tempo di scoprire ciò che egli intende o vuole veramente dire..."* (Balint, 1957).

IL VALORE DELLA VACCINAZIONE

nasofaringea, dando origine ad infezioni più o meno gravi. Lo pneumococco si differenzia in oltre **90 sierotipi** a seconda della tipologia di polisaccaridi presenti nella capsula, lo strato di zuccheri a rivestimento della parete cellulare. Tra questi alcuni risultano inoffensivi, altri invece possono essere patogeni; le infezioni più gravi sono causate da un numero ridotto di sierotipi che possono essere neutralizzati dal vaccino antipneumococco. I sintomi della malattia Pneumococcica possono essere diversi a seconda del sito interessato, ossia che si tratti di polmoni, meningi o sangue. Se l'infezione si sviluppa nell'apparato respiratorio e in particolare nei polmoni, si parla di polmonite da pneumococco. I sintomi principali della malattia sono:

IL BENESSERE PSICOFISICO DEL CURANTE I GRUPPI BALINT

Gli echi dei gruppi Balint si fecero sentire, specialmente tra gli anni '60 e '80 in buona parte d'Europa. Fra le esperienze storiche più significative fu l'introduzione dei gruppi Balint in Italia a Trieste.

In Italia attualmente si contano 6 associazioni:

- **L'AMIGB** – Associazione Medica Italiana Gruppi Balint (Milano), membro IBF, fondata da Severino Rusconi;
- **La SRBA** – Scuola Romana Balint Analitica, fondata da Leonardo Ancona; La SIMP – Società Italiana di Medicina Psicosomatica, che organizza tra l'altro le "Giornate Balint di Parma";
- **Il Formas** (Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria) e l'Istituto di Formazione Psicosomatica di Firenze;
- **Il CISSPAT** - Centro Italiano Studio Sviluppo Psicoterapie A Breve Termine (Padova) e, a Torino;
- **IL NODO group** che ha costituito un Centro Studi Balint per la manutenzione del ruolo curante nelle professioni d'aiuto e ha realizzato con l'Editore Fioriti una nuova edizione aggiornata del libro di Balint "Medico, Paziente e Malattia".

La struttura del gruppo Balint:

- ◇ è formato da 6-12 medici e/o operatori sanitari con un conduttore di gruppo di formazione psicoanalitica;
- ◇ gli incontri si svolgono ogni 1-2 settimane e sono della durata di 1 ora e 1/2 o 2 ore per almeno due anni;
- ◇ ad ogni incontro c'è la presentazione da parte di un collega, di un solo caso clinico;
- ◇ su questo caso si pone il focus sulle emozioni e sulla relazione medico-Paziente;
- ◇ la discussione è libera e aperta in un'atmosfera sicura, rilassata, confidenziale e per certi aspetti di gioco;
- ◇ lo scopo degli incontri è quello di affrontare e capire che cosa non ha

IL VALORE DELLA VACCINAZIONE

- **tosse**, con produzione più o meno abbondante di muco purulento a seconda dei casi
- **difficoltà respiratoria**
- **inappetenza**
- **dolore toracico**

Quando il batterio, invece, entra nelle membrane che avvolgono il cervello e il midollo spinale (meningi), infiammandole, si parla di meningite da pneumococco.

Questa patologia comporta una sintomatologia specifica:

- **irrigidimento della parte posteriore del collo**
- **vomito o nausea**
- **alterazione del livello di coscienza**
- **febbre alta**
- **mal di testa**
- **convulsioni**

Nei neonati, poi, possono subentrare altri disturbi come pianti continui, irritabilità e sonnolenza. La sepsi batteriemica, infine, è un'infezione sistemica generata dalla

IL BENESSERE PSICOFISICO DEL CURANTE I GRUPPI BALINT

funzionato sul piano della comunicazione fra operatore e soggetto prendendo in esame le situazioni che vengono portate dai membri stessi del gruppo.

Si tratta quindi di analizzare e capire la situazione problematica e non trovarne la soluzione. Esempi di questo tipo possono essere le situazioni in cui l'operatore ha avuto l'impressione di non essere stato capito o che ha dato una risposta non opportuna, oppure è stato l'utente ad avere avuto una reazione apparentemente incomprensibile. Tutte queste situazioni verrebbero analizzate con lo scopo di comprendere che cosa è effettivamente successo fra le persone in quel momento.

Il gruppo, ponendosi come "punto di vista esterno," in grado di analizzare le dinamiche che si sono instaurate nel colloquio fra lo psicologo e il paziente, ha l'enorme vantaggio di cogliere quegli aspetti che sono sfuggiti all'operatore che ha gestito il colloquio, proprio perché era personalmente coinvolto nella relazione stessa.

La finalità del gruppo Balint, quindi, non è quella di analizzare egli operatori, e neppure di risolvere le problematiche relative ai singoli casi, ma di usare il materiale presentato in discussione per un addestramento pratico alla relazione.

Nel gruppo il medico che espone il caso clinico non lo fa per mettere sotto giudizio il proprio operato, piuttosto per comprendere se stesso in quella situazione traendo vantaggio dalla condivisione. Allo stesso modo, chi ascolta, misura la propria emotività e i propri schemi relazionali valutandoli criticamente.

La nostra esperienza di gruppo Balint ha dimostrato quanto sia difficile comunicare e quanto non siamo preparati a comunicare con le persone oggetti di cure e tra noi professionisti della salute. Comunicare è un momento di cura e quindi abbiamo il dovere di imparare a comunicare per rendere la nostra attività professionale più efficace ed efficiente e anche per fronteggiare il fenomeno della violenza contro gli operatori sanitari.

IL VALORE DELLA VACCINAZIONE

presenza dello pneumococco nel sangue. I sintomi legati a questa infezione variano in base alla severità del contagio e possono andare da una febbre che si auto risolve, nei casi più lievi, a shock settici con possibile esito fatale, nei casi più gravi. Sia la polmonite da pneumococco che la meningite da pneumococco possono progredire fino alla sepsi portando anche alla compromissione degli organi e allo shock settico.

I soggetti più a rischio di sviluppare un'infezione da pneumococco e di conseguenza una **malattia pneumococcica invasiva** sono **i bambini nel primo anno di vita e gli anziani al di sopra dei 65 anni**. Sono ritenute a rischio anche le persone con una depressione del sistema immunitario o soggette a patologie croniche come diabete, cardiopatie, insufficienza renale, malattie del sangue o del fegato, i fumatori e i pazienti a cui è stata tolta la milza o la cui milza non è efficiente.

IL BENESSERE PSICOFISICO DEL CURANTE I GRUPPI BALINT



Michael Balint è stato uno psicoanalista ungherese (1896-1970) che ha esercitato la sua professione in molti paesi come l'Ungheria, la Germania nazista ed infine l'Inghilterra. Qui lavorò all'Istituto Tavistock con un gruppo di operatori sociali e psicologi sull'idea di indagare le relazioni umane. Michael Balint divenne col tempo il leader di questo gruppo e sviluppò quello che ora è noto come il gruppo Balint.

Negli anni '40 il mondo della psicoanalisi contrapponeva due correnti che mettevano a confronto il pensiero di A. Freud e quello di M. Klein. Balint non scese nell'area delle polemiche e della discordia e si collocò nel "Middle group".

Balint, infatti, darà il suo contributo originale e pionieristico nel campo della formazione dei medici, approfondendo l'aspetto psicologico della pratica medica tramite gli aspetti teorico-clinici della relazione d'oggetto, del transfert e del controtransfert. Il transfert viene definito, in tale relazione, il fenomeno attraverso cui il paziente è portato a trasferire sull'analista, in modo inconsapevole, le caratteristiche delle sue relazioni con le figure di riferimento del suo passato. L'analisi del controtransfert è mirata a comprendere i sentimenti e le reazioni derivanti dalla dimensione emotiva dell'analista, che reagisce in base alle proprie vicende esperienziali, alle proprie teorie e alla propria visione del mondo. Queste riflessioni rappresentano una svolta nell'ambito del pensiero medico in quanto allargano gli orizzonti, integrando l'attenzione posta sugli aspetti razionali e

IL VALORE DELLA VACCINAZIONE

Esistono 2 tipi di vaccini pneumococcici : **coniugato** e **polisaccaridico**.

- il **vaccino coniugato**

pneumococcico 13-valente (PCV13) contiene 13 polisaccaridi capsulari purificati dallo *S. pneumoniae* (1,3,4,5,6A,6B,7F,9V,14,18C,19A,19F,23F)

- il **vaccino coniugato**

pneumococcico 15-valente (PCV15) contiene 15 polisaccaridi capsulari purificati dallo *S. pneumoniae* (1,3,4,5,6A,6B,7F,9V,14,18C,19A,19F,22F,23F e 33F)

- il **vaccino coniugato**

pneumococcico 20-valente (PCV20) contiene 15 polisaccaridi capsulari purificati dallo *S. pneumoniae* (1,3,4,5,6A,6B,7F,8,9V,10A,11A,12F,14,15B,18C,19A,19F,22F,23F e 33F)

- il **vaccino pneumococcico**

polisaccaridico 23-valente (PPSV23) contiene gli antigeni derivati dai 23 sottotipi più virulenti dello *S. pneumoniae* (1,3,4,5,6A,6B,7F,8,9N,9V,10A,11A,12F,14,15B,17F,18C,19A,19F,20,22F,23F e 33F) tra gli 83 noti.

IL BENESSERE PSICOFISICO DEL CURANTE

I GRUPPI BALINT

scientifici del sintomo e della malattia con i risvolti psicologici della persona malata.

Balint pensa al suo 'gruppo' come ad una tecnica di formazione attraverso la quale migliorare le capacità dei medici di utilizzare con i pazienti la relazione interpersonale come fattore terapeutico oltre che ad un incontro tra colleghi che può favorire sia un momento di condivisione dell'esperienza, sia un sostegno psicologico reciproco.

Balint sostiene infatti che, tramite la formazione in gruppo, il medico può essere aiutato a prendere coscienza dei propri processi inconsci, attraverso la libera espressione delle difficoltà professionali incontrate nel rapporto col malato, incidendo favorevolmente sul decorso della malattia. Balint estende all'interno delle dinamiche affettive del gruppo due concetti fondamentali: l'importanza dell'ambiente e la qualità primaria della relazione. Si tratta di ***"un'atmosfera in cui ognuno possa parlare senza fretta, mentre gli altri ascoltano con spirito libero e fluttuante, un'atmosfera che permetta certi silenzi e dia ad ognuno il tempo di scoprire ciò che egli intende o vuole veramente dire..."*** (Balint, 1957)

*Manzari Stefania
Sblendorio Margherita
Tricarico Teresa*



IL VALORE DELLA VACCINAZIONE

I due vaccini agiscono differentemente sulla genesi della risposta immunitaria:

-il **PCV 20** innesca una **risposta immunitaria T-CELL dipendente**, in quanto va a stimolare prima le cellule TH2 e ,in seguito, i linfociti B e le plasmacellule,dando una risposta immunitaria piu' completa e duratura

-il **PPSV23** innesca una **risposta immunitaria T-CELL indipendente** , in quanto va a stimolare direttamente i linfociti B e le plasmacellule, dando una risposta determinata nel tempo e ,pertanto, si ha necessità di più richiami immunologici sequenziati.

Il **PCV 13** conferisce una maggiore protezione contro le patologie pneumococciche invasive e stimola la risposta anticorpale nei neonati, attualmente sostituito dal **PCV15**.

A tale scopo lo si raccomanda a:

◇ tutti i nuovi nati in 3 dosi al 3°/5°, 11° e 13° mese di vita;



IL VALORE DELLA VACCINAZIONE

◇ bambini di età compresa fra i 12 e i 23 mesi (2 dosi con intervallo di almeno 2 mesi fra le dosi);

◇ bambini di età compresa fra i 2 e i 5 anni (una dose singola).

Il PPSV23, invece, riduce la batteriemia fino all'81% nella popolazione adulta riducendo l'incidenza della polmonite, ma è meno efficace negli anziani debilitati.

La scheda vaccinale antipneumococcica per gli adulti prevede quanto segue:

◇ **popolazione ultra65enne o a rischio (≥ 18 aa) vergine mai immunizzata**

In questa coorte è prevista una prima dose di PCV20 e dopo 2/12 mesi una dose di PPSV23

◇ **popolazione ultra65enne o a rischio (≥ 18 aa) già immunizzata con PPSV23**



IL VALORE DELLA VACCINAZIONE

In questa coorte è prevista solo una dose di PCV20 a distanza di almeno un anno dalla prima dose di PPSV23

- ◇ e, in seguito, una dose di richiamo di PPSV23, se paziente fragile a distanza di 4/5 anni.
- ◇ I vaccinati con PCV13 e che hanno eseguito la sequenziale con PPSV23 **NON** devono eseguire ulteriore vaccinazione antipneumococcica.

L'Advisory committee on Immunization Practices (ACIP) USA indica la sola somministrazione di PCV20, mentre l'EMA e l'AIFA propongono nei pazienti di età pari o superiore ai 18 anni la vaccinazione con il PCV20 seguito sempre dal PPSV23.

La **vaccinazione antipneumococcica è una vaccinazione destagionalizzata, può essere somministrata in qualsiasi periodo dell'anno e indipendentemente da quella antinfluenzale.**



IL VALORE DELLA VACCINAZIONE

L'obiettivo della copertura vaccinale antipneumococcica rimane, come per l'antinfluenzale, del 75% dei pazienti untra65enni.

Occorrono strategie per raggiungere un ottimo target vaccinale sia per la vaccinazione antinfluenzale che per quella antipneumococcica.

Cosa possibile?:

- *Migliorare la comunicazione;**
- *Attuare Medicina d'Iniziativa;**
- *Formazione operatori sanitari;**
- *Aumentare la consapevolezza della gravità delle malattie infettive in termini di salute e di ripercussioni sulla società e la sostenibilità economica;**
- *Monitoraggio attivo dei dati di copertura vaccinale;**



IL VALORE DELLA VACCINAZIONE

- * **Crederne nei dati di efficacia;**
- * **Abbatere “l’esitanza vaccinale” .**

Noi MAp dovremmo inoltre:

- * **chiedere di poter discutere il rifiuto, verificando il tipo di rifiuto e improntando una discussione breve che lasci la porta aperta;**
- * **non respingere le preoccupazioni, anzi riconoscerle;**
- * **non esagerare nell’enfasi sulla sicurezza dei vaccini;**
- * **evitare lo scontro diretto per le credenze filosofiche, religiose o scientifiche;**
- * **evitare il confronto e il ping-pong scientifico;**
- * **fornire informazioni sui percorsi corretti di approfondimento;**
- * **offrire la possibilità di più appuntamenti;**



IL VALORE DELLA VACCINAZIONE

***esplorare la ricettività ad un
programma o consulenza
specialistica individuale;**

Nicola Cofano





Edizione di luglio 2023