



MEDIC@LIVE

04 APR 2020

Magazine

L'informazione scientifica che corre sulla rete

Anno n.6



Mild Cognitive Impairment, la sfida da affrontare. Interventi cognitivi e riabilitativi per migliorare il funzionamento cognitivo

Pag. 8

La prospettiva temporale, la comunicazione persuasiva e l'epidemiologia quali elementi chiave per le politiche della pandemia

Pag 19

Epidemie rumorose ed epidemie silenziose: regoliamo il volume. Contributo degli Ortopedici alla riduzione delle infezioni globali

Pag. 26

I nativi digitali: quale prospettiva evolutiva per l'adolescenza? Una disamina socio-cognitiva della tecnologia

Pag. 32

La Privacy del dipendente con affezione da Covid-19. Il datore di lavoro cosa può comunicare ai suoi colleghi?

Pag. 36

SOMMARIO

PSICOLOGIA

Mild Cognitive Impairment, la sfida da affrontare. Interventi cognitivi e riabilitativi per migliorare il funzionamento cognitivo

Prof. Olimpia Pino

Pag. 8

PSICOLOGIA

La prospettiva temporale, la comunicazione persuasiva e l'epidemiologia quali elementi chiave per le politiche della pandemia

Dott. Massimo Agnoletti, Prof. Philip G. Zimbardo

Pag. 19

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Epidemie rumorose ed epidemie silenziose: regoliamo il volume. Contributo degli Ortopedici alla riduzione delle infezioni globali

Dott. Carlo Luca Romanò, Dott. Maurilio Bruno

Pag. 26

SOCIOLOGIA

I nativi digitali: quale prospettiva evolutiva per l'adolescenza? Una disamina socio-cognitiva della tecnologia

Dott.ssa Annamaria Venere

Pag. 32

DIRITTO SANITARIO

La Privacy del dipendente con affezione da Covid-19. Il datore di lavoro cosa può comunicare ai suoi colleghi?

Avv. Angelo Russo

Pag. 36



Specialisti nella comunicazione visiva in sanità



Fatti vedere
advcommunication.it

ADV
ADV communication



I PROSSIMI EVENTI

MANIPOLAZIONE FASCIALE di Luigi Stecco I Livello

10-11-12 gennaio 2020 / 7-8-9 febbraio 2020 - Bari

II Livello

8-9-10 maggio 2020 / 12-13-14 giugno 2020 - Bari

Medici e Fisioterapisti

ECM 50

CORSO ONLINE

APPROCCIO ALLE PATOLOGIE ORTOPEDICHE DELLA SPALLA

9 maggio 2020 – Aula virtuale

Fisioterapisti, Medici Chirurghi, TO, TNPEE, studenti

CORSO ONLINE

L'ACCOGLIENZA DEL PAZIENTE ANZIANO IN RSA NELLA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DEI DISTURBI ALIMENTARI (DISFAGIA, RIFIUTO DEL PASTO E MALNUTRIZIONE / DISIDRATAZIONE)

14 maggio 2020 – Aula virtuale

Medici, infermieri, OSS, logopedisti, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali, dirigenti di comunità, coordinatori di reparto e/o di struttura, educatori professionali, terapisti occupazionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, TNPEE

CORSO ONLINE

COVID 19: GESTIRE L'ISOLAMENTO SOCIALE CON LA PRATICA DELLA PSICOLOGIA POSITIVA E DEI RITMI CIRCADIANI

16 maggio 2020 – Aula virtuale

Tutte le professioni sanitarie

CORSO ONLINE

NUTRIZIONE, INTEGRAZIONE E SPORT

22 maggio 2020 – Aula virtuale

Biologi, Chimici, Dietisti, Farmacisti, Fisioterapisti, Medici Chirurghi, Nutrizionisti, laureati in Scienze motorie, professionisti dello sport

CORSO ONLINE

LA RIEDUCAZIONE POSTURALE GLOBALE di Philippe Souchard. PRINCIPI GENERALI E MODALITÀ DI APPLICAZIONE

23 maggio 2020 – Aula virtuale

Fisioterapisti

SPONDILOLISTESI LOMBARRE: DIAGNOSI E TERAPIA

20 giugno 2020 – Siracusa

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in Anestesia e Rianimazione, Medicina Fisica e Riabilitazione, Neurochirurgia, Neurologia, Ortopedia e Traumatologia, Radiodiagnostica, Reumatologia; Fisioterapisti

ECM 4

LE INSTABILITÀ GLENOMERALI

20-21 giugno 2020 – Forlì

Fisioterapisti

ECM 19,5

SCREENING FOR REFERRAL: STATO DELL'ARTE NEL DISTRETTO TORACO-LOMBARE

4-5 luglio 2020 – Bologna

Fisioterapisti

ECM 23,6

IL RAPPORTO TRA FISIOTERAPISTA E PAZIENTE: COMUNICAZIONE, RELAZIONE E STRATEGIA

25-26 luglio 2020 – Bologna

Fisioterapisti

ECM 16

FIBROMIALGIA: APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE PER CONOSCERE E COMBATTERE CON FIDUCIA LA SINDROME DI ATLANTE

12 settembre Patti (ME)

specialisti in: Medicina Generale (Medici di famiglia), Diabetologia e Malattie del Ricambio, Gastroenterologia, Medicina Fisica e Riabilitazione, Medicina Interna, Reumatologia, Ortopedia e Traumatologia, Neurologia; Biologi; Fisioterapisti; Psicologi

ECM 5

RUNNING INIJIURIES 2ª Edizione

19-20 settembre 2020 – Roma

Fisioterapisti, Medici Specialisti in Reumatologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Neurologia, Medicina dello Sport, Ortopedia e Traumatologia

ECM 23,9

LE LESIONI DELLA CUFFIA DEI ROTATORI

19-20 settembre 2020 – Forlì (FC)

Fisioterapisti

ECM 21,4

L'ALLENAMENTO DELLA FORZA IN FISIOTERAPIA

26-27 settembre 2020 – Brescia

Fisioterapisti, Medici Specialisti in Reumatologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Neurologia, Medicina dello Sport, Ortopedia e Traumatologia

ECM 21,7

NOVITÀ TERAPEUTICHE IN DERMATOLOGIA: LA TERAPIA DELLA DERMATITE ATOPICA E LE CHERATOSI ATTINICHE

3 ottobre 2020 – Ragusa

Medici di Medicina Generale (medici di famiglia) e specialisti in Allergologia e Immunologia clinica, Continuità assistenziale, Dermatologia e venereologia, Gastroenterologia, Geriatria, Malattie dell'apparato respiratorio, Pediatria

ECM 6

FOCUS SU ARGOMENTI DI DERMATOLOGIA E DI MEDICINA ESTETICA PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

3 ottobre 2020 – Aci Castello (CT)

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in Allergologia e Immunologia clinica, Chirurgia Generale, Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Continuità assistenziale, Dermatologia e Venereologia, Gastroenterologia, Ginecologia e Ostetricia, Reumatologia

ECM 6

LA PRATICA DEL'EBM

ottobre 2020 – Bologna

Fisioterapisti, Medici Specialisti in Reumatologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Neurologia, Medicina dello Sport, Ortopedia e Traumatologia

ECM 21.7

DOLORE ESERCIZIO E MOVIMENTO

10-11 ottobre 2020 – Bologna

Fisioterapisti, Medici Specialisti in Reumatologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Neurologia, Medicina dello Sport, Ortopedia e Traumatologia

5° CONGRESSO REGIONALE CREI SICILIA

23-24 ottobre 2020 – Messina

Medici Chirurghi specialisti in: Dermatologia e Venereologia, Medicina dello Sport, Medicina Fisica e Riabilitazione, Medicina Generale (Medici di famiglia), Medicina Interna, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Patologia clinica, Pediatria, Radiodiagnostica, Reumatologia; Farmacisti ospedalieri, Farmacisti territoriali; Fisioterapisti (massimo 20); Psicologi (massimo 10)

ECM 9

CLINICA, DIAGNOSTICA E TERAPIA NEL PAZIENTE VASCULOPATICO: COMPLIANCE TRA PAZIENTE MMG E SPECIALISTA

7 novembre 2020 – Squinzano (LE)

Medici di Medicina Generale e specialisti in: Anestesia e Rianimazione, Angiologia, Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare, Ematologia, Endocrinologia, Geriatria, Malattie Metaboliche e Diabetologia, Medicina Fisica e Riabilitazione, Medicina Subacquea e Iperbarica; Farmacisti

ECM 4

RED FLAG IN FISIOTERAPIA

7-8 novembre 2020 – Milano

Fisioterapisti, Medici Specialisti in Reumatologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Neurologia, Medicina dello Sport, Ortopedia e Traumatologia

L'ALLENAMENTO DELLA FORZA IN FISIOTERAPIA

21-22 novembre 2020 – Roma

Fisioterapisti, Medici Specialisti in Reumatologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Neurologia, Medicina dello Sport, Ortopedia e Traumatologia

ECM 21,7

XVIII EDIZIONE INCONTRI REUMATOLOGICI ETNEI

20-21 novembre 2020 – Catania

Medici Chirurghi, Farmacisti

ECM 11

LE PATOLOGIE TRAUMATICHE E DEGENERATIVE DELLA SPALLA

21-22 novembre 2020 – Forlì

Fisioterapisti

ECM 18,5

L'ALLENAMENTO DELLA FORZA IN FISIOTERAPIA

21-22 novembre 2020 – Roma

Fisioterapisti, Medici Specialisti in Reumatologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Neurologia, Medicina dello Sport, Ortopedia e Traumatologia

ECM 21,7

3° CONGRESSO ARTEMISIA

26-27 novembre 2020 – Catania

Medici chirurghi specialisti in: cardiologia, continuità assistenziale, gastroenterologia, ginecologia ostetrica, malattie dell'apparato respiratorio, medicina generale, neurologia, organizzazione dei servizi sanitari di base, otorinolaringoiatria, reumatologia

ECM 8

CORSO BASE DI RADIOLOGIA PER FISIOTERAPISTI

28-29 novembre 2020 – Roma

Fisioterapisti, Medici Specialisti in Reumatologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Neurologia, Medicina dello Sport, Ortopedia e Traumatologi

SHOULDER REHABILITATION

5-6 dicembre 2020 – Roma

Fisioterapisti, Medici Specialisti in Reumatologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Neurologia, Medicina dello Sport, Ortopedia e Traumatologia

VII FOCUS REUMATOLOGICO

11-12 dicembre 2020 – Ragusa

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in Cardiologia, Dermatologia e Venereologia, Farmacologia, Malattie dell'apparato respiratorio, Medicina Fisica e Riabilitazione, Neurologia, Organizzazione dei Servizi Sanitari di base, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria, Radiodiagnostica, Reumatologia; Farmacisti ospedalieri, Farmacisti territoriali; Fisioterapisti

ECM 8

INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON PATHOMECHANISMS OF AMYLOID DISEASES

19-20-21 dicembre 2020 – Catania

Researchers in Academics and Industry, Graduate Students and Post-Docs, Physician Scientists

Mild Cognitive Impairment, la sfida da affrontare. Interventi cognitivi e riabilitativi per migliorare il funzionamento cognitivo



Prof. Olimpia Pino

Professore Associato presso
Dipartimento Medicina e Chirurgia,
LM Psicobiologia e Neuroscienze Cognitive,
Università degli Studi di Parma

Mild Cognitive Impairment

Studio sull'importanza di concentrare gli sforzi sul danno cognitivo lieve per le intrinseche opportunità che offre a studiosi e specialistici.

Obiettivo: offrire un panorama degli interventi di riabilitazione disponibili in questo ambito e delle loro evidenze di efficacia.

ABSTRACT

L' aumento dell'aspettativa di vita è stato seguito da un ampliamento dei cambiamenti e delle patologie associati all'età. Ciò comporta importanti sfide per la società. Una questione centrale riguarda la crescita dell'incidenza del declino cognitivo associato all'età. Man mano che le persone invecchiano, i cambiamenti strutturali e funzionali che si verificano nel loro cervello portano a un generale deterioramento del funzionamento cognitivo, compromettendo potenzialmente la qualità della vita e l'interazione sociale. C'è stata una crescita dell'attenzione verso l'esplorazione di strategie non farmacologiche per prevenire o ritardare l'impatto del decadimento cognitivo lieve. Questo articolo ha l'obiettivo di discutere i diversi approcci all'intervento, in particolare i training di riabilitazione cognitiva valutandone gli effetti per migliorare le funzioni mentali delle persone con MCI. Numerosi interventi sono stati proposti e implementati per rallentare o invertire questi danni con risultati promettenti, ma studi futuri dovrebbero considerare anche come superare gli ostacoli alla diagnosi tempestiva del MCI negli individui e nelle percezioni del medico al fine di promuovere con successo l'invecchiamento sano e prevenire o rallentare declino cognitivo associato all'età.

I ncreases in life expectancy have been followed by an upsurge of age-associated changes and pathologies. This brings important challenges to society. A central issue concerns the growth of the incidence of age-associated cognitive decline. As people grow older, the structural and functional changes that occur in their brain lead to an overall deterioration of cognitive functioning, potentially compromising quality of life and social interaction. There has been an upsurge of attention in exploring non-pharmacological strategies to prevent or delay the impact of mild cognitive impairment. The paper aims to discuss different interventions approaches particularly cognitive training or rehabilitation interventions evaluating their effects to improve cognitive function among individuals with MCI. Several interventions proposed and implemented to slow or reverse these cognitive impairments show promise, but future studies should consider also how overcome barriers to the prompt diagnosis of MCI in individuals and physician's perceptions in order to successfully promote healthy aging and prevent or slow down age-associated cognitive decline.

Premessa

L'aspettativa di vita è in costante aumento nei paesi sviluppati (Mathers, Stevens, Boerma, White, e Tobias, 2015) e pone sfide importanti a singoli e comunità. Una tra queste è l'aumento dell'incidenza del declino cognitivo associato all'età (Bishop, Lu e Yankner, 2010). Le cause di questi cambiamenti strutturali e i fattori responsabili del declino cognitivo negli anziani sono ancora oggetto di discussione: possono dipendere dai livelli di amiloide-B (Lim et al., 2013), dalle disparità nello status socioeconomico (Friedman, 2013) o nello stile di vita. Man mano che le persone invecchiano, i cambiamenti cerebrali e funzionali portano a un deterioramento generale del funzionamento cognitivo (Glisky, 2007) compromettendo potenzialmente la qualità della vita e le relazioni sociali. La popolazione italiana è tra le più antiche del mondo e si prevede che il numero di individui colpiti crescerà; è importante, quindi, dedicare maggiore attenzione alla fase preclinica delle malattie croniche e ai programmi di prevenzione allo scopo di ridurre il numero di pazienti in futuro.

1. Invecchiamento e declino cognitivo

Il declino cognitivo è una delle maggiori preoccupazioni per la popolazione anziana: la demenza, in particolare quella di Alzheimer (*Alzheimer Disease - AD*), è una delle maggiori cause di danno cognitivo correlato all'età. Oggi sono circa trenta milioni le persone affette nel mondo e le proiezioni indicano che nel 2050 saranno circa centosessanta milioni. Il processo di invecchiamento abitualmente è descritto lungo un continuum ai cui estremi si trovano, da un lato, l'invecchiamento fisiologico e, dall'altro, quello patologico nel quale rientrano le demenze. Tra questi due estremi si possono collocare "quadri intermedi" nei quali si può osservare un deterioramento cognitivo che non ha un impatto nella vita quotidiana, non soddisfa i criteri per la diagnosi di demenza, ma merita particolare attenzione perché rappresenta una fase prodromica della demenza vera e propria: il danno cognitivo lieve (acronimo

MCI, *Mild Cognitive Impairment*). Il MCI è definito come un quadro di moderata compromissione cognitiva rilevabile all'esame formale con nessuna o solo minima compromissione della capacità dell'individuo di svolgere le attività della vita quotidiana, interpretabile come una fase di transizione verso una vera e propria demenza ma anche come un'entità clinica ben definita che può restare stabile e non aggravarsi nel tempo.

La maggior parte dei pazienti anziani che giunge all'attenzione di un neuropsicologo lamenta difficoltà mnestiche; alcuni di questi, dopo un'approfondita valutazione cognitiva con strumenti standardizzati, non mostrano difficoltà oggettive e ricevono diagnosi di disturbo cognitivo soggettivo (*Subject Cognitive Impairment - SCI*). Se l'indagine neuropsicologica mette in luce un'effettiva disfunzione cognitiva, in assenza di un vero e proprio quadro di demenza, insieme a una conservata autonomia delle abilità funzionali e nelle attività della vita quotidiana, si è di fronte a un quadro di MCI. Certamente la linea che separa le due condizioni è sottile come lo è quella che separa la condizione di MCI da quella di AD lieve. La condizione di disturbo cognitivo soggettivo è poco considerata malgrado lo stress emotivo di chi ne soffre. La condizione di MCI è più interessante da studiare come effettiva fase prodromica della demenza in quanto il SCI può anche dipendere da un condizionamento psicologico della persona magari derivante dalla storia familiare.

2. Declino cognitivo e fragilità

Un interesse emergente è il rapporto tra fragilità e declino cognitivo e il concetto, più nuovo, di fragilità cognitiva (CF). La fragilità è un costrutto multidimensionale che indica una maggiore vulnerabilità legata all'età dovuta a fattori di stress attribuibili alla ridotta capacità dei sistemi fisiologici. Inizialmente il concetto di fragilità, che si associa a esiti avversi per la salute particolarmente per le persone anziane, era applicato ai soli aspetti fisici. Negli ultimi anni, grazie alla crescente attenzione al rapporto tra l'aspetto fisico e quello cognitivo della persona che invecchia, il termine di "fragilità cognitiva" è stato ampliato includendo la concomitan-

te presenza di fragilità fisica e danno cognitivo. Ciò ha permesso di mettere in luce come la compromissione fisica sia spesso responsabile dello stile di vita sedentario e dell'isolamento sociale e come questi due fattori possano concorrere nell'innescare un circolo vizioso sul piano fisico che può anche rendere conto di un declino cognitivo che è prodotto da fattori indipendenti da condizioni neurodegenerative (Kelaiditi, et al. 2013).

Dato che non tutti gli individui con MCI convertono il proprio disturbo in demenza e diversi studi riportano che circa il 60% di questi pazienti può rimanere cognitivamente stabile (De Jager e Budge, 2005; Pino, 2017) mentre un 40% può tornare cognitivamente normale a ulteriori *follow-up* (Gallucci et al., 2016), ormai è riconosciuto che il declino cognitivo possa anche rappresentare l'espressione "cognitiva" di altre condizioni patologiche. In questo caso, la progressione del MCI verso la demenza non è scontata. Gli aspetti eterogenei del MCI e le diverse traiettorie nell'evoluzione di questo quadro clinico suggeriscono che può rappresentare la manifestazione di un processo neurodegenerativo incipiente ma anche il risultato di fattori estranei alla neuro-degenerazione (vedi Fig. 1).

Il concetto di fragilità cognitiva può fornire spunti per esplorare meglio il complesso costrutto delle prime fasi del deterioramento cognitivo e tornare estremamente utile nella progettazione di un approccio riabilitativo multi-componenziale che consideri determinante il cambiamento degli stili di vita e il ripristino dell'attività fisica, come si vedrà oltre.

3. Perché è importante occuparsi del danno cognitivo lieve

L'incidenza del MCI è del 22.5% su 1000 individui all'anno per la fascia d'età compresa tra i 75-79 anni e di 60.1% per gli individui con più di 85 anni (Gillis et al., 2019; Sköldunger, Wimo e Johnell, 2012). La prevalenza stimata è del 15-20% mentre la progressione in demenza è del 10-15% all'anno (Lin et al., 2013). Nelle recenti linee guida per il MCI (Petersen et al., 2018), una meta-analisi ha stimato che le persone con MCI rispetto agli anziani sani hanno il triplo del rischio di ricevere una diagnosi di demenza di Alzheimer entro 2-5 anni (Wolfgruber et al., 2014).

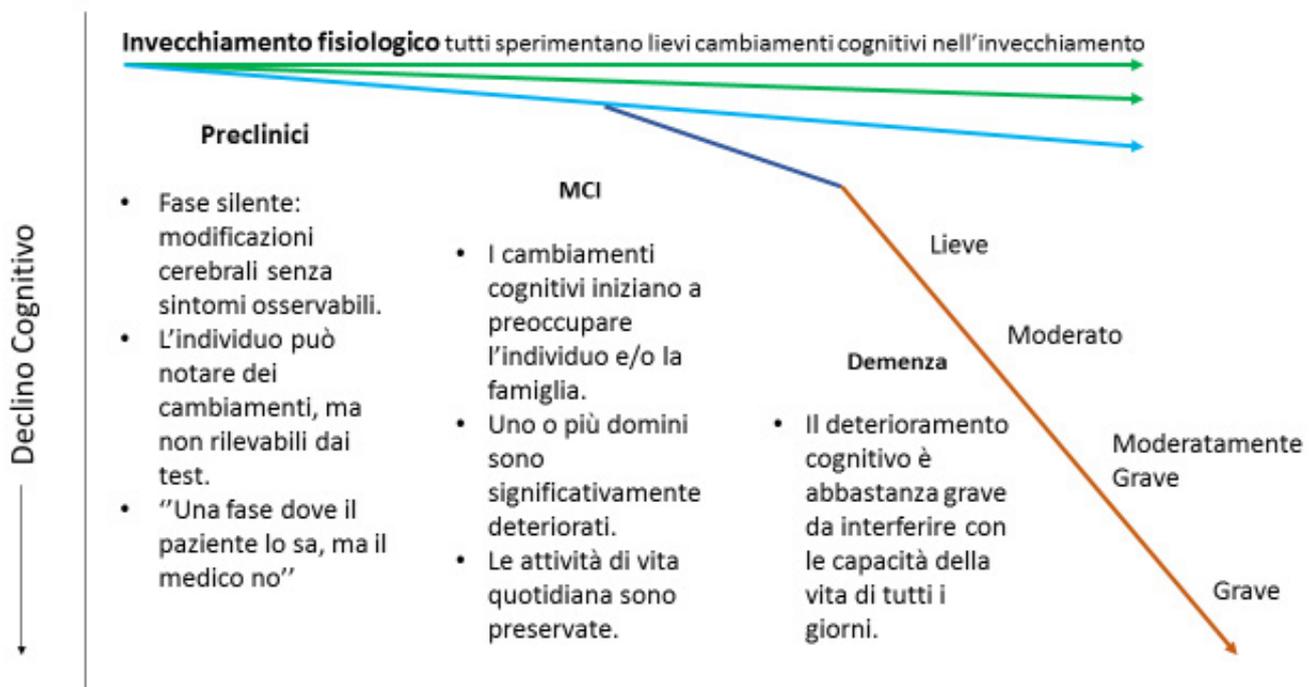


Figura 1. Traiettorie di sviluppo dall'invecchiamento fisiologico a quello patologico

In Emilia Romagna, ad esempio, i residenti con più di 65 anni sono circa un milione: si può ipotizzare, secondo i dati epidemiologici sopra riportati, che ci siano circa 150.000 individui affetti da MCI (ossia il 15% della popolazione), dei quali è possibile che 15mila all'anno abbiano un'alta probabilità di progredire in demenza, come confermato anche dagli stessi dati della regione Emilia Romagna (18.168 nuovi casi di demenza nel 2017). Secondo alcuni studi sui costi medici diretti (Leibson et al., 2015; Leicht et al., 2011), la conversione di un individuo che presenta MCI in demenza, fa lievitare i costi diretti tra 4.483 e i 5.175 euro.

Dato il grande impatto che la patologia riveste in termini sanitari e sociali la ricerca ha cercato di comprenderne i fattori causali o di rischio e di individuare marcatori pre-clinici per differenziare il declino cognitivo patologico da quello legato all'invecchiamento cerebrale fisiologico, permettere una diagnosi precoce, definire una prognosi e predisporre trattamenti efficaci. Così, il deficit cognitivo in assenza di demenza ha risvegliato un crescente interesse come possibile target terapeutico con l'intento di ritardare l'insorgenza della demenza vera e propria. Dilazionare di un anno l'esordio dei sintomi significherebbe ridurre del 25% i casi di malattia di Alzheimer. Intervenire nella fase di MCI significa migliorare la qualità della vita dell'individuo attenuando i sintomi spiacevoli percepiti dal paziente, rallentare il decadimento cognitivo che può condurre alla demenza oltre che diminuire i costi sanitari.

Secondo la quinta edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, che distingue tra Disturbo Neuro-cognitivo Maggiore e Minore (DSM-5; APA, 2015), un'indicazione di modesto declino cognitivo rispetto a un livello precedente di prestazioni in uno o più domini rappresenta un criterio per poter diagnosticare una prestazione anomala associata all'invecchiamento. In concomitanza, i test neuropsicologici consentono di valutare il declino cognitivo e descriverne la gravità anche se l'attribuzione del deficit al normale processo di invecchiamento o a lesioni cerebrali è spesso problematica. Nella fase lieve della demenza, il deterioramento cognitivo si acuisce e la disabilità funzionale diventa sempre più evidente – in particolare per quanto riguarda le attività più complesse – e

l'onere del *caregiver* tende a crescere significativamente.

Nel momento in cui la storia clinica, il colloquio con il *caregiver* e l'esame clinico non risultano sufficienti a indirizzare verso un quadro definito, soprattutto quando i sintomi sono sfumati e aspecifici, la valutazione neuropsicologica aiuta a differenziare i deficit cognitivi – tra cui il disturbo di memoria – dalle alterazioni della sfera cognitiva attribuibili a disturbi del comportamento o all'invecchiamento fisiologico. Il termine MCI si riferisce a pazienti con sintomi molto eterogenei in termini di cognizione e neuropatologia, (Albert et al., 2011; Petersen et al., 2014; Scheltens et al., 2017) in quanto, oltre ai caratteristici deficit di memoria episodica che coinvolgono le strutture del lobo temporale mesiale – in particolare la corteccia entorinale e l'ippocampo – possano manifestarsi anche deficit di natura esecutiva, dovuti alla neuropatologia del sistema frontale, come difficoltà nella pianificazione e nella memoria prospettica (Lee et al. 2016; Pino, Poletti e Caffarra, 2013). L'importanza della distinzione tra MCI a *singolo* o *multi-dominio*, di tipo *amnestic* o di tipo *non-amnestic* risiede sia nel permettere una diagnosi più precisa ma soprattutto nel poter definire meglio le traiettorie di sviluppo dato che i diversi sottotipi possono avere un'etiologia differente ed essere prodromici di tipologie di demenza differenti. La presenza, infatti, di alcuni marker biologici e fattori di rischio, come la gravità del deterioramento cognitivo, la presenza di apolipoproteina E ε4 (ApoEε4), di atrofia cerebrale o ipometabolismo nelle regioni temporo-parietali, la presenza nel liquido cerebrospinale (CSF) di β-amiloide 1-42, proteina tau totale e tau fosforilata, sembra predire l'insorgenza del MCI e la sua possibile evoluzione in demenza (Petersen et al., 2009).

4. Gli ostacoli alla diagnosi precoce

Una diagnosi precoce presenta certamente alcuni svantaggi da non sottovalutare, come lo stigma potenziale associato alla malattia e l'aumento del rischio di suicidio negli individui vulnerabili. I benefici di una diagnosi precoce, come ad esempio avere l'accesso a consulenze, permette ai pazienti e alle loro famiglie di pianificare gli aspetti legali e finanziari che possono compensare

Ostacoli relativi al paziente



Figura 2. Frequenze degli ostacoli ad una diagnosi precoce riferiti da medici di base e specialisti (Tratto da: Judge, Roberts, Khandker, Ambegaonkar e Black, 2019, modificata)

le potenziali conseguenze negative. Diversi sono gli autori che hanno tentato di identificare le sfide associate alla precocità della diagnosi e della gestione degli individui con MCI dal punto di vista dei medici di medicina generale. I temi identificati, che riguardavano la mancanza di supporto per pazienti, quella verso operatori sanitari e medici, l'esiguità di risorse temporali e finanziarie, lo stigma, l'incertezza diagnostica e le preoccupazioni concernenti la divulgazione della diagnosi, suggeriscono la necessità di migliorare i servizi offerti e la comunicazione tra la medicina generale e quella specialistica (Dubois, Padovani, Scheltens, Rosid e Agnello, 2016). Una comprensione delle sfide affrontate dai medici può servire al superamento delle problematiche evidenziate indirizzandole risorse e gli sforzi verso quelle aree specifiche dove sono richiesti adattamenti. Ad oggi, gli studi hanno esaminato principalmente la medicina generale ed esplorato le sfide diagnostiche associate alla demenza, mentre minore attenzione è stata dedicata al MCI come precursore dell'AD.

Uno studio su larga scala è stato recentemente condotto in cinque paesi europei (tra cui l'Italia), Canada e Stati Uniti reclutando medici di base e specialisti re-

sponsabili del trattamento del deterioramento cognitivo con l'obiettivo di comprendere le barriere cliniche e pratiche attuali legate al processo diagnostico e valutare se la prospettiva dei medici di base si distingue da quella degli specialisti (Judge, Roberts, Khandker, Ambegaonkar e Black, 2019). I partecipanti dovevano identificare gli ostacoli a una tempestiva diagnosi in quattro ambiti: paziente, medico, *setting* e profilo clinico. I risultati mettevano in luce che gli aspetti principali segnalati includevano l'attitudine dei pazienti a considerare il declino cognitivo un aspetto normale dell'invecchiamento (53% dei rispondenti) e a non rivelare i sintomi (50%) e la presenza di lunghe liste di attesa (53% dei rispondenti medici di base). La mancanza di test definitivi sui biomarcatori è stata la barriera clinica più comunemente identificata nel complesso in questa categoria (43%). Per il 43% degli intervistati le liste di attesa risultano troppo lunghe così come il tempo è giudicato insufficiente per valutare i pazienti (33%). Queste lamentele erano più comuni tra i medici di base mentre gli specialisti lamentavano maggiormente un ritardo nell'invio da parte delle cure primarie (vedi Fig. 2).

Sono, quindi, numerose le aree di miglioramento pos-

sibile, specialmente quelle che comprendono lo sviluppo di test diagnostici sensibili e specifici e l'aggiornamento del medico e del paziente. È naturale che l'implementazione di questi cambiamenti sia soggetta ai finanziamenti disponibili e possa creare tensione finanziaria sui budget sanitari ma l'obiettivo di questo lavoro è quello di mostrare come l'unico sistema per ridurre la prevalenza dell'AD è quello di investire sulle strategie in grado di ritardare la sua insorgenza in individui a rischio di sviluppare demenza e in persone in buona salute.

5. I diversi approcci alla riabilitazione del MCI e loro evidenze di efficacia

Negli ultimi anni, c'è stato un aumento di interesse nell'esplorazione dell'efficacia di strategie non farmacologiche per mantenere o migliorare gli aspetti cognitivi negli anziani sani, per prevenire o ritardare le disabilità funzionali

e ridurre l'impatto di questo declino sulle loro capacità e sulla qualità della vita (Pino, 2015, 2017). L'intervento sulla fase prodromica della demenza rappresentata dal MCI può rallentare il decorso patologico e il tasso di conversione (Gallucci et al., 2016). Dato che il MCI è comune negli adulti più anziani che vivono nella comunità, con una prevalenza di circa il 17% (Petersen et al., 2018), gli interventi tesi a moderare le difficoltà di memoria avrebbero un impatto su un gran numero di persone anziane, soprattutto per far mantenere loro una vita indipendente. Malgrado vi sia una crescente letteratura sugli interventi indirizzati a questo tipo di deficit, nel campo non si è ancora raggiunto un chiaro consenso sulle evidenze di efficacia. Nella Tab. 1 si riportano le differenze che distinguono i training cognitivi e la riabilitazione cognitiva, particolarmente indicati nell'intervento sul MIC, dalla stimolazione cognitiva, indicata nelle demenze.

Gli interventi volti a modificare lo stile di vita (attività fisica, dieta, socializzazione) hanno varie evidenze

	Training Cognitivo	Riabilitazione cognitiva	Stimolazione cognitiva
Target	Deterioramento	Restrizione nella partecipazione	Restrizione nella partecipazione
Contesto	Ambienti e compiti strutturati	Ambiente naturale	Struttura clinica/residenziale
Focus dell'intervento	Specifiche abilità e processi cognitivi. Talvolta anche psico-educazione e training sulle strategie	Abilità e processi cognitivi richiesti per eseguire compiti di vita quotidiana (comportamento e attività nel proprio ambiente). Talvolta inclusi psico-educazione e training sulle strategie	Orientamento, stato cognitivo globale
Format	Individuale o di gruppo	Individuale	Solitamente di gruppo
Meccanismo d'azione proposto	Principalmente restorativi. Meccanismi legati alla neuro-plasticità	Combinazione di approcci restorativi e compensativi. Riduzione «invalidità»	Orientamento migliorato, attivazione generale
Obiettivi	Abilità migliorate o mantenute in specifici domini cognitivi	Performance in relazione al setting e agli obiettivi funzionali	Migliorare l'orientamento e il coinvolgimento in attività piacevoli

di efficacia (Bredesen, 2014; Nouchi et al., 2014; Suzuki et al., 2012) così come quelli combinati (Ge, Zhu, Wu e McConnell, 2018; Kawashima, 2013). In questi casi risulta difficile isolare il fattore responsabile degli esiti; per questo motivo, non saranno trattati nella parte successiva rimandando per gli approfondimenti alla letteratura specialistica (Pino, 2017; Raji et al., 2014; Ryan e Nolan, 2016). Gli approcci riabilitativi volti a migliorare i processi cognitivi o arginare l'impatto dei deficit sulle capacità associate nella vita quotidiana possono essere suddivisi in due grandi gruppi a seconda della direzione seguita dall'intervento, che saranno analizzati di seguito.

5.1. Gli interventi esterni

Gli interventi cosiddetti esterni comprendono tre tipologie di programmi, cognitivamente orientati, indirizzati su diversi aspetti del deterioramento:

- a) programmi di re-training;
- b) strategie di apprendimento dominio-specifiche;
- c) strumenti compensativi esterni.

I programmi di re-training tentano di ripristinare le funzioni di memoria tramite la riparazione delle reti neurali danneggiate. Alcuni programmi di re-training prevedono un training cognitivo multi-componente con diversi esercizi di memoria. In vari studi su pazienti con MCI si è riscontrato che training di questo tipo possono favorire la memoria episodica, lo svolgimento delle attività quotidiane e l'umore (Kurtz et al., 2009), nonché avere risvolti positivi nei compiti di memoria associativa (Wenisch et al., 2007), nella memoria prospettica (Kinsella et al., 2009), nella qualità della vita (Londos et al., 2008) e nella meta-memoria (Rapp et al., 2002). In realtà, l'efficacia dei programmi di re-training sulla memoria varia in relazione all'eziologia e al tipo di danno cerebrale (Piras et al., 2011): interventi di questo tipo sono sostenuti solo da circa il 40% degli articoli esaminati in una rassegna in soggetti con problemi degenerativi e inoltre l'efficacia delle strategie di re-training sembra essere confinata alle capacità addestrate e solo in pochi studi è stata osservata un'influenza positiva nel funzionamento nella vita quotidiana. Molti trai-

ning cognitivi si giovano della moderna tecnologia più interattiva ed immersiva come la realtà virtuale (VR), i videogiochi interattivi e la tecnologia mobile. Molti programmi sono facilmente accessibili da computer o *tablet*; in questo caso, la tecnologia può raccogliere dati obiettivi e fornire un feedback in tempo reale a partecipanti o terapeuti. È importante sottolineare che gli interventi svolti con la tecnologia (Pino, Palestra, Trevino e De Carolis, 2020) hanno mostrato migliori esiti rispetto ai tradizionali training cognitivi e programmi riabilitazione forse correlati all'usabilità e a fattori motivazionali legati all'interazione in tempo reale e ai feedback ricevuti dal sistema (Faucounau, Wu, Boulay, DeRotrou e Rigaud, 2010). Rispetto agli interventi tradizionali condotti da un terapeuta e del tipo carta-matita, le tecnologie sono "più intelligenti" nel registrare le prestazioni dei partecipanti e regolare la difficoltà dei compiti. Il secondo insieme di metodi ha lo scopo di ottimizzare e addestrare le funzioni e le capacità residue insegnando strategie di apprendimento dominio specifiche allo scopo di migliorare il funzionamento nelle attività di tutti i giorni. Un caso esemplare di conoscenza specifica al contesto è l'apprendimento dell'associazione faccia-nome frequentemente oggetto di diversi studi sulle strategie per ottimizzare le funzioni residue. Queste strategie si basano su forma di memoria non dichiarative. Un caposaldo teorico che influenza la riabilitazione in quest'ambito è il condizionamento operante o l'apprendimento di abilità. Tra le tecniche utilizzate rientra l'apprendimento senza errori (*Errorless Learning*, EL), esemplificato dal metodo del *Vanishing Cue* (MVC) e dello *Spaced Retrieval* (SR) che facilitano le risposte limitando gli errori. Questi metodi possono rafforzare la memoria esplicita/associativa e il recupero grazie a un aumento specifico al training dell'attivazione e delle connessioni in un sistema neurale diffuso (Hampstead et al., 2011). I metodi compensativi esterni hanno lo scopo di compensare la funzione cognitiva compromessa o carente a causa di patologie degenerative e rappresentano, quindi, un'assistenza protesica. Essi generalmente tendono a limitare i danni dei deficit esecutivi della vita quotidiana e comprendono sia strumenti che richiedono un quantitativo di risorse cognitive variabile (supporti elettronici, cellulari, iPad) e la partecipazione attiva dell'individuo.

La letteratura ha messo in luce progressi anche nella qualità di vita e nell'indipendenza oltre che nella riduzione degli insuccessi quotidiani, nella reintegrazione professionale, e negli aspetti clinici. In ogni caso l'importanza di questi sistemi in una prospettiva riabilitativa va ridimensionata, in quanto aggirano i deficit senza intervenire realmente sulle abilità cognitive.

Gli interventi cognitivi hanno un effetto positivo sia sugli indici cognitivi misurati oggettivamente sia sulla percezione soggettiva dei loro effetti (Robertson, King-Kallimanis e Kenny, 2016), confermati dagli studi di neuro-immagine che hanno evidenziato come la terapia cognitiva possa essere impiegata per ripristinare il declino funzionale associato all'età. I programmi multimodali rappresentano una promettente area di ricerca. Sono però necessari ulteriori studi per comprendere i vantaggi di un intervento cognitivo multimodale in persone con MCI tenendo presente la possibilità che gli adulti più anziani potrebbero non essere in grado di gestire la sfida cognitiva associata a interventi multimodali.

5.2. *Gli interventi interni*

Gli interventi interni implicano un modello di intervento per lo più neurologico basato sull'ausilio di farmaci o di dispositivi medici per la neuro-modulazione e includono:

- a) le tecniche di stimolazione cerebrale;
- b) il neuro-feedback;
- c) le terapie farmacologiche.

La stimolazione cerebrale non invasiva include la stimolazione magnetica transcranica (TMS) e la stimolazione transcranica a corrente diretta (tDCS). Sembra che la rTMS ad alta frequenza abbia dato beneficio alla memoria associativa in uno studio in cui, associata alla fMRI (Solé-Padullés et al., 2006), ha indicato buone prestazioni in compiti di ricordo volto-nome con una singola sessione di stimolazione off-line sulla corteccia prefrontale bilateralmente, dati sostenuti anche altrove (Elder e Taylor, 2014) valutando gli effetti della TMS e della tDCS sui sintomi cognitivi e neuropsichiatrici (Cotelli, Manenti, Zanetti e Miniussi, 2012).

Poiché il controllo dell'attività cerebrale influisce sulle funzioni cerebrali come il comportamento, le emozioni e l'elaborazione delle informazioni, l'applicazione clinica della tDCS per la depressione, la sclerosi multipla e altri disturbi del sistema nervoso centrale è valutata da parte di numerosi gruppi clinici. Il suo effetto sulla funzione cognitiva è stato mostrato in alcuni studi che hanno suggerito miglioramenti temporanei ma significativo del declino cognitivo correlato all'invecchiamento (Meinzer, Lindenbergh, Antonenko, Fleisch e Flöel, 2013) accrescendo le prestazioni e invertendo l'attività cerebrale patologica e i modelli di connettività. Ma è necessario valutare l'effetto di sessioni ripetute sulla funzione cognitiva in pazienti con MCI (Park, et al. 2019). Le tecniche di stimolazione cerebrale non invasiva possono svolgere un ruolo nella progettazione di modelli multidimensionali d'intervento per terapie per persone con deficit di memoria anche se bisogna valutare i rischi a lungo termine.

Passando ai trattamenti farmacologici, risultati positivi sono stati ottenuti con trattamenti atipici diversi dai tradizionali farmaci anticolinergici usati nell'AD: come ad esempio l'insulina (Craft et al., 2012) o il litio (Forlenza, et al., 2011).

I cambiamenti caratteristici nell'EEG dei pazienti con MCI, osservati in particolare nelle regioni posteriori del cervello, includono un rallentamento generale dell'EEG espresso da un abbassamento del ritmo alfa e una potenza più elevata nelle frequenze più basse (delta e theta), collegati a scarse prestazioni cognitive e atrofia della materia grigia e possono servire da indicazione che una persona anziana svilupperà MCI o che una persona con MCI passerà ad AD. In particolare, la potenza theta è correlata negativamente con le prestazioni neuropsicologiche nel MCI, mentre la potenza alfa superiore e PAF sono correlate positivamente con le prestazioni cognitive, come menzionato in precedenza. Anatomicamente, questi cambiamenti EEG sono correlati all'atrofia del talamo, dell'ippocampo e dei gangli della base (Moretti et al. 2012a, b; Wolf et al. 2004). Diversi risultati suggeriscono che il neuro-feedback ha effetti benefici su alcune funzioni esecutive ma non chiari sulla memoria. Basandosi sul potenziale per il neuro-feedback di insegnare agli individui a regolare la

funzione neuronale e quindi alterare i modelli oscillatori dell'EEG (Sitaram et al. 2017), abbiamo postulato che il neuro-feedback basato su EEG potrebbe essere di valore terapeutico in (Lavy, Dwolatzky, Kaplan, et al., 2019).

Conclusioni

Il presente lavoro ha cercato di mettere in luce l'importanza di concentrare gli sforzi sul danno cognitivo lieve per le intrinseche opportunità che offre agli studiosi e agli specialisti offrendo un panorama degli interventi di riabilitazione disponibili in questo ambito e delle loro evidenze di efficacia. I risultati che gradualmente si raggiungono, alcuni più promettenti di altri, possono essere considerati come passaggi preliminari verso lo sviluppo di strumenti per migliorare le prestazioni cognitive nelle popolazioni cliniche affette da declino cognitivo nonché negli anziani sani.

A ulteriori lavori spetterà il compito di migliorare la standardizzazione dei protocolli e delle tecniche e di determinare se queste possono promuovere miglioramenti cognitivi a lungo termine. Un'altra strada importante da percorrere è quella della combinazione di strategie e di un maggiore sforzo verso le tecnologie che possano migliorare o mantenere il funzionamento cognitivo negli anziani.

Bibliografia

- Assenza, G. et al., (2017). Oscillatory activities in neurological disorders of elderly: biomarkers to target for neuromodulation. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 9, 189. doi: 10.3389/fnagi.2017.00189
- Bayer-Carter, J. L., et al. (2011). Diet intervention and cerebrospinal fluid biomarkers in Amnesic Mild Cognitive Impairment. *Archives of Neurology*, 68(6), 743- 752.
- Bishop, N. A., Lu, T., e Yankner, B. (2010). Neural mechanisms of ageing and cognitive decline. *Nature*, 464, 529-535. doi:10.1038/nature08983
- Bredesen, D. (2014). Reversal of cognitive decline: A novel therapeutic program. *Aging*, 6, 9. www.impactaging.com
- Cotelli, M., Manenti, R., Zanetti, O. e Miniussi, C. (2012). Non-pharmacological intervention for memory decline. *Human Neuroscience*, 6, 1-17.
- das Nair et al. (2019). Clinical and cost effectiveness of memory rehabilitation following traumatic brain injury: a pragmatic cluster randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 33(7), 1171-1184. doi: 10.1177/0269215519840069
- De Jager, C. e Budge, M. (2005). Stability and predictability of the classification of mild cognitive impairment as assessed by episodic memory test performance over time. *Neurocase*, 11(1), 72-9. doi: 10.1080/13554790490896820
- Dubois, B., Padovani, A., Scheltens, P., Rossid, A., e Agnello, G.D. (2016). Timely diagnosis for alzheimer's disease: A literature review on benefits and challenges. *Journal of Alzheimer's Disease*, 49(3), 617-631.
- Erten, M.N. e Brown, A.D. (2018). Memory specificity training for depression and Posttraumatic Stress Disorder: a promising therapeutic intervention. *Frontiers in Psychology*, 9, 419. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00419
- Faucounau, V., Wu, Y.H., Boulay, M., De Rotrou, J., e Rigaud, A.S. (2010). Cognitive intervention programmes on patients affected by mild cognitive impairment: a promising intervention tool for MCI? *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14(1), 31-35.
- Friedman, D. (2013). The cognitive aging of episodic memory: A view based on the event-related brain potential. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 7, 111. doi:10.3389/fnbeh.2013.00111.
- Gallucci, M. et al. (2016). Mild cognitive impairment, from theory to practical intervention: "Camminando e leggendo... ricordo" (Walking and reading... I remember), an action plan. The Treviso Dementia (TREDem) Registry. *Ann Ist Super Sanita*, 52(2), 240-8. doi: 10.4415/ANN_16_02_16. Review.
- Ge, S., Zhu, Z., Wu, B. e McConnell, E.S. (2018). Technology-based cognitive training and rehabilitation interventions for individuals with mild cognitive impairment: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 18, 213. https://doi.org/10.1186/s12877-018-0893-1
- Gillis, C., Mirzaei, F., Potashman, M., Ikram, M. A., e Maserejian, N. (2019). The incidence of mild cognitive impairment: A systematic review and data synthesis. *Alzheimer's & Dementia*, 11, 248-256. doi:10.1016/j.dadm.2019.01.004
- Glisky, E. L. (2007). Changes in cognitive function in human aging. In D.R. Riddle (Ed.), *Brain aging: Models, methods, and mechanisms* (pp. 3-20). Winston-Salem, NC: CRC Press.
- Judge, D., Roberts, J., Khandker, R., Ambegaonkar, B. e Black, C.M. (2019). Physician perceptions about the barriers to prompt diagnosis of Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease *International Journal of Alzