



ORDINE DEI MEDICI
chirurghi e odontoiatri
della provincia di Cuneo +

MAMMA, MI STARÀ MICA SCAPPANDO LA PROFESSIONE...

Claudio BLENGINI



Sarà mica che ci stiamo perdendo qualche battuta, forse anche più di una? Forse che il Covid ci impegna troppo e ci sta sfuggendo la visione di insieme e il quadro generale? O forse proprio il Covid sta diventando il grimaldello per modificare la professione? Siamo preparati ai cambiamenti? Siamo in grado di governarli, di essere propositivi, di essere proattivi? I giovani colleghi hanno capito che in questo periodo si sta definendo il loro futuro? Non solo l'oggi e il domani immediato, ma anche il dopo. Sono preparati? Siamo tutti preparati? Siamo in grado di affrontare i cambiamenti, qui e adesso, senza patemi? Siamo in grado di fare sentire la nostra voce? Di dire quello che vogliamo e soprattutto quello che non vogliamo? Di avere una *vision* per la nostra professione che valga per oggi, ma che soprattutto ci permetta di progettare il domani? Siamo capaci di saper cogliere il segno dei tempi e saper ridefinire la nostra collocazione? Di saper dialogare con le altre figure professionali che stanno pesantemente entrando in campo? Di dire la nostra e soprattutto di saperci confrontare dialetticamente con la loro? Direi che sono più o meno queste le domande che mi frullano in testa da un po' di mesi e che, con il procedere del tempo, si fanno sempre più pressanti e mi generano un certo disorientamento e non pochi patemi. I nostri più stretti collaboratori, gli infermieri, sono ormai scesi in campo ipotizzando per loro compiti e mansioni di alto profilo professionale e gestionale. Non a caso la presidente della FNOPI Barbara Mangiagalli in una recente intervista dichiarava su "Quotidiano Sanità": *il Recovery Plan parla la lingua degli infermieri: dagli ospedali di comunità all'assistenza a domicilio. Noi protagonisti del cambiamento. Indicando le seguenti priorità per un Recovery Plan efficiente: Riformare il percorso di formazione degli infermieri con maggiori organici e specializzazioni; cambiare rotta sugli interventi terapeutici grazie all'ampliamento delle competenze anche in riferimento alla possibilità di prescrizione; gestire e coordinare processi assistenziali anche attraverso nuovi strumenti di teleassistenza. E soprattutto assistenza infermieristica territoriale con il potenziamento e la diffusione a livello nazionale del ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità; valorizzare la professione delineando il mix quali-quantitativo del personale nel medio periodo (staffing) in relazione agli standard di esiti di cura attesi sulla popolazione; valutare, reclutare e valorizzare competenze specialistiche in relazione alle specifiche esigenze dell'organizzazione attraverso strumenti di selezione dei candidati.* Anche gli operatori sociosanitari OSS si stanno affacciando con decisione nel dibattito sul futuro della Sanità sostenibile, rimarcando che il loro ruolo non debba né possa più essere considerato quello di un "mero esecutore di ordini", ma che, con la formazione su tematiche di loro pertinenza, ha assunto un preciso ambito di competenza ed autonomia professionale e gestionale. Ma alla pro-

posta di delegare alcuni compiti agli operatori sociosanitari gli infermieri sono insorti sostenendo, qui è ancora la Mangiagalli che parla, che gli OSS ... *sarebbero abilitati a compiti propri della professione medica e infermieristica esclusivamente con una formazione di 150 ore di didattica e 250 ore di tirocinio, sicuramente non sufficiente per compiti complessi come quelli che nella pandemia sono configurati anche per la sola vaccinazione, facendo venire meno anche gli interessi della persona malata, che potrebbe in questo caso non essere assistita nel miglior modo possibile e non godere degli stessi diritti e delle stesse specificità di cittadini di altre Regioni, alterando in questo modo sia il significato dei Livelli essenziali di assistenza che quello, più grave, del diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione.*

Pure i farmacisti sono entrati decisamente nel dibattito e nella progettazione della nuova Sanità ancora in divenire, proponendo anche loro una implementazione di ruolo e funzioni al punto da ottenere la possibilità di vaccinare contro il Covid in questa pandemia. Assumendo così, de facto, un ruolo e una funzione che fino ad ora era stata riservata solo ed unicamente al medico. Una deroga specifica e per ora unica, dettata dall'emergenza che ha portato al superamento contingente di quello che per definizione è un atto medico, come la vaccinazione, di sicuro fino ad ora appannaggio e responsabilità unicamente del medico e che può diventare invece un precedente per possibili ulteriori concessioni che certamente la categoria non si augura e intende prevenire. Insomma c'è il tentativo da parte di molte, per non dire tutte le anime della Sanità, di riposizionarsi e di trovare un proprio spazio magari più ampio a scapito di chi lo deteneva in precedenza. E noi medici quale voce facciamo sentire in questo dibattito? Quali sono le proposte che abbiamo messo in campo o intendiamo mettere per equilibrare l'ago della bilancia? Abbiamo cominciato a parlare più di due anni fa, su proposta di FNOMCeO, di rifondazione della medicina e sicuramente la questione non solo era interessante, ma estremamente utile e proficua visto i tempi che corrono. L'annuncio degli Stati Generali della professione medica e odontoiatrica indetti per il 2019, giova ricordarlo, fu fatto dal presidente Filippo Anelli nel luglio del 2018. Il problema è che come sempre bisogna passare dalle parole ai fatti. E in quest'epoca di Covid e di rapidi cambiamenti mai necessità di concretezza è stata più cogente. Il problema è che altre categorie hanno disegnato il loro futuro, vedi gli infermieri che si battono strenuamente nelle sedi istituzionali per fare valere la loro idea di professione per il presente e il futuro, occupando anche spazi che i medici hanno disdegnato ritenendoli di minore importanza, rinunciando a presidiarli concretamente. È evidente che sono in atto cambiamenti importanti per non dire sostanziali in area medica e più in generale in area sanitaria. Il problema è aver chiaro dove si intende andare con la professione oggi e ancora più domani. È necessario saper con certezza quali spazi si vuole tenere e quali si vuole invece delegare ad altre figure professionali. La salute come la Sanità non possono essere appannaggio di una sola figura in un'epoca in cui ciascuna delle professioni attinenti alla Sanità e alla Salute sta cercando di definire un proprio ruolo preciso e un proprio spazio concreto di operatività, essere presenti nel confronto e sui tavoli che contano, quando si disegna il futuro della Sanità e della Professione, è un *must* e non un *optional*. Ho invece la sensazione che la rifondazione sia stata più una dotta dissertazione di pochi per pochi che ha fatto fatica a raggiungere la categoria, a suscitare l'interesse, promuovendo un vero dibattito in grado di produrre un progetto concreto per le diverse anime della medicina e una road map con tempi e modi per realizzarlo. Il problema è che dove non siamo propositivi lo sono e lo saranno altri. Dove non siamo presenti a presidiare il ruolo della professione con proposte concrete e sostenibili, lo saranno altri. Dare tutto per scontato, quasi che quanto acquisito sia ormai scolpito in modo immodificabile nel tempo e dal tempo è una pia illusione ai nostri giorni. Il Next Generation Found dovrebbe dare all'Italia una ingente quantità di denaro di cui una parte significativa è prevista per la Sanità con l'obiettivo in primis di potenziare in modo sostanziale la medicina del territorio. Medicina territoriale che in molte Regioni non ha potuto sempre fronteggiare al meglio, in prima battuta, la pandemia proprio perché è stata smantellata e svilita nei suoi compiti e nelle sue funzioni. Su questo i medici di famiglia dovranno interrogarsi per quanto attiene al loro futuro immediato e di prospettiva. Dovranno chiedersi, senza



crearsi troppe illusioni o falsi alibi, se la visione dei cittadini sia sempre e incondizionatamente a supporto della figura del medico di famiglia. Dovranno domandarsi con franchezza se la popolarità che hanno sempre avuto continua ad essere tale o se invece, a fronte di molti colleghi che si sono spesi in prima persona nel periodo drammatico di pandemia, altri che invece hanno rinunciato al proprio ruolo, come ha sostenuto di recente Milena Gabanelli in un suo intervento televisivo, finendo per fare prevalentemente i burocrati e i compilatori più che occuparsi di visitare i malati, di fare diagnosi e terapia. La questione non è di secondaria importanza perché la diagnostica e la terapia per ora non possono che essere gestite da un medico, compilare carte o riempire moduli è un compito che invece può essere assunto facilmente da molti attori, con un minor costo per lo Stato. Certo l'assenza del rinnovo dell'ACN ha di fatto impedito di ripensare (magari premiandola anche economicamente ... per questo basti vedere la significativa differenza tra retribuzione dei medici italiani, non solo dei MMG, e quella dei medici europei) ad una nuova figura di MMG meno burocratica e più clinica, se venisse supportata anche da strumenti adeguati, da percorsi e interazioni sinergiche sia in ambito territoriale che di collegamento con l'ospedale. E soprattutto se coadiuvata dalla presenza di personale dedicato, sia di segreteria che infermieristico, per contenere il peso preponderante che la burocrazia ha assunto rispetto al curare e al prendersi cura. Personale che possa collaborare a rispondere in modo puntuale e tempestivo alle esigenze del cittadino e del malato che ha da sempre con il medico di famiglia un rapporto unico e privilegiato dato che quest'ultimo ne è continuamente il primo interlocutore. Inoltre il denaro che arriverà dall'Europa non è senza contropartita. Arriverà se saranno fatte le riforme e quindi anche quelle in ambito sanitario per quanto riguarda i finanziamenti a tutela della salute. È vero che sono potenzialmente tanti i fondi dell'Europa dedicati alla nostra Sanità di cui potremmo usufruire con un progetto serio che declini un organigramma e una progettualità condivisa tra ospedale e territorio, che ipotizzi sinergie e percorsi e implementi la debole e scoordinata, al momento attuale, realtà territoriale. Così da farci trovare pronti la prossima volta se in futuro ci troveremo ad affrontare emergenze mediche planetarie o semplicemente nazionali. Ma il fatto che ci siano soldi disponibili non significa che li otterremo se non saremo in grado di fare le riforme e questo è tutto meno che scontato, bisogna anche considerare che da tempo si stanno valutando i costi a fronte dei risultati. E questo vuol dire che tutto quello che può essere fatto da altre professioni con la stessa efficacia e a minor costo passerà di mano e cosa che in parte è già successa. Se non sapremo affermare con chiarezza quale sia il nostro ruolo e quali siano gli ambiti in cui svolgerlo, se non riusciremo a definire rapidamente quanto, quando e dove siamo non solo utili ma indispensabili, se non chiariremo a noi prima di tutto e poi agli altri quale sia il nostro ruolo professionale al giorno d'oggi, quali siano gli ambiti di nostra pertinenza e quali invece siano delegabili, allora subiremo, come stiamo già in parte facendo, le scelte di altri. E non è poi tanto visionario pensare che a breve la Sanità e il Ruolo del medico potrebbero essere ridisegnati in un modo completamente diverso da quello che ci siamo abituati a pensare e a vedere. Se non saremo in grado di chiarirci e di chiarire perché e dove il medico fa la differenza allora ci diranno altri dove e quando serviamo e dove invece siamo diventati superflui. Mi sembra che il rischio concreto sia chiudere la stalla dopo che sono scappati i buoi, salvo poi lamentarsene e rimpiangere amaramente il passato. Ma non ci si può adagiare sugli allori o semplicemente su quanto acquisito e darlo per scontato. Il rischio è di svegliarsi di brutto una mattina e accorgersi, magari con stupore perché non si è osservato e riflettuto con sufficiente attenzione su quello che sta da tempo accadendo ed è sotto gli occhi di tutti, che la situazione è profondamente cambiata e non certamente a nostro favore. Il treno sta passando rapidamente, se forse non è già passato, la domanda è: ci siamo saliti sopra?

FOCUS SULL'USO DEGLI ANTICORPI MONOCLONALI PER IL TRATTAMENTO DI COVID-19

(Bamlanivimab, Bamlanivimab/Etesevimab e Casirivimab/Imdevimab): un'arma vincente nella lotta alla pandemia, parallelamente alla vaccinazione

PREMESSA

Tanto i media, quanto le interviste istituzionali, discutono prevalentemente di vaccini, poco o nulla di terapia. Premettendo che i vaccini sono fondamentali, gli anticorpi monoclonali sono una potente componente dell'arsenale farmacologico che abbiamo a disposizione per trattare i pazienti infetti e sintomatici riducendo il rischio di ospedalizzazione o, laddove invece il paziente si trovasse già ricoverato, di stabilizzarne la condizione, intervenendo sulla sindrome indotta da Coronavirus.

CONTESTO NORMATIVO NAZIONALE

Il 5 febbraio 2021, l'AIFA ha reso pubblico il parere della Commissione Tecnico Scientifica (CTS), riunitasi in seduta straordinaria nelle giornate del 2, 3 e 4 febbraio 2021, sugli anticorpi monoclonali per il trattamento del Covid-19.

Come indicato nel parere, adottato il 4 febbraio 2021, «la CTS, pur considerando l'imaturità dei dati e la conseguente incertezza rispetto all'entità del beneficio offerto da tali farmaci, ritiene, a maggioranza, che in via straordinaria e in considerazione della situazione di emergenza, possa essere opportuno offrire comunque un'opzione terapeutica ai soggetti non ospedalizzati che, pur avendo una malattia lieve/moderata risultano ad alto rischio di sviluppare una forma grave di COVID-19 con conseguente aumento delle probabilità di ospedalizzazione e/o morte. Si tratta, in particolare, di un *setting* a rischio per il quale attualmente non è disponibile alcun trattamento *standard* di provata efficacia». Questi medicinali, come si evince, non sono stati ancora completamente studiati e non hanno ricevuto l'approvazione dell'Agenzia europea per i medicinali (EMA): in Italia ne è stata autorizzata la temporanea distribuzione per il trattamento di Covid-19, con il Decreto del Ministro della Salute 6 febbraio 2021, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale dell'8 febbraio 2021, n. 32, ricorrendo al fondo di 400 milioni di euro messo a disposizione per l'acquisto di vaccini e farmaci contro Sars-Cov-2.

In ragione dell'incertezza sui dati disponibili, tuttavia, le tre opzioni terapeutiche disponibili (Bamlanivimab, Bamlanivimab/Etesevimab e Casirivimab/Imdevimab, rispettivamente approvate con Determina AIFA nella GU n. 58 del 09-03-2021, n. 66 del 17-03-2021 e n. 71 del 23-03-2021), sono sottoposte a stretto monitoraggio con registro AIFA attivo, per quanto riguarda la prescrizione nel rispetto dei criteri di eleggibilità, e a monitoraggio addizionale per ciò che concerne l'ottimizzazione dell'attività di farmacovigilanza specifica.



AO Santa Croce
e Carle di Cuneo

SC Farmacia Ospedaliera:
Dr.ssa Claudia FRUTTERO,
Direttore (in alto)

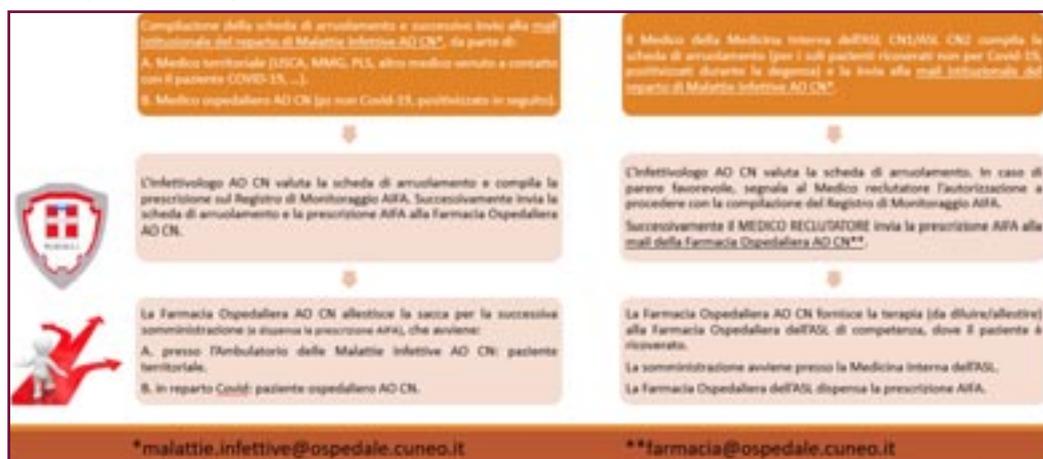
Dr.ssa Giorgia PELLEGRINO,
Dirigente (al centro)
SC Malattie Infettive
e Tropicali:

Dr Valerio DEL BONO,
Direttore (in basso)

CONTESTO NORMATIVO PIEMONTESE E MODUS OPERANDI NELLA REALTÀ CUNESE

Per quanto riguarda la realtà piemontese, è stato il DIRMEI, di pari passo con il Settore Farmaceutico, a dettagliare il *modus operandi* da adottare in Regione per la gestione degli Anticorpi Monoclonali, coinvolgendo ad ampio spettro le figure mediche ospedaliere e territoriali. In particolare, il 26-03-2021 è stata pubblicata la quinta revisione del "Protocollo per la presa in carico dei pazienti Covid a domicilio da parte delle unità speciali di continuità assistenziale, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta" che recepisce i contenuti della DD n. 10210 del 17.03.21 della Direzione Sanità e Welfare, nella quale si precisa che l'**individuazione dei pazienti sintomatici positivi per SARS-CoV-2, candidabili alla terapia con anticorpi monoclonali, è compito del Medico di Medicina Generale (MMG), del Pediatra di Libera scelta (PLS) e/o del Medico delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale e dei medici che abbiano l'opportunità di entrare in contatto con pazienti affetti da COVID-19**, così come nell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle, i Medici del D.E.A. possono reclutare i pazienti, attenendosi ai vincoli sopracitati, mediante compilazione della scheda di arruolamento. Il medico che ha individuato il paziente arruolabile invierà la suddetta scheda all'Infettivologo ospedaliero (Immagine 1).

Immagine 1 - Iter prescrittivi nella realtà cuneese



In caso di parere favorevole da parte dell'Infettivologo, la somministrazione dell'anticorpo monoclonale viene effettuata in uno dei centri ospedalieri individuati, in regime ambulatoriale, dopo redazione della prescrizione su Registro AIFA da parte dell'Infettivologo. Lo stoccaggio e l'allestimento della terapia a base di anticorpi monoclonali, nonché la dispensazione della prescrizione AIFA, è a carico delle Farmacie Ospedaliere dei centri di riferimento (dettagliati in seguito). Sebbene l'approvvigionamento e la logistica del farmaco siano gestite centralmente dal Ministero della Salute, infatti, le sedi dedicate al deposito dei farmaci nella Regione Piemonte sono le farmacie ospedaliere dei 4 HUB individuati: l'Ospedale Amedeo di Savoia, l'Ospedale S. Croce e Carle di Cuneo, l'Azienda Ospedaliera SS. Antonio, Biagio e Cesare Arrigo e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Maggiore della Carità di Novara. Inoltre, per la somministrazione e dispensazione AIFA, sono state identificate le Aziende aventi il reparto Malattie Infettive e Tropicali ovvero: Città della Salute di Torino, ASL Asti, ASL Biella, ASL VCO e ASL Vercelli (che, per l'approvvigionamento, devono comunque far riferimento al centro HUB di competenza).

Va da sé che nell'ambito cuneese, l'arruolamento dei pazienti candidabili può, e deve, essere effettuato dai Medici territoriali dell'ASL CN1 e dell'ASL CN2 ma la sola sede autorizzata alla prescrizione ed infusione delle terapie monoclonali per Covid-19 è l'AO Santa Croce e Carle di Cuneo ed in particolare la SC Malattie Infettive e Tropicali.

In data 21.04.2021, con Nota del Settore Farmaceutico N. 15029, è stata infine introdotta la gestione della casistica dei pazienti ricoverati non per Sars-Cov-2 che si sono positivamente durante la degenza, con manifestazione di sintomi lievi/moderati: in tali esclusivi casi, è stata autorizzata la prescrizione e la somministrazione della terapia in questione da parte dei reparti di Medicina Interna di tutti gli ospedali regionali, previo invio della relativa scheda di arruolamento agli specialisti infettivologi dell'Azienda di riferimento e alle farmacie ospedaliere deputate alla fornitura del farmaco (Immagine 1).

ANTICORPI MONOCLONALI E ANTICORPI MONOCLONALI ANTI COVID-19: COSA SONO E COME AGISCONO

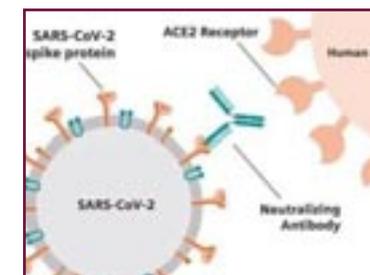
L'**anticorpo monoclonale** è una molecola specifica sviluppata in laboratorio per potenziare la risposta naturale del sistema immunitario in caso di tumori, malattie autoimmuni (es. patologie reumatologiche) e di infezioni. Gli anticorpi monoclonali, rispetto ad altri interventi terapeutici, presentano il vantaggio di colpire selettivamente una parte essenziale del processo infettivo. Prima del Covid-19, sono stati sviluppati anticorpi monoclonali per il trattamento di diverse infezioni virali, come l'Ebola e la Rabbia.

Gli anticorpi monoclonali anti Covid-19, Bamlanivimab (anticorpo monoclonale IgG1 completamente umano), Etesevimab (anticorpo monoclonale IgG1 completamente umano), Casirivimab e Imdevimab (due anticorpi monoclonali IgG1 umani ricombinanti non modificati nelle regioni Fc), sono anticorpi monoclonali che agiscono contro Covid-19. I quattro anticorpi sono stati progettati per legarsi alla proteina *spike* di SARS-CoV-2, in siti diversi: il *binding* alla proteina *spike* impedisce al virus di penetrare nelle cellule dell'organismo e quindi di sviluppare la malattia in forma grave - con tutti i danni funzionali che ne derivano e che ben conosciamo. Il loro utilizzo in associazione (casirivimab -imdevimab e bamlanivimab-etesevimab), in virtù del legame a siti diversi della proteina, incrementa l'effetto terapeutico rispetto all'uso in monoterapia ed è questo il motivo per cui si predilige la terapia di combinazione.

STUDI A SOSTEGNO DELL'UTILIZZO DEGLI ANTICORPI MONOCLONALI ANTI COVID-19

Bamlanivimab (Eli Lilly)

Dai dati di BLAZE-1, uno studio di fase 2 randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo in pazienti con COVID-19 da lieve a moderato di recente diagnosi in regime ambulatoriale, si evince che il dosaggio di 700 mg in mono-somministrazione endovenosa è associato ad una riduzione, in valori assoluti, del tasso di ospedalizzazione o di visite al pronto soccorso al giorno 29 di circa il 5% nella popolazione generale (9/156, pari al 5.8% nel placebo vs 1/101, pari all'1% nel braccio trattato), che in un'analisi esplorativa appare salire a circa l'11% (7/52, pari al 13.5% nel placebo vs 1/37, pari a 2.7% nel braccio trattato) nei pazienti ad alto rischio.



I pazienti trattati con bamlanivimab hanno inoltre mostrato una ridotta carica virale.

Bamlanivimab – Etesevimab (Eli Lilly)

Dallo studio BLAZE-1, su pazienti ad alto rischio recentemente diagnosticati Covid, il trattamento con Bamlanivimab ed Etesevimab riduce il rischio di ospedalizzazione e morte per Covid-19 del 70%.

In 1.035 pazienti, ci sono stati 11 eventi (2,1%) nei pazienti che assumevano la terapia e 36 eventi (7,0%) nei pazienti che assumevano placebo, che rappresentano una riduzione del rischio del 70%.

Ci sono stati 10 decessi in totale, tutti verificatisi in pazienti che assumevano placebo, e nessun decesso nei pazienti che assumevano Bamlanivimab ed Etesevimab insieme.

Casirivimab – Imdevimab (Regeneron/Roche)

Lo studio di fase III sugli "outcome" in pazienti non ospedalizzati ad alto rischio con COVID-19 ha raggiunto il suo endpoint primario, dimostrando che il cocktail di anticorpi sperimentali di casirivimab e imdevimab ha ridotto il rischio di ospedalizzazione o morte del 70% (1.200 mg per via endovenosa EV) e 71% (2.400 mg EV) rispetto al placebo. Casirivimab e imdevimab hanno anche raggiunto tutti gli endpoint secondari chiave nello studio di fase III REGN-COV 2067, inclusa la capacità di ridurre la durata dei sintomi da 14 a 10 giorni (numeri mediani).

Inoltre, uno studio complementare di fase II (REGN-COV 20145) in pazienti non ospedalizzati sintomatici o asintomatici a basso rischio con COVID-19, ha mostrato riduzioni della carica virale significative.

PRESCRIVIBILITÀ DEGLI ANTICORPI MONOCLONALI ANTI COVID-19

Come spiegato in precedenza, le tre opzioni terapeutiche (Bamlanivimab, Bamlanivimab/Etesevimab e Casirivimab/Imdevimab) sono sottoposte a monitoraggio AIFA, vale a dire che la prescrizione può essere effettuata esclusivamente nel limite dell'eleggibilità dei pazienti, secondo i seguenti criteri di inclusione:

Eleggibilità dei pazienti adulti (≥ 18 anni)

Setting: pazienti positivi per SARS-CoV-2, non in ossigenoterapia per Covid-19, con sintomatologia di grado lieve o moderato (= febbre, tosse, ageusia/disgeusia, anosmia, faringodinia, astenia, cefalea, mialgie, sintomi gastrointestinali, dispnea, tachipnea) e presenza di almeno uno dei seguenti fattori di rischio:

- Body Mass Index ≥ 35 ;
- Malattia renale cronica (dialisi peritoneale o emodialisi);
- Diabete mellito non controllato o con complicanze croniche;
- Immunodeficienze primitive o secondarie (particolare riguardo ai pazienti onco-ematologici in trattamento con farmaci mielo/immunosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure);
- >65 anni (con almeno un ulteriore fattore di rischio, tra quelli elencati);
- ≥ 55 anni con:
 - *malattia cardio-cerebrovascolare (inclusa ipertensione con concomitante danno d'organo) oppure;*
 - *BPCO (con almeno 5 riacutizzazioni) e/o altre malattie respiratorie croniche.*

Eleggibilità dei pazienti pediatrici (12-17 anni)

Setting: pazienti positivi per SARS-CoV-2, non in ossigenoterapia per Covid-19, con sintomatologia di grado lieve o moderato (= febbre, tosse, ageusia/disgeusia, anosmia, faringodinia, astenia, cefalea, mialgie, sintomi gastrointestinali, dispnea, tachipnea) e presenza di almeno uno dei seguenti fattori di rischio:

- BMI ≥ 85 esimo percentile per età e genere;
- Malattia renale cronica (dialisi peritoneale o emodialisi);
- Diabete mellito non controllato o con complicanze croniche;
- Immunodeficienze primitive;
- Immunodeficienza secondaria (particolare riguardo ai pazienti onco-ematologici in trattamento con farmaci mielo/immunosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure);
- Anemia falciforme
- Malattie cardiache congenite o acquisite;
- Malattia del neuro-sviluppo;
- Dipendenza da dispositivo tecnologico (p.es. soggetti con tracheotomia, gastrostomia, ecc.);
- Asma o altre malattie respiratorie che richiedono medicazioni giornaliere per il loro controllo.

SCHEDULA DI SOMMINISTRAZIONE, MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE E PRINCIPALI REAZIONI AVVERSE DI BAMLANIVIMAB, BAMLANIVIMAB/ETESEVIMAB E CASIRIVIMAB/IMDEVIMAB

Gli anticorpi monoclonali per Covid-19 devono essere somministrati al più presto, dopo un test Covid-19 positivo ed entro 5-10 giorni dall'insorgenza dei sintomi. Le posologie differiscono a seconda dell'opzione terapeutica specifica ma è prevista, in tutti i casi, una singola somministrazione endovenosa della durata di un'ora, da effettuare in regime ambulatoriale.

Va inoltre precisato che il paziente, dopo l'infusione, deve essere monitorato clinicamente per altri 60 minuti; successivamente può tornare al domicilio.

Per quanto riguarda la sicurezza di queste terapie, sottoposte a monitoraggio addizionale, è previsto che i medici e gli altri operatori sanitari, nell'ambito della propria attività, segnalino entro e non oltre 36 ore le sospette reazioni avverse (ADRs), osservate nei pazienti.

Bamlanivimab vial (Eli Lilly)

Modalità di allestimento e somministrazione: deve essere diluito in soluzione fisiologica 0,9% e somministrato con una singola infusione endovenosa (700 mg).

Principali eventi avversi (ADRs): modifiche alla pressione sanguigna o alla frequenza cardiaca, febbre, mal di testa, dolori muscolari, mancanza di respiro, respiro sibilante, gonfiore del viso, delle labbra, della lingua o della gola (angioedema), prurito, eruzione cutanea, sensazione di malessere (nausea), vomito, diarrea.

Bamlanivimab – Etesevimab vials (Eli Lilly)

Modalità di allestimento e somministrazione: devono essere diluiti in soluzione fisiologica 0,9% e somministrati insieme con una singola infusione endovenosa (700 mg + 1.400 mg).

Gli eventi avversi riportati più frequentemente sono stati nausea e diarrea. La maggior parte delle reazioni si è verificata durante l'infusione ed è stata segnalata come di gravità lieve e non correlata alla dose. Non ci sono stati cambiamenti nei segni vitali e i sintomi più frequenti sono stati prurito, arrossamento, eruzione cutanea e gonfiore del viso.

Casirivimab – Imdevimab vials (Regeneron/Roche)

Modalità di allestimento e somministrazione: devono essere diluiti in soluzione fisiologica 0,9% e somministrati insieme con una singola infusione endovenosa (1.200 mg + 1.200 mg).

Sono state osservate reazioni correlate all'infusione, che possono risultare severe o potenzialmente letali. I segni e i sintomi delle reazioni correlate all'infusione possono comprendere: febbre, respirazione difficoltosa, ridotta saturazione dell'ossigeno, brividi, nausea, aritmia, dolore o fastidio al torace, debolezza, alterazione dello stato mentale, cefalea, broncospasmo, ipotensione,

ipertensione, angioedema, irritazione della gola, eruzione cutanea compresa orticaria, prurito, mialgia, capogiro, stanchezza e diaforesi.

A seguito della somministrazione ambulatoriale presso le Malattie Infettive e Tropicali dell'AO Santa Croce e Carle di Cuneo, sono state segnalate 2 ADRs ad anticorpi monoclonali anti Covid-19:

1. Una segnalazione di reazione avversa a Bamlanivimab in una paziente femmina di 75 anni: in data 19/04/2021, si è verificato un episodio emetico di modesta entità, dopo pochi minuti dall'inizio dell'infusione. Il farmaco è stato sospeso temporaneamente ed è stata somministrata metoclopramide 10 mg fiale ev, con beneficio. L'infusione, in seguito, è stata ripresa e portata a termine senza ulteriori disturbi.

2. Una segnalazione di reazione avversa a Casirivimab/Imdevimab in una paziente femmina di 80 anni, dializzata, con ipertensione arteriosa e pregressa diagnosi di carcinoma della mammella: in data 23/04/2021, la signora ha fatto accesso al DEA alle ore 18.15 per infarto miocardico antero settale sub acuto ed edema polmonare acuto. La paziente aveva infuso l'anticorpo monoclonale il giorno stesso alle ore 13 (stretta cronologia causale ma in presenza di un evento settico, di origine batterica, che potrebbe essere stato il fattore di rischio favorente sull'infarto).

MONITORAGGIO DELL'UTILIZZO E DISPONIBILITÀ DI TRATTAMENTI: DATI NAZIONALI E LOCALI

Dai dati dell'ottavo report pubblicato da AIFA circa il "Monitoraggio Anticorpi Monoclonali per Covid-19" (settimana dal 21 maggio al 27 maggio 2021) si evince che a livello nazionale, a partire dal 2 aprile 2021, sono stati trattati 5.719 pazienti, con prescrizioni provenienti da 189 strutture prescriventi, distribuite nelle 21 regioni italiane.

Grafico 1

Nello specifico, il 14,4% di assistiti è stato curato con Bamlanivimab, il 56,9% con l'associazione di Bamlanivimab/Etesevimab ed il 28,7% con Casirivimab/Imdevimab (Grafico 1), con una media di circa 36 prescrizioni al giorno, a livello nazionale, e di circa 2 prescrizioni/die in Piemonte.



Per quanto concerne la realtà cuneese, presso l'AO Santa Croce e Carle di Cuneo, la maggior parte delle segnalazioni di reclutamento (Grafico 2) sono pervenute dai Medici di Medicina Generale e dalle USCA (45% e 37% rispettivamente; in misura minore dai medici ospedalieri [13,6%] e del Pronto Soccorso [4,5%]) mentre i pazienti trattati, dal 25 marzo 2021 al 21 maggio 2021 (Grafico 3), risultano essere 81; di questi, 43 assistiti (53,1%) sono stati trattati con Bamlanivimab/Etesevimab, 37 (45,7%) con Casirivimab/Imdevimab e 1 (1,2%) con Bamlanivimab.

Grafico 2

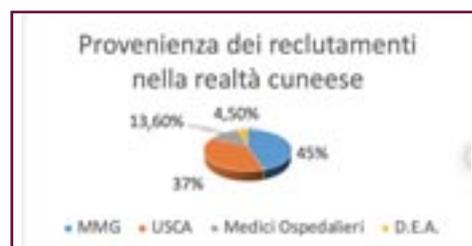
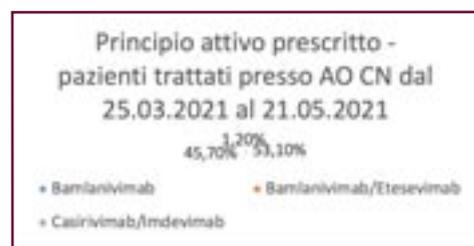


Grafico 3



Inoltre presso la SC Farmacia Ospedaliera, è ancora disponibile un discreto numero di trattamenti - destinabili ai pazienti arruolati sul territorio ed effettivamente eleggibili dall'Infettivologo, secondo registro AIFA.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Insieme al protocollo delle cure domiciliari e ai vaccini, come osserva l'Assessore della Sanità Piemontese, gli anticorpi monoclonali forniscono un'arma vincente contro Covid-19 nella fase precoce della malattia. È un'opportunità importante perché permette di affrontare il virus in modo pro-attivo, senza attendere l'aggravamento del quadro clinico del paziente, che ne può pregiudicare la guarigione o addirittura la sopravvivenza. Come sopra riportato, si tratta di terapie da somministrare in un setting protetto, quale quello ospedaliero, ma l'aspetto strategico riguarda la corretta e tempestiva interazione tra il sistema di medicina territoriale e quello ospedaliero che si affiancano ed alleano in modo sinergico con lo scopo finale di tutelare la salute dei pazienti e, nello specifico, di combattere la più grande sfida sanitaria che il nuovo millennio si è trovato ad affrontare.

BIBLIOGRAFIA

- Phase III Double-blind, Placebo-controlled Study of AZD7442 for Post-Exposure Prophylaxis of COVID-19 in Adults.
- Phase III Study of AZD7442 for Treatment of COVID-19 in Outpatient Adults.
- Phase III Double-blind, Placebo-controlled Study of AZD7442 for Pre-exposure Prophylaxis of COVID-19 in Adult.
- AZD7442 - a Potential Combination Therapy for the Prevention and Treatment of COVID-19.
- Lloyd EC, Gandhi TN, Petty LA. JAMA. 2021 Feb 5. doi: 10.1001/jama.2021.1225.
- AIFA. AIFA pubblica Parere CTS su anticorpi monoclonali. Comunicato Stampa n. 629 del 05 febbraio 2021 AIFA. Parere CTS AIFA su anticorpi monoclonali.
- AIFA. EMA procede alla revisione dei dati sull'uso degli anticorpi monoclonali contro COVID-19 EMA. revisione dei dati disponibili sull'uso degli anticorpi monoclonali Comunicato 04 febbraio 2021.
- FDA. Coronavirus (COVID-19) Update: FDA Authorizes Monoclonal Antibodies for Treatment of COVID-19 - casirivimab and imdevimab (21 november 2020).
- FDA. Coronavirus (COVID-19) Update: FDA Authorizes Monoclonal Antibody for Treatment of COVID-19 - bamlanivimab (09 november 2020).
- Government of Canada. Bamlanivimab.
- Anticorpi monoclonali: trial clinici di AstraZeneca (da clinicaltrials.gov):
- Centers for Disease Control and Prevention: www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/treatments-for-severe-illness.html
- D.M. Weinreich, S. Sivapalasingam et Al., "REGN-COV2, a Neutralizing Antibody Cocktail, in Outpatients with Covid-19"; N Engl J Med 2021;384:238-51.
- Peter Chen, M.D., Ajay Nirula et Al., "SARS-CoV-2 Neutralizing Antibody LY-CoV555 in Outpatients with Covid-19"; N Engl J Med 2021;384:229-37.
- Casadevall et Al., "Neutralizing Antibody LY-CoV555 for Outpatient Covid-19"; N Engl J Med 384;2, January 14, 2021.
- Myron S. Cohen, M.D., "Monoclonal Antibodies to Disrupt Progression of Early Covid-19 Infection"; N Engl J Med 384;3 Nejm.Org January 21, 2021.
- Effect of Bamlanivimab as Monotherapy or in Combination With Etesevimab on Viral Load in Patients With Mild to Moderate COVID-19: A Randomized Clinical Trial Gottlieb RL, Nirula A, Chen P, et al. JAMA. 2021 Jan 21.
- DG/274/2021 "Definizione delle modalità e delle condizioni di impiego dell'anticorpo monoclonale bamlanivimab, ai sensi del decreto del 6 febbraio 2021" (GU n. 58 del 09.03.2021).
- DG/318/2021 "Definizione delle modalità e delle condizioni di impiego dell'anticorpo monoclonale bamlanivimab-etesevimab, ai sensi del decreto del 6 febbraio 2021." (GU n.66 del 17-3-2021).
- DD della Direzione Sanità e Welfare Prot. N.10210 del 17/03/2021 - Oggetto: Anticorpi monoclonali COVID-19
- DG/340/2021 "Definizione delle modalità e delle condizioni di impiego dell'anticorpo monoclonale casirivimab-imdevimab, ai sensi del decreto 6 febbraio 2021." (GU n. 71 del 23-03-2021).
- Nota DIRMEI 12698 del 01.04.21. Nota Settore Farmaceutico 15029 del 21.04.2021.

NO-VAX, NI-VAX, FREEVAX E SI-VAX... UN IPOTETICO PENDOLO CHE VA DALLA MASSIMA TUTELA DELL'AUTODETERMINAZIONE ALLA MASSIMA ATTENZIONE ALLA SALUTE COLLETTIVA



La validità delle vaccinazioni come un mezzo di prevenzione delle malattie infettive è fuori discussione (1); ogni obiezione di principio sarebbe assurda e inutile: eppure su tale argomento i dibattiti sono molto "accesi". Non vi sono dubbi che le vaccinazioni abbiano contribuito al progresso della medicina e che contribuiscano ancora alla riduzione di morbilità e mortalità, soprattutto in Paesi ad alta prevalenza di malattie trasmissibili. Questa convinzione è sempre stata presente, sia negli Operatori sanitari sia nella popolazione, tanto che la vaccinazione è una pratica accettata normalmente da generazioni. Tuttavia, in questi ultimi tempi l'attenzione sul tema è aumentata, sia per la tendenza a introdurre nuove vaccinazioni e ad aumentare la copertura delle esistenti, sia per una maggiore partecipazione dell'opinione pubblica alla formazione del consenso sui temi della salute. Purtroppo, spesso, si nota lo scadere del dibattito a una controversia tra favorevoli (Si-vax) e contrari (No-vax), come se ci fosse una posta in gioco per cui combattere. Molte energie dei *pro-vax* sono spese per combattere gli *anti-vax* e viceversa. In questa decadenza dell'informazione a prodotto di consumo effimero e di scarsa scientificità, giocano sicuramente un ruolo i moderni sistemi di comunicazione e *social media*. È facile incontrare messaggi proposti da "esperti" i quali sostengono che chi contesta le vaccinazioni è un "cretino" (2), mentre d'altra parte si trovano affermazioni quali "i bambini iper intelligenti sono esenti dai vaccini" o "coi vaccini si indebolisce il sistema immunitario per tutta la vita" (3) o amenità simili.

Angelo PELLEGRINO, specialista in Igiene e Medicina preventiva



In Occidente - a parte i casi locali di infezioni emergenti e questa pandemia - le malattie infettive sono praticamente scomparse come presenze e minacce percepite, soprattutto nei bambini, dagli anni Settanta, rileva Gilberto Corbellini (4), Professore di Storia della Medicina all'Università La Sapienza di Roma. Quindi sono scomparsi importanti stimoli evolutivi a temere il contagio; sostanzialmente non si "vede" abitualmente più il *nemico* (difterite, poliomielite, tetano...). Alcuni gruppi di persone stanno riversando le reazioni emotive di avversione nei riguardi delle malattie infettive sui vaccini, preparati inoculati o a bambini o ad adulti in salute e di cui si dice che contengano qualcosa di un patogeno. Tutti gli studi sull'*esitanza* mettono in evidenza che *purezza* e *contaminazione* sono tra le ragioni più spesso citate per difendere la scelta dell'esitazione. Non dovrebbe stupire che uno studio pubblicato qualche anno fa su *Pediatrics* (5), mostrasse che le persone esitanti diventano disponibili a vaccinare i figli non se si cerca di convincerli con argomenti razionali, ma se si mostrano loro delle foto di bambino deturpati da qualche malattia esantematica.



Luigi SALVATICO, Psicologo Psicoterapeuta, Presidente Comitato Etico interaziendale Cuneo

A fronte di tale dibattito le autorità sanitarie si trovano in difficoltà a controllare il fenomeno della disaffezione al vaccino (*vaccine hesitancy* in termini anglosassoni) e tendono spesso a pensare che l'introduzione dell'obbligatorietà potrebbe risolvere la discussione a favore della generale applicazione dell'intervento. La discussione è così accesa che ovviamente anche i politici che si occupano di Sanità Pubblica tendono a concentrare gli sforzi su questo problema, talvolta con demagogia e talvolta sulla base di errata informazione, anche distogliendo l'attenzione da altre pratiche di prevenzione ancora molto efficaci e dall'estremo bisogno, in materia, di una ricerca paziente e sistematica dei dati epidemiologici e dei nuovi sistemi diagnostici. Ovviamente i medici si trovano "al fronte" e il loro ruolo, così delicato e importante, oscilla tra quello di un Funzionario dello Stato e quello di un consigliere del proprio paziente.

E gli *Assistiti* esitanti (riferendoci a tutti i vaccini), pur avendo delle caratteristiche comuni, si distribuiscono su uno spettro molto ampio e variegato, che può andare dai genitori dubbiosi (Ni-Vax), a coloro che decidono di adottare per i propri figli un calendario vaccinale alternativo rispetto a quello raccomandato fino alle posizioni estreme di rifiuto assoluto dei vaccini (No-Vax). Alcuni si richiamano semplicemente al valore della purezza, del corpo e della mente, ma all'altro estremo c'è chi arriva ad azioni violente, come i due arrestati per le bottiglie incendiarie al Centro vaccinale di via Morelli a Brescia (che dal carcere si difendono: "Non siamo terroristi, ma contrari all'obbligo vaccinale e non volevamo fermare il ciclo dei vaccini o mettere in difficoltà gli anziani. Il nostro era un gesto dimostrativo").

E la metafora del pendolo è stata utilizzata dalla Corte Costituzionale (6) proprio per sottolineare che la "disciplina" vaccinale è fortemente segnata dalla necessità di cercare un possibile equilibrio tra esigenze fortemente contrapposte. E, sebbene con differenziazioni talora non trascurabili, il *bilanciamento* - a tutte le latitudini - viene operato tra i medesimi elementi ovvero, in estrema sintesi, tra autodeterminazione e salute individuale vs. salute collettiva.

Data la complessità della tematica, dunque, *come si può tentare di strutturare una riflessione sull'esitanza/renitenza vaccinale?*

Utilizzando un interessante suggerimento di un Maestro Igienista piemontese che ci aiuta a mettere a fuoco il *nostro* PROBLEMA inteso: come *l'esitanza/renitenza vaccinale* possa inficiare *l'immunità di gregge/immunità di popolazione* e rendere possibile la comparsa di una massa critica di *non vaccinati* con conseguente comparsa di focolai epidemici di malattie prevenibili con la vaccinazione. E la *progressione logica* per affrontare un/il "dilemma" che ci propone è la seguente: un problema è

- un evento
- misurabile
 - con determinanti
 - con soluzioni

Per comodità e linearità, seguiremo dunque questo schema.

EVENTO

In vari dizionari, *l'evento* è un fatto o avvenimento che già si è verificato o che può verificarsi. Nel merito, il Prof. Corbellini ci ricorda che - se si guarda alla storia dei secoli passati, a partire dalla vaccinazione antivaiolosa - ci si rende conto che con l'avanzare della modernità i tratti che consentono una migliore efficienza sociale sul piano economico, politico o educativo espongono maggiormente a comportamenti dissonanti o apparentemente irrazionali. Quando l'immunizzazione attiva, nella forma della *variolizzazione*, divenne una pratica di comunità, dal 1000 circa in Cina e da mezzo millennio dopo in Africa e Asia Minore, non risulta creasse esitazioni. Benché rischiosa, la tecnica che inoculava la versione attenuata del vaiolo umano, era accettata perché parte della tradizione medico-sciamanica e si assumeva, su basi empiriche, che mirasse a proteggere le persone, in quanto beni della comunità. Quando questa pratica arrivò nell'Occidente illuminista, intorno al 1720, venne proposta o imposta da istituzioni politiche a individui che in via di emancipazione anche psicologica dall'etica comunitaria, per costruire società più differenziate e dove circolavano la scienza e le moderne idee di libertà. Era anche percepita, quella tecnica, come straniera. Una parte della popolazione e del mondo intellettuale razionalmente non l'accettò: Kant e Rousseau, come diversi altri, erano fortemente contrari perché era rischiosa e innaturale, cioè immorale! Nel corso dell'Ottocento si ebbero violenti scontri in piazza nelle città dell'Inghilterra liberale tra il 1840 e il 1896, per ottenere l'abolizione dell'obbligatorietà della vaccinazione antivaiolosa, mentre in altre Nazioni del Continente europeo non vi furono proteste pubbliche significative. La propaganda antivaccinista inglese insisteva molto, nei manifesti e negli argomenti, oltre che sull'**inaccettabile ingerenza dello Stato nella sfera delle libertà personali**, sul disgusto come cifra emotiva per connotare una pratica che inoculava materiale prelevato da bovini e che risultava spesso infetto - ancor più rischioso era però il vaccino trasmesso tra persone, da braccio a braccio.

Nel corso del Novecento le critiche alle vaccinazioni sono continuate, spesso su basi religiose o ideologiche, ma rimanevano socialmente marginali. Le critiche prendevano spesso spunto dai morti causati da specifici incidenti dovuti a vaccini contaminati o dove i ceppi erano tornati. Dato che il numero delle vaccinazioni disponibili aumentava, le discussioni persistevano, ma gli effetti positivi erano eclatanti (si pensi alla vaccinazione contro la difterite!) e alcune malattie avevano un impatto terrorizzante sulla popolazione, come la poliomielite, per cui le vaccinazioni

ebbero un largo successo presso la quasi totalità delle popolazioni. Le vaccinazioni erano accettate con margini minimi di esitanza e senza effetti per l'immunità di popolazione in larga parte del mondo occidentale fino agli anni Settanta/Ottanta del secolo scorso. Poi c'è stato l'episodio *Wakefield* che ha diffuso il sospetto che il vaccino contro morbillo, parotite e rosolia (MPR) inducesse l'autismo nei bambini, e le opinioni di celebri *testimonial*, cioè personaggi dello spettacolo, contro le vaccinazioni hanno raggiunto i *media*, soprattutto i **social media**, che sono stati l'incubatore di una sottocultura del complotto, della pseudoscienza e dello pseudo-liberalismo devastante su diversi fronti e non solo per i vaccini. Nonostante le falsificazioni presenti nello studio di Andrew J. Wakefield, ritirato nel 2010 dopo che si scoprì che l'ormai ex medico era stato pagato per alterare i risultati della ricerca al fine di creare una base scientifica che desse sostegno a una serie di cause giudiziarie intentate da un avvocato nei confronti di case farmaceutiche produttrici dei vaccini, gli effetti si vedono ancora oggi: non soltanto la diminuzione delle vaccinazioni in Gran Bretagna e un corrispondente aumento del numero di casi di morbillo in vari Stati, con forme gravi e decessi, ma la persistenza del clima di mancanza di fiducia nelle pratiche vaccinali.

MISURABILE

Eugenia Tognotti, Professore Ordinario di Storia della Medicina all'Università di Sassari, scrive (7) che ora, in campo, c'è un vero e proprio "impero antivaccino" che conta innumerevoli siti *web* e milioni e milioni di *follower* sui social media. E negli **Stati Uniti**, dove esiste il movimento anti-vaccino più forte e meglio organizzato al mondo, *la messaggistica antivaccino* non manca l'obiettivo di trasformare i dubbi e le preoccupazioni per gli infrequenti effetti collaterali di alcuni vaccini, dando corpo a una serie di inquietudini su possibili trame cospirative. E spingendo ondate d'indignazione, alimentate dal diffondersi del sospetto di essere trattati come "cavie". In un Rapporto appena pubblicato, il Dipartimento delle Comunicazioni Strategiche del Servizio europeo per l'azione esterna dell'Ue - una sorta di Ministero degli Esteri del blocco di 27 Nazioni - mette sotto accusa la campagna mediatica organizzata da Potenze straniere tesa a seminare sfiducia nell'Agenzia europea per i medicinali (Ema), seminando dubbi sulle sue procedure e sull'imparzialità politica, nel tentativo di minare e frammentare l'approccio europeo comune per garantire le forniture di vaccini e per promuovere - denigrando i rivali - i propri vaccini. In **Germania**, patria storica del movimento No-Vax, c'è oggi chi crede che assieme ai vaccini anti-Covid vengano inoculati dei *microchip* oppure si cerchi di manipolarci geneticamente...

Non è facile stimare quanti siano i No-Vax in **Italia**, anche perché manca un'anagrafe vaccinale nazionale unica. Ed è comunque necessario differenziare tra i **No-Vax**, ossia coloro che sono in generale contrari alle vaccinazioni, i **Free-Vax**, i contrari all'obbligatorietà dei vaccini e i **Ni-Vax**, i *dubbiosi*.

Secondo Heidi J. Larson, antropologa americana direttrice fondatrice del *Vaccine Confidence Project* e Responsabile della Comunicazione Globale sull'Immunizzazione dell'UNICEF (8), le persone che sono riluttanti ai vaccini, non significa che siano contro i vaccini. In effetti, potrebbero accettare la maggior parte dei vaccini, ma esitano su uno. Oppure esitano su un ingrediente in uno di loro. Oppure hanno accettato qualche vaccino prima, ma non vogliono prenderne ulteriori; o non ne sono sicuri. Quindi "...è perfettamente ragionevole essere titubanti, in particolare se sei una madre per la prima volta, ad esempio, e ci sono mille vaccini diversi e combinazioni di vaccini...";

non è irragionevole che le persone abbiano domande. Un fatto che ha davvero esacerbato la polarizzazione intorno alle percezioni e alla fiducia nei vaccini è che questo gruppo di persone, che sono titubanti, sono state giudicate e messe nello stesso secchio di coloro che sono "anti-vaccino" perché non vogliono allinearsi alla *verità*. Ed è importante notare questa distinzione tra renitenti e dubbiosi/esitanti, perché dobbiamo ricostruire un ponte. Perché stiamo perdendo persone dal nostro obiettivo di salute pubblica di ottenere l'immunità di popolazione.

NO-VAX: da un'indagine condotta nel 2016 da ricercatrici e ricercatori italiani, tra cui alcuni dell'Istituto Superiore di Sanità, pubblicata sulla rivista internazionale *Vaccine* nel 2018, i genitori di bambini di 16-36 mesi contrari ai vaccini sarebbero lo 0,7% del totale dei genitori con figli in quella fascia d'età.

NI-VAX: sempre secondo la ricerca pubblicata su *Vaccine*, i genitori esitanti sarebbero il 15,6%, mentre l'83,7% è a favore.

FREE-VAX: secondo i dati 2017 dell'Osservatorio Scienza, Tecnologia e Società, per l'8,1% della popolazione italiana nessuna vaccinazione dovrebbe essere obbligatoria e per il 43,9% solo un numero limitato di vaccini dovrebbe essere obbligatorio, mentre per il 47,1% dovrebbero essere tutte obbligatorie compresa l'influenza.

CON DETERMINANTI

Dobbiamo a questo punto interrogarci su che cosa determini, dal punto di vista psico-sociale, la posizione dei NO-VAX, nelle sue diverse declinazioni. Come evidenziato, si tratta infatti di alcuni milioni di persone che, con diverse modalità, esprimono un NO, un NI (alcuni vaccini sì, ma solo a determinate condizioni) o un Free (negazione dell'obbligo vaccinale in favore di una libera scelta sul se e sul quali) ai vaccini, anche tra il personale sanitario.

NO-VAX sembra una provocazione paradossale: viviamo tutti la paura della Pandemia e al momento non c'è una cura definitiva e certa; la scienza ci propone un vaccino (paragonabile in questo momento ad un antidoto per un veleno potenzialmente mortale) e lo si rifiuta per sfiducia nella scienza o nell'uomo che diffonde *fake news* attraverso i social e i mass media. Molti si stupiscono per i milioni di persone che negano l'esistenza del virus COVID-19, della malattia ad esso collegata, negano dunque la necessità del vaccino come "antidoto" e lo vivono come una limitazione della libertà ed un'offesa alla natura. Per la maggior parte dei NoVax la posizione è radicale, ovvero si tratta di un rifiuto generalizzato dei vaccini: non fanno vaccinare i loro bambini contro le malattie che hanno falciato l'umanità per millenni e mettono in pericolo l'immunità "di gregge" faticosamente raggiunta sul pianeta, pertanto non accettano neppure il vaccino anti Covid-19. Per altri è una posizione meno anarchica, ma più legata alla paura della novità scientifica, tecnologica e genetica di questi vaccini (adducendo carenza di sperimentazione, incertezza sulla efficacia reale e sulle possibili reazioni avverse).

Sorprende peraltro che non si comprenda la equivalenza tra il rischio accettato da chi ha sottovalutato il pericolo nel caso della strage della funivia del Mottarone a Stresa e quello rappresentato da tutto il personale sanitario o impiegato nelle RSA che, non vaccinandosi, ha rischiato di diffondere o ha diffuso il contagio nelle strutture delle nostre Regioni, da cui è derivata malattia, sofferenza e morte.

Per capire la componente psichica del fenomeno negazione, possiamo prendere le mosse

dalla constatazione che propone la dottoressa Silvia Bonino, Professore Onorario di Psicologia dello Sviluppo presso l'Università di Torino, autrice del volume "Mille fili mi legano qui. Vivere la malattia" (9): "...*la negazione è un meccanismo di difesa estrema cui la nostra mente fa ricorso di fronte a realtà vissute come spaventose e soverchianti...*".

La minaccia del virus COVID-19 ha presentato, fin dalla sua comparsa, delle caratteristiche oggettivamente spaventose: sconosciuto, invisibile, subdolo, aggressivo e mortale, al momento inarrestabile, molto contagioso, contro il quale la medicina è risultata per molto tempo impotente, creando un pericoloso "vuoto di potere", impensabile dopo gli ultimi 50 anni trascorsi nella mitologia della vittoria sulle malattie infettive.

Nel volgere di poche settimane le certezze del "nostro" vissuto sono andate in profonda crisi: abbiamo dovuto confrontarci nuovamente con il concetto di "vulnerabilità fisica" dell'*Homo Sapiens*, con la fragilità del sistema sanitario e dell'economia e ciò ha complessivamente generato una "grande paura", riportando prepotentemente a galla il tema della morte, dell'atavica paura ad essa collegata e un ritorno alla consapevolezza di essere "attaccabili" e soggetti alle regole della biologia; in una parola, ci ha costretti a fare nuovamente i conti con il concetto di "limite" e della "fine".

Alla base del movimento negazionista sembra potersi individuare una necessità psicologica di non sentirsi in balia di qualcosa di invisibile e sconosciuto, che attacca gli individui, li uccide e può distruggere la nostra società, con tutti i suoi modelli e stereotipi.

Il negazionismo è la risposta più completa che la psiche possa mettere in atto, in quanto elimina la paura; si tratta però di un meccanismo disadattivo: la realtà "nascosta" rimane in effetti inalterata, nonostante il nostro "autoinganno"; fingere che un fenomeno non esista, non ci esime dal dover agire per affrontarlo in modo adeguato. Il negazionista, pertanto, si trova in una posizione socialmente inadeguata, in quanto rischia di danneggiare sé stesso e gli altri.

Gli errori e le contraddizioni verificatisi nella comunicazione, creati dalla "cacofonia" di pareri degli esperti, sia durante la prima fase della pandemia, che, in seguito, con l'avvento dei vaccini, hanno veicolato una serie incredibile di notizie scientifiche scorrette e/o false e un "diluvio" di dati su cui si sono confrontati decine di specialisti dai ruoli confusi, dati peraltro per lo più smentiti o corretti nelle varie edizioni di Tg, programmi divulgativi di vario genere e *talk-shows* a ritmo continuo. Questa profusione e confusione di informazioni ha prodotto un paradossale effetto sulle capacità di giudizio critico degli individui, favorendo in parte anche l'irrigidimento delle posizioni negazioniste e complottiste (...*ci ingannano, ci danno informazioni contraddittorie in modo da confonderci e nasconderci la verità vera, per manipolarci e condizionare il nostro libero arbitrio...*).

Il negazionismo, infatti, non si nutre solo di emozioni di paura e di difesa da essa, ma cerca supporto nei percorsi cognitivi, portando l'individuo, anche preparato culturalmente e normalmente intelligente, a **dubitare** di tutto ciò che potrebbe mettere in crisi le sue convinzioni; per questo rifiuta o "silenzia" evidenze, informazioni, testimonianze che provengono anche da persone a lui vicine, che potrebbero incrinare la sua difesa dalla paura, utilizzando argomenti e ragionamenti anche strani o privi di logica, per confermare la "verosimiglianza" delle proprie convinzioni. Tra i supporti psicologici più frequenti del sistema negazionista, annoveriamo il "complotto", in quanto lo rafforza utilizzando notizie diffuse da pochi per pochi eletti in grado di "capire e conoscere" la verità e, quindi, di fornire una spiegazione

al caos ed alla "paura dell'ignoto". Fornisce inoltre un elemento psicologicamente fondamentale, ovvero il "capro espiatorio" verso cui dirigere l'ansia e la paura dell'ignoto che diviene "noto", cioè identificato e meno angosciante, consentendo di dare un nome ed un volto al "nemico".

È evidente che temi delicati ed attuali quali la cultura antiscientifica, il diritto all'autodeterminazione, la questione etica sollevata dalle strategie e dai profitti di Bigfarma, la manipolazione delle coscienze e dei comportamenti da parte dei cd. poteri forti, di stampa e di Tv... possono saldarsi con il pensiero negazionista e complottista, arrivando a caratterizzare una vera e propria struttura cognitiva e comportamentale dei movimenti NoVax nelle varie declinazioni, che ne giustifica le condotte psico-sociali, da cui possono derivare atteggiamenti oppositivi e antisociali.

Anticipando quanto approfondito nella sezione successiva, è necessario sottolineare che un fenomeno psico-sociale così complesso quale è il negazionismo non può essere affrontato con superficialità, in quanto è "contagioso". L'approccio deve essere commisurato alla resistenza ed alla complessità della sua strutturazione psicologica. Occorre pertanto un **programma preciso, strutturato nel tempo**, non improvvisato, non fondato su slogan banalizzanti o meri richiami al concetto di responsabilità. È necessario costruire nel tempo, partendo dai percorsi scolastici, una concreta formazione scientifica, stimolando il pensiero critico, cioè la capacità di filtrare informazioni e conoscenze, educando al confronto con la realtà e con l'altro, che può avere punti di vista diversi dai nostri, senza che ciò comporti diffidenza, paura e rifiuto. Contestualmente, sarebbe necessario abituare le persone a "narrare" le proprie emozioni da cui nascono le paure che diventano fragilità del pensiero e del comportamento, elaborandole come elementi inevitabili che devono essere affrontati, come la cultura del limite e della fine. In tal modo potremo dire di aver utilizzato questa emergenza per reimparare ad affrontare qualunque altra situazione di malattia o di pandemia con modalità psico-socialmente adeguate.

Si può agire sulla causa del negazionismo, cioè sulla paura, anche con interventi più seri, coordinati e ragionevoli, di comunicazione corretta, evitando notizie ad effetto per "guadagnare consenso" o per "distruggere il consenso di altri", mirando alla estensione della consapevolezza, cercando anche di superare le consuetudini, con interventi nei gruppi di negazionisti attraverso tecniche di gruppo capaci di elaborare gradatamente la paura, con una diversa percezione della scienza e del rapporto tra progresso scientifico e qualità di vita. A tutto ciò deve corrispondere un atteggiamento etico di responsabilità e rispetto per l'altro, in cui si chiarisce fin dalla scuola che "libero arbitrio" non significa fare ciò che ognuno di noi vuole, ma condividere una libertà oggettiva che, con le dovute differenziazioni, possa rappresentare tutti.

La pandemia ci ha costretti ad affrontare all'improvviso problematiche quali il valore e la qualità della vita, il diritto alla cura, l'esperienza traumatica di dover pensare a determinare criteri per scegliere chi salvare e curare, anche in base all'età, la sostenibilità economica delle cure.

In definitiva, possiamo senz'altro affermare che questa pandemia ci ha consegnato una nuova frontiera etica e bioetica (ovvero dell'etica applicata alle scoperte della medicina) che ha bisogno di riferimenti culturali, valoriali più chiari, documentati, verificati e declinati con la giusta moderazione, evitando lo scontro tra le parti in discussione, liberandoli dal narcisismo degli esperti

e dei comunicatori, che, nel migliore dei casi, non ottiene ascolto, bensì rifiuto e oppositività. Questo consentirà una migliore cultura scientifica ed anche di evitare quelle "fake news" che sono il terreno fertile su cui si impiantano le teorie negazioniste e complottiste.

CON SOLUZIONI

Nel mondo odierno, interconnesso e globalizzato, in cui l'approccio prevalente ai problemi di tipo sanitario tende a essere quello della Salute Globale (Global Health), data la consapevolezza della vulnerabilità alle minacce di malattie che possono diffondersi più velocemente che in passato (per l'incremento dei viaggi, del commercio, degli spostamenti di volumi elevati di persone e merci che si muovono da uno Stato all'altro e da un Continente all'altro), è impensabile non ipotizzare Piani vaccinali comuni, possibilmente (almeno) europei, per poter dare una risposta, coerente ed efficace, alle priorità individuate a livello epidemiologico.

Tra gli obiettivi dell'ultimo Piano nazionale Prevenzione vaccinale (10) per tutte le vaccinazioni, non a caso si dava rilievo a 3 punti:

1. sviluppare sia azioni di prevenzione (mirate alla riduzione dei rischi) sia interventi di preparazione alle emergenze
2. **rafforzare la comunicazione** per la popolazione e la formazione degli operatori sanitari, volte, in primo luogo, a costruire e mantenere la fiducia della popolazione nelle istituzioni sanitarie
3. tra vincoli normativi e obbligatorietà delle vaccinazioni, ipotizzare il superamento dell'obbligo vaccinale promuovendo la valorizzazione delle scelte consapevoli dei cittadini

**Rendere
obbligatori
tutti i vaccini**



**Promuovere
la valorizzazione
delle scelte consapevoli
dei cittadini,
che interiorizzano
il valore dell'immunoprofilassi
e richiedono
attivamente
le vaccinazioni**

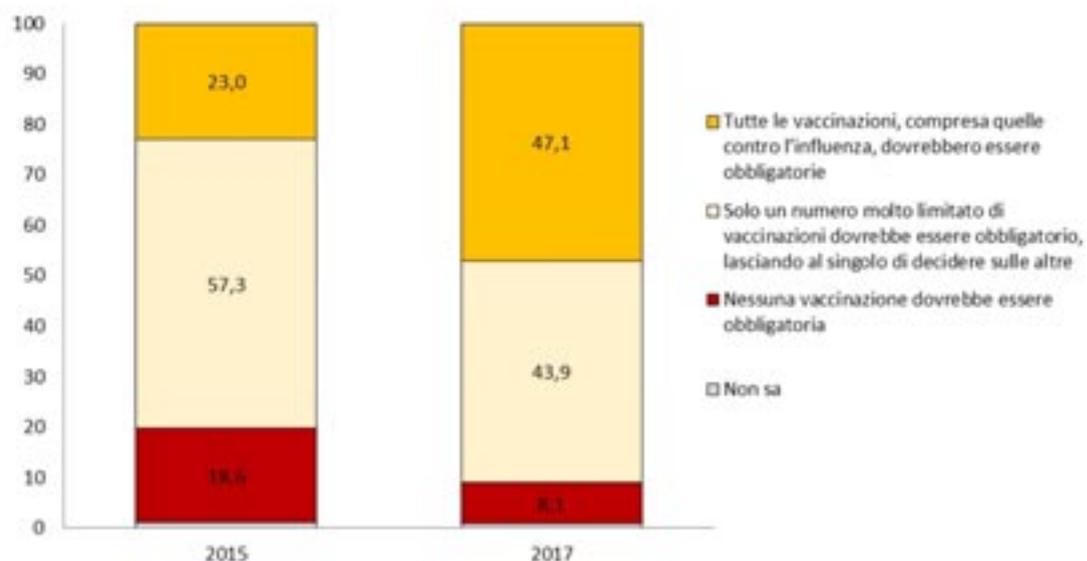
Rispetto a queste due "soluzioni" antitetiche (obbligatorietà e autodeterminazione), la Corte Costituzionale rileva che, in generale, in tema di salute la posizione delle decisioni sulla somministrazione o meno di trattamenti medici è quella di accertare prima il grado di autonomia del paziente e, qualora il paziente non sia ritenuto autonomo, valutare quale percorso sia nel suo miglior interesse. Quindi, l'**autodeterminazione** è il **principio fondamentale**, che informa, non solo il sistema relativo alle vaccinazioni, ma anche quello del trattamento sanitario in generale. Per contro, oltre ai parametri dell'autonomia del paziente e del suo miglior interesse, i giudici, anche se mai apertamente, con-

siderino anche un terzo aspetto: quello dell'interesse pubblico, ovvero le ricadute di una scelta sanitaria sulla società ovvero sulla collettività. In questo contesto, oltre ai beni che potrebbero essere ritenuti intrinsecamente importanti nell'avanzamento del bene comune, quale ad esempio il diritto alla vita, vi sono altri beni che promuovono l'interesse collettivo in maniera strumentale, tra cui si annoverano appunto le vaccinazioni. Infatti, sarebbe proprio l'attenzione per l'interesse collettivo ad essere in grado di spiegare con maggiore precisione la giurisprudenza relativa alla vaccinazione, secondo cui, come si è visto, i giudici tendono a disporla anche contro la volontà degli stessi pazienti, pur dotati della necessaria autonomia, riconoscendo che i benefici ed i rischi derivanti dalla vaccinazione non sono limitati al solo paziente ma si estendono alla comunità.

Ad esempio negli USA, i genitori che scelgono di non vaccinare i figli sono comunque vincolati agli obblighi di vaccinazione per accedere alle istituzioni scolastiche; di fondo c'è una strategia governativa per superare il calo delle vaccinazioni che si produce, di solito, a seguito di disinformazione circa gli effetti rischiosi dei vaccini. Pertanto, anche negli Stati Uniti d'America, come in tutta il Mondo occidentale, si raccomanda di concentrarsi sulla diffusione di una informazione corretta, per incoraggiare i genitori ad intraprendere la vaccinazione per sé e familiari.

Rispetto alle vaccinazioni, tra i tanti, un sondaggio del 2017 (11) ben esprime il rapporto della popolazione italiana con le vaccinazioni:

Gli italiani e i vaccini, confronto 2015-2017 (%; 2015=n=999; 2017: n=997)



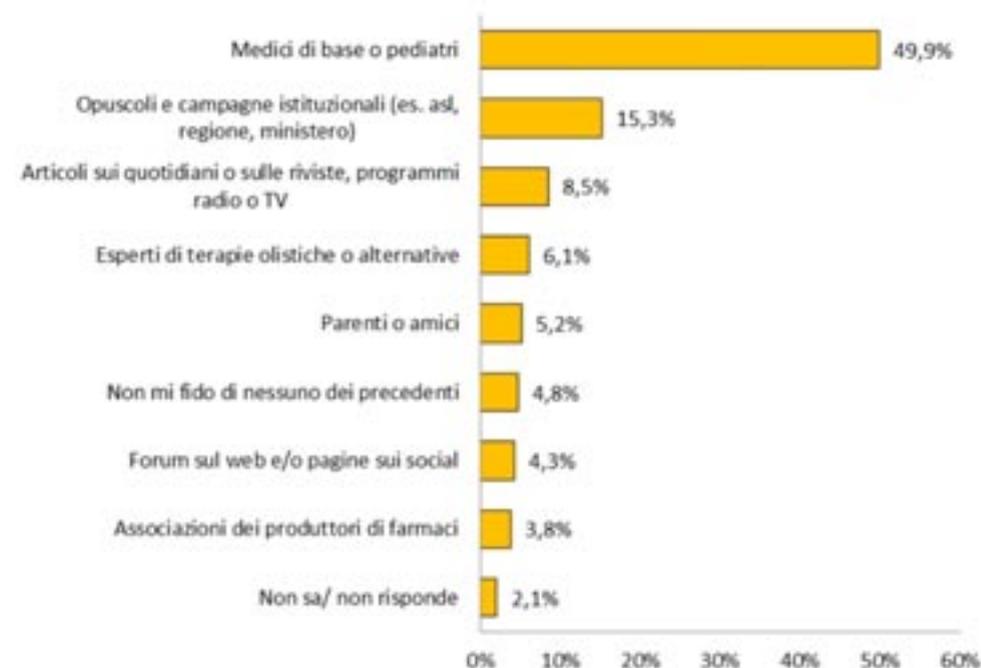
La soluzione che l'Antropologa Heidi J. Larson è l'approccio "menu" ovvero "adattare la strategia alla situazione". Rileva che uno dei problemi è che spesso i Servizi pubblici fanno supposizioni su ciò che le persone pensano o provano, senza parlare con loro o chiedere loro. Si parte dal presupposto, "Oh, semplicemente non hanno le informazioni", ma in realtà non si tratta delle informazioni; dobbiamo fare di più che bombardare le persone con link a siti web od opuscoli che spiegano come funzionano i vaccini. Addirittura questo approccio può infastidire i nostri interlocutori: "Ti stanno dicendo come si sentono e tu stai spiegando loro dei fatti. E non è questo il loro problema".

Rispetto a tali aspetti, può essere utile riportare un'esperienza locale, presentata con una Comunicazione al Congresso Nazionale di Sanità Pubblica di Cagliari, 3-6 ottobre 2012 (12), che - partendo dal presupposto che sarebbe stato pressoché impossibile far cambiare idea ai renitenti/esitanti vaccinali cuneesi - dimostrava invece il dimezzamento del numero di soggetti decisi a non far vaccinare i propri figli e il recupero totale del 20% dei renitenti hard, confermando l'efficacia dell'intervento di counselling nel contenere il fenomeno e nello stabilire una condizione di fiducia tra la struttura sanitaria e gli utenti.

Opinioni degli italiani sulle vaccinazioni (%; 2017: n=997)

	Molto o abbastanza d'accordo	Poco o per nulla d'accordo	Non sa
I benefici dei vaccini sono sempre superiori ai potenziali rischi	80,2	14,3	5,5
La diffusione di vaccini serve solo ad arricchire chi li produce	39,8	56,8	3,4
Bisogna lasciare decidere al singolo, perché solo lui/lei sa cosa è bene per la sua salute	48,0	49,2	2,8
È giusto obbligare a vaccinare i bambini per non mettere a rischio la salute di altri	86,6	11,2	2,2

Di chi si fida maggiormente per avere informazioni accurate sui vaccini? (2017: n=997)



COUNSELLING SISTEMICO E RENITENZA VACCINALE: VALUTAZIONE DI UN'ESPERIENZA

L'utilizzo della strategia di counselling e l'esperienza conoscitiva che da essa deriva risultano strumenti validi, sia per affrontare professionalmente una situazione delicata di promozione della prevenzione (utilizzo di un farmaco immunologicamente attivo in un soggetto sano), sia per comprendere le "resistenze" capaci di ridurre l'adesione alla proposta.

OBIETTIVI:

- 1) offrire alle famiglie renitenti strategie di cambiamento con un intervento di counselling sistemico,
- 2) valutarne l'utilità per instaurare un rapporto collaborativo prolungato,
- 3) approfondire con un questionario le motivazioni delle scelte:
 - A) proporzione delle famiglie che rifiutano in tutto o in parte,
 - B) proporzione dei fattori individuali, di gruppo e di comunità che ostacolano l'adesione,
 - C) proporzione delle fonti, delle modalità di comunicazione e dei livelli di completezza dell'informazione

METODI:

Lo studio ha avuto una durata di 2 anni e 5 mesi (2010-2012), è stato realizzato presso il Servizio vaccinale di Cuneo. Studio osservazionale descrittivo. Sono state invitate tutte le famiglie renitenti nel periodo. Il colloquio sulle vaccinazioni ha utilizzato le modalità classiche del *counselling* sistemico ed è stato condotto da un medico e da una *counsellor*. Ai genitori è stato proposto di partecipare successivamente ad un'indagine informativa tramite questionario autosomministrato. Per l'analisi statistica è stato utilizzato il software Epi Info Versione 3.5.1.

RISULTATI: Dal 1° luglio 2009 al 31 maggio 2012 su 4.095 convocati per 1° dose, hanno espresso "rifiuto vaccinale" 148 (3,6%) coppie di genitori, si sono tenuti 146 colloqui (2 coppie non si sono presentate e 5 non hanno sottoscritto il rifiuto). Nel 54,6% dei casi al colloquio erano presenti entrambi i genitori. Il 92% dei colloqui si è tenuto prima del 12° mese di vita con una frequenza del 30% prima del 5° mese. Dopo il colloquio, 77 (52 %) coppie hanno deciso di accettare la vaccinazione e 29 (20%) in maniera completa, 53 (36%) sono rimaste ferme nel rifiuto e 18 (12%) si sono mostrate possibiliste, ma dopo un ulteriore periodo di riflessione. Tutte le 146 coppie si sono formalmente dichiarate disponibili all'inchiesta epidemiologica.

CONCLUSIONI:

Il dimezzamento del numero di soggetti decisi a non far vaccinare i propri figli e il recupero totale del 20% dei renitenti ha confermato l'efficacia dell'intervento di *counselling* nel contenere il fenomeno e nello stabilire una condizione di **fiducia** tra la struttura sanitaria e gli utenti. Lo studio proseguirà, qualora fossero presenti le risorse necessarie, nel valutare attraverso un questionario autosomministrato a domicilio le cause condizionanti la scelta vaccinale.

Si può concludere questa riflessione, citando ancora Heidi J. Larson. La studiosa rimarca infatti che gli esempi più efficaci, che hanno davvero trasformato le comunità - e s'è visto, a livello globale, nel programma di eradicazione della poliomielite - è che l'efficacia degli interventi di promozione della salute e prevenzione dipende davvero dalla responsabilità **locale** della risposta. E riporta l'esempio sorprendente della **Black Coalition Against Covid**: "...hanno mobilitato gruppi di medici e comunità neri leader di alcune delle comunità che erano più resistenti e diffidenti nei confronti del vaccino e hanno ridotto il tasso di rifiuto del 65% al 35%. Non è zero, ma lo ha tagliato quasi a metà. E in alcune comunità dei nativi americani, quando vedono che la loro eredità è legata ai loro anziani, e i loro anziani sono più a rischio - ha un significato per loro - vogliono mantenere in vita quegli anziani, perché ha a che fare con il loro sopravvivenza culturale. Quindi penso che quando le cose vengono tradotte e comprese all'interno delle comunità che hanno messo in discussione i vaccini - quando vengono comprese e comunicate alle loro condizioni, da persone di cui si fidano - è davvero un fattore di cambiamento..."

E per concludere, con una nota positiva, si riporta la testimonianza di Andrea, 23 anni, che racconta ad un quotidiano cosa lo ha spinto a presentarsi all'*Open day* vaccinale della sua città, ad inizio giugno '21, per ricevere il vaccino contro SARS-CoV-2: "Ho sempre avuto grande fiducia nella scienza. Non vedevo l'ora di fare il vaccino per mettermi in sicurezza e per tutelare le persone che mi stanno al fianco. Ho anche tanta voglia di tornare alla normalità dopo un anno e mezzo di limitazioni. Una volta vaccinato, mi sono sentito più leggero, come se mi fossi tolto un peso. Una liberazione insomma. Sento nello stesso tempo di aver fatto il mio dovere di cittadino. Credo che noi giovani abbiamo dato un segnale importante"

BIBLIOGRAFIA

- (1) Scienza e vaccinazioni: aspetti critici e problemi aperti, Paolo Bellavite, Università degli Studi di Verona
- (2) Roberto Burioni, "Il foglio", 26 gennaio 2017
- (3) Mednat.news - danni dei vaccini
- (4) Esitanza vaccinale, ciò che la storia ci suggerisce di non fare (Gilberto Corbellini, Scienza in rete, 4 maggio 2021)
- (5) Effective Messages in Vaccine Promotion: A Randomized Trial; Brendan Nyhan, Jason Reifler, Sean Richey and Gary L. Freed - Pediatrics April 2014, 133 (4) e835-e842; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2365>
- (6) Corte Costituzionale, Servizio Studi - La disciplina degli obblighi di vaccinazione, ottobre 2017
- (7) Eugenia Tognotti - La minaccia Novax che l'ONU non vede - La Stampa, 30 aprile 2021
- (8) Heidi J. Larson on Vaccine Hesitancy - undark.org
- (9) Riferimenti bibliografici: Andreoni M., Nardone G. (a cura di), COVID-19: il virus della paura, Paesi Edizioni, Roma, 2020 / Bonino S., Mille fili mi legano qui. Vivere la malattia, Laterza, Roma-Bari, 2019
- (10) Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2017-2019, 18-2-2017 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA Serie generale - n. 41
- (11) www.observa.it
- (12) Annali di Igiene, Medicina preventiva e di comunità, Vol. XXV, Supplemento al n.3, maggio-giugno 2013 - Pellegrino A., Cerutti R., Busellu G., Doglio M., Gabutti G. - *Counselling sistemico e renitenza vaccinale: valutazione di un'esperienza*.

SEMPRE IN PRIMA LINEA PER I BAMBINI

ALL'ORDINE DEI MEDICI DI CUNEO VIENE RICOSTITUITA LA COMMISSIONE TUTELA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA



Tutelare la salute dei neonati, dei bambini e degli adolescenti sempre più significa coniugare la prevenzione (dagli screening neonatali alle vaccinazioni, dai corretti stili di vita alle problematiche dell'adolescenza), con le nuove emergenze sociali (dai bambini migranti alle nuove povertà sino ai casi di maltrattamento e abuso, ed altre criticità) in un contesto purtroppo ancora caratterizzato da recessione economica, crisi del welfare e crollo demografico.

Oggi il compito del Pediatra di Famiglia e della Pediatria in genere è soprattutto garantire la promozione e la tutela della salute e, più in generale, dei diritti dei bambini che vivono nel nostro Paese, in tutte le Regioni, a tutte le età e di ogni etnia.

I grandi cambiamenti in corso nella nostra società espongono il bambino a nuovi rischi in termini di salute e sicurezza, rischi che peraltro sono aumentati in misura significativa nel periodo pandemico. L'analisi dei bisogni dei bambini e degli adolescenti presuppone un'attenta valutazione dei loro diritti, sanciti dalle Leggi della nostra Costituzione. Il diritto all'istruzione, alla sicurezza e alla salute sono tra loro così intimamente connessi in un soggetto in età evolutiva da richiedere un setting integrato di programmazione, pianificazione e operatività.

Guidare una società a "misura di bambino" e "sostenibile per i ragazzi", vuol dire guidare le azioni di chi ricopre ruoli che possono incidere sui percorsi di crescita e di sviluppo del bambino e dell'adolescente. In pratica significa contrastare l'inquinamento ambientale, favorire la cultura di un'alimentazione rispettosa dei principi nutrizionali e della sicurezza dei minori e non assimilata d'emblée a quella degli adulti, promuovere una scuola disegnata secondo le esigenze dei bambini delle diverse età, con spazi adeguati destinati al gioco e alle attività motorie e sportive, e non solo per i bambini sani, ma anche per quelli "fragili", che rappresentano il 15% della popolazione pediatrica.

Inoltre l'emergenza migranti, diventata negli anni una tragedia che ha sconvolto il destino di intere popolazioni in fuga da guerre e povertà, ha toccato uno dei suoi aspetti più drammatici nei tanti bambini morti durante le traversate o in preda a malattie.

Giulio Michele BARBERO, Marina VALLATI

Oggi i bisogni del bambino e dell'adolescente sono anche bisogni di relazione, di interazione con l'ambiente che lo circonda con profonde influenze anche sul suo stato di salute psico-fisica complessiva. Prioritario è il bisogno di comunicazione e di ascolto nell'ambito della famiglia e in primo luogo da parte dei genitori, e poi nell'ambito della scuola, da parte degli insegnanti, degli ambienti deputati alle attività ludiche e sportive e oggi anche nel mondo digitale del web.

Vanno garantiti i bisogni di sicurezza del bambino e dell'adolescente, a partire, come già detto, dal contesto familiare ove su riscontrano talvolta, specie in aree gravate da disagio, degrado, povertà e difficoltà sociali, occasioni di violenza o maltrattamento fisico o psicologico.

Rimangono tuttavia un cumulo di problemi aperti o in via di soluzione, che spesso sono tra loro interdipendenti e interagenti. L'impovertimento economico delle famiglie è ad esempio correlato con l'incremento della fragilità educativa all'interno dei nuclei familiari e con l'aumento del numero delle separazioni, divorzi e di mono-genitorialità segnalato da alcuni anni.

Permangono gravi problemi di marginalità sociale per le famiglie nomadi e migranti, con alcuni specifici allarmi per i minori stranieri non accompagnati e per le carenze dei servizi dedicati alla disabilità e alla cronicità.

L'approccio nei confronti di abuso, maltrattamento e dipendenze è ancora troppo orientato alle sanzioni e purtroppo non alla prevenzione.

La diffusione di alcol, fumo e altre sostanze preoccupa anche per l'abbassamento dell'età di inizio. Considerando i numerosi problemi aperti e da affrontare intorno ai bisogni e ai diritti dei bambini, occorre fermamente condividere obiettivi e interventi tra tutti coloro che hanno un ruolo organizzativo e decisionale, in primo luogo famiglie, istituzioni, operatori sociali e sanitari.

Bisogna mettere il bambino al centro degli interessi della comunità in cui vive. Non basta avere leggi che affermano e custodiscono i diritti dei bambini. Occorrono una cultura pediatrica condivisa, una consapevolezza diffusa ed una responsabilità personale. Occorre che ciascuno riconosca i diritti dei bambini in quanto tali e in funzione di ciò agisca nella quotidianità.

Il Pediatra riveste un ruolo fondamentale nel farsi carico l'onere di sensibilizzazione degli operatori dell'Area Pediatrica (medici, infermieri, psicologi, ass. sociali, insegnanti, magistrati e chiunque possa incidere per il benessere del minore...)

A questo proposito l'Ordine dei Medici di Cuneo, particolarmente sensibile alle importanti e urgenti problematiche dei minori, consapevole che la corretta gestione di codeste influirà sugli adulti di domani, ha voluto ricostituire la "Commissione per la Tutela dell'Infanzia e dell'Adolescenza" con la quale vuole sia essere di riferimento per tutti coloro che sentano indispensabile collaborare per il bene dei nostri bambini sia diventare promotrice di iniziative a vario livello per perseguire al meglio gli obiettivi prima menzionati.

La Commissione ha come ideatori e responsabili il Dr. Barbero Giulio Michele ed il Dr. Livio Vivalda (Pediatri ed entrambi Consiglieri dell'Ordine), coadiuvati dalla Dr.ssa V. De Donno e dalla Dr.ssa M. Vallati, rispettivamente rappresentanti della Pediatria ospedaliera e della Pediatria di Famiglia.



CONVENZIONE DEI DIRITTI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA cenni storici

La Convenzione sui Diritti dell'infanzia e dell'Adolescenza è un accordo internazionale adottato dall'ONU il 20 novembre 1989. Con questo documento, le nazioni firmatarie definiscono i diritti - sociali e politici - di ogni minore e gli obblighi che le autorità devono rispettare affinché tali diritti siano sempre garantiti e tutelati.

Ad oggi tutti i Paesi del mondo, tranne gli Stati Uniti, si sono impegnati a rispettare e a far rispettare sul proprio territorio i principi generali della Convenzione. La vita dei bambini nei secoli prima del Novecento era molto differente. In quasi tutte le società era perfettamente normale che un bambino di 8-9 anni iniziasse a lavorare per aiutare la famiglia. Era totalmente assente la dimensione "fanciullesca" dell'infanzia: i bimbi erano adulti in miniatura, con tutte le responsabilità e i doveri del caso. A ciò si aggiunga che i figli venivano considerati più o meno come un oggetto di proprietà dei genitori e potevano essere educati nei modi più brutali senza che nessuno potesse obiettare (ovviamente questa non era la regola, ma dipendeva da determinate situazioni e contesti sociali).

L'avvento dell'industrializzazione peggiorò le cose, almeno per i minori delle classi meno abbienti. Per i figli dei proletari c'erano solo turni massacranti in fabbriche opprimenti e dalle condizioni sanitarie tragiche. Fu così che qualche mente illuminata cominciò a porsi il problema dei diritti dei bambini.

Nel 1883 in Gran Bretagna venne così vietato il lavoro in fabbrica per chi aveva meno di nove anni e anche in Germania, nel 1896, si cominciò a considerare il problema punendo i genitori che si macchiavano di maltrattamento nei confronti dei figli. Qualcosa iniziava a muoversi.

Dopo qualche anno l'inglese Englantyne Jebb, dama della Croce rossa e attivista che nel 1919 aveva fondato l'organizzazione Save the Children, redasse una Carta dei diritti del Bambino che funse da base per la Dichiarazione dei diritti del fanciullo approvata il 24 settembre 1924 dall'Assemblea Generale della Società delle Nazioni. Con questo primo accordo si sanciva finalmente l'impossibilità di impiegare i minori sotto ad una certa soglia d'età in mansioni professionali e nocive per il loro sviluppo. A ciò si aggiunsero alcuni diritti - come quello alla nazionalità e al nome - che benché banali (per noi moderni) ricevevano per la prima volta un riconoscimento ufficiale. Il documento però non obbligava i firmatari ad un'effettiva azione e toccò attendere fino al 1959 perché l'ONU approvasse la nuova Dichiarazione dei diritti del fanciullo, tutt'ora in vigore e aggiornata nel 1989 per essere davvero vincolante nella sua attuazione. Nel 2002 sono poi entrati in vigore anche i due Protocolli Opzionali approvati dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 25 maggio del 2000.

Convenzione sui Diritti dell'infanzia e dell'Adolescenza: cosa dice

La Convenzione ha carattere universale e dunque molti dei 54 articoli presenti in essa a noi possono apparire scontati, ma in tante altre parti del mondo rappresentano una conquista di civiltà da difendere con le unghie e con i denti.

Le varie voci si attengono ad alcuni principi:

- La non discriminazione: tutti i bambini sono uguali indipendentemente da razza, sesso, lingua, religione o opinione (del minore o del genitore)
- L'interesse del bambino deve essere sempre al primo posto: ogni decisione deve essere presa nel completo interesse del minore
- Il diritto alla vita: gli Stati aderenti alla Convenzione devono impegnarsi in ogni modo per garantire sopravvivenza e sviluppo del bambino
- Ascolto: i bambini hanno diritto ad essere ascoltati nelle loro esigenze

I 10 DIRITTI PIÙ IMPORTANTI DEI BAMBINI

La Convenzione sui diritti dell'infanzia contiene 54 articoli con tutti i diritti dei bambini, abbiamo selezionato i 10 fondamentali per il benessere dei bambini.

Diritto dei bambini a giocare

Tutti i bambini hanno il diritto di giocare e divertirsi. Diritto dei bambini a giocare

Diritto dei bambini al cibo

Tutti i bambini hanno il diritto al cibo e a nutrirsi adeguatamente

Diritto dei bambini di avere una casa

Tutti i bambini hanno il diritto di avere una casa, una casa dove possano proteggersi dal freddo e dove vivere con la propria famiglia. Oltre ad essere un luogo protetto, deve essere una casa dove il bambino può vivere con comprensione, tolleranza, amicizia, amore e protezione. Il diritto dei bambini di avere una casa e una casa

Diritto dei bambini alla salute

Il diritto alla salute nei bambini è uno dei diritti fondamentali a cui ogni bambino dovrebbe avere accesso. Il diritto alla salute è un compendio tra il benessere fisico, mentale e sociale, e ancora di più nei bambini, che sono più vulnerabili alle malattie. Il 20 novembre di ogni anno è la giornata internazionale dei bambini.

Diritto dei bambini all'educazione

Il diritto dei bambini all'educazione si riflette nella Dichiarazione dei diritti del bambino. Tutti i bambini hanno diritto all'istruzione, indipendentemente dal sesso, dalla religione, dalla nazionalità e da qualsiasi altra condizione. Lo Stato deve fare tutto il possibile per garantire l'accesso dei bambini all'educazione.

Il diritto alla vita dei bambini e avere una famiglia

Il bambino, per il pieno sviluppo della sua personalità, ha bisogno di amore e comprensione. Crescere sotto la responsabilità dei loro genitori e, in un'atmosfera di affetto e sicurezza morale e materiale. Il diritto dei bambini alla vita e ad avere una famiglia.

Diritto di avere nazionalità

Dalla nascita, il bambino ha il diritto di avere un nome e un cognome. Tutti i bambini devono essere registrati immediatamente dopo la loro nascita, poiché i genitori hanno l'obbligo di informare il nome, il cognome e la data di nascita del neonato.

Diritto dei bambini all'uguaglianza

Il diritto dei bambini all'uguaglianza, senza distinzione di razza, religione o nazionalità. Questo ha lo scopo di garantire che tutti i bambini siano trattati allo stesso modo, indipendentemente dalla loro origine e che si trovino nel paese in cui si trovano, o che abbiano il colore della pelle di qualsiasi colore.

Diritto dei bambini di esprimere la propria opinione

La Convenzione sui diritti dell'infanzia riconosce negli articoli 12 e 13 il diritto dei bambini di esprimere la loro opinione e la loro libertà di espressione. Perché i bambini dovrebbero esprimere opinioni liberamente esattamente come gli adulti.

Diritto dei bambini a non lavorare

Il diritto alla protezione contro il lavoro minorile si legge come segue: Il bambino deve essere protetto da ogni forma di abbandono, crudeltà e sfruttamento. Non sarà soggetto a nessun tipo di tratta e al bambino non dovrebbe essere permesso di lavorare prima di un'età minima appropriata.

“UN’UNICA OCCASIONE DI CRESCITA”

Christian BRACCO



Gli Ordini professionali che rappresentano il Personale Sanitario sul Territorio piemontese saranno insigniti dell'onorificenza della presidenza del Consiglio regionale per meriti civili, per onorarne il lavoro, l'impegno, la professionalità ed il sacrificio mostrati nel corso del 2020, nella prima fase della pandemia da Covid-19.



A stabilirlo una deliberazione approvata all'unanimità dall'Aula di Palazzo Lascaris, che ha riconosciuto come il Personale Sanitario abbia dimostrato e continui a dimostrare un'eccezionale ed altissima professionalità nello svolgere la propria attività a tutela della Salute pubblica, con spirito di abnegazione ed altruismo, operando in una situazione straordinaria, in rapida evoluzione e particolarmente complicata per il grado di pericolosità che la contraddistingue.

La proposta della Regione del 23 febbraio 2021 testimonia la presa di consapevolezza da parte delle Autorità del lavoro svolto dagli Operatori Sanitari in questi mesi; si auspica, però, che non si limiti a valorizzare l'impegno profuso ma sia una attestazione di tutto quello che è stato fatto negli ultimi anni, periodo in cui il Sistema Sanitario già si è retto sullo spirito di abnegazione e altruismo dei suoi Operatori.

Si spera vivamente che l'attestazione non rimanga uno sterile riconoscimento sulla carta ma possa rappresentare il punto di partenza per una riflessione profonda su come garantire un futuro migliore al nostro Sistema Sanitario, pianificando con attenzione la distribuzione di risorse umane e materiali per permettere agli Operatori di lavorare con professionalità e serenità sul Territorio ed in Ospedale, perseguendo l'obiettivo comune di curare al meglio i nostri pazienti.

Abbiamo un'occasione unica di rinascita per ricostruire un solido collegamento tra Ospedale e Territorio; la pandemia ci ha fatto scoprire strumenti tecnici in grado di agevolare notevolmente le comunicazioni e penso a quanto potrebbe essere arricchente, tramite questi canali, creare momenti codificati di confronto tra Medico ospedaliero, Specialista territoriale e MMG sui pazienti "complessi": sicuramente il percorso di cura non potrebbe che esserne valorizzato e per tutti noi potrebbe diventare un'occasione unica di crescita professionale.

Molto del nostro lavoro viene ad oggi convogliato nella gestione di pratiche amministrative burocratiche o nella compilazione di piani terapeutici on line, in un'epoca in cui tanto si parla del concetto di comunicazione come tempo di cura, senza avere spesso la possibilità di metterlo realmente in campo. Il nostro rimane inoltre uno dei pochi Paesi dove i reati medici vengono puniti penalmente mentre altrove si dà per scontato che chi opera o prescrive una cura non abbia un atteggiamento lesivo: forse è arrivato il momento che anche in Italia si prenda consapevolezza che depenalizzando l'operato medico si otterrebbe una maggiore appropriatezza nelle cure. A far riflettere deve essere il fatto che all'incirca nove cause su dieci si concludono con l'assoluzione: si tratta nella maggior parte di procedimenti che logorano per anni sul banco degli imputati il medico, con tutte le conseguenze psicologiche e materiali che ne possono derivare. Noi non siamo equiparabili a "semplici" dirigenti di azienda, il nostro lavoro va ben oltre il tecnicismo esasperato dalla superspecializzazione. La professione medica è peculiare nel farsi carico quotidianamente del vissuto di dolore e di disperazione dei nostri "clienti" e questo non può essere ripagato in alcun modo se non almeno in parte con la riconoscenza e l'affetto che per fortuna ogni tanto ancora ci viene da loro manifestato. A questo proposito uno degli ambiti in cui risulta un eccessivo sbilanciamento in negativo della qualità della vita professionale resta quello sanitario, diffondendosi non solo tra i medici, ma tra tutte le figure coinvolte nell'équipe di cura.

Il Medscape National Physician Burnout, Depression and Suicide Report di inizio 2019 indica come il burn-out resti un problema urgente: il 44% dei professionisti intervistati ha riportato sentimenti a esso collegati, mentre il 4% è stato dichiarato clinicamente depresso.

Anche questo è un aspetto che non può passare inosservato: è il momento giusto per riflettere su quali strategie possono essere efficaci per fronteggiare il problema.

Bibliografia

- Medscape National Physician Burnout, Depression and Suicide Report
- La Repubblica Salute 9 giugno 2019
- Temesgen ZM, DeSimone DC, Mahmood M, Libertin CR, Varatharaj Palraj BR, Berbari EF. Health Care After the COVID-19 Pandemic and the Influence of Telemedicine. *Mayo Clin Proc.* 2020;95(9S): S66-S68. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.06.052

MEDICI PRIMA ISCRIZIONE

Biasotti Maria Antonella	Saluzzo
Cacciatore Clelia Maria	Alba
Perano Francesco	Cuneo
Ranieri Andrea	Savigliano
Ravera Francesco	Bene Vagienna

MEDICI REISCRIZIONE

Fruttero Beatrice	Savigliano
-------------------	------------

MEDICI ISCRITTI PER TRASFERIMENTO

Bertolino Alessandra	Torino
Gaudino Matteo	Torino
Grasso Manfredi	Torino
Menniti Vincenzo	Roma
Milani Bruno	Torino
Pasquini Marco	Firenze
Piombo Margherita	Genova
Renda Valentina	Udine
Santopolo Giovanni Antonio	Torino
Viazzi Paolo	Genova

MEDICI CANCELLATI PER TRASFERIMENTO

Fiandrino Giacomo	Pavia
Isaia Elena	Torino

MEDICI CANCELLAZIONE SU RICHIESTA

Robaldo Alessandro	Alba
Vallauri Antonio	Fossano

MEDICI DECEDUTI

Greco Giuseppe	Alba
Podestà Francesco	Savigliano

ODONTOIATRI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

Milani Bruno	Torino
Pasquini Marco	Firenze
Santopolo Giovanni Antonio	Torino

ODONTOIATRI CANCELLAZIONE SU RICHIESTA

Tarascio Lidia Rafaela

NECROLOGIO

Con profondo cordoglio il Consiglio Direttivo partecipa al lutto per la scomparsa dei Colleghi

Dr GRECO Giuseppe
Medico Chirurgo di anni 81
Dr PODESTÀ Francesco
Medico Chirurgo di anni 69

A nome di tutta la Classe Medica rinnoviamo ai famigliari le più sentite e affettuose condoglianze



Notiziario dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri della provincia di Cuneo
Reg. Tribunale di Cuneo n. 455 del 23-04-1991

CUNEO, Via Mameli, 4 bis Tel. **0171.692195**

Direttore responsabile:
Andrea Giorgio Sciolla

Comitato di redazione:
B. Allasia, C. Blengini, R. Gallo, G. Mozzone,
A. Pellegrino, M. Vallati

Comitato scientifico:
F. Borghi, O. Cartia, L. Fenoglio, L. Vivalda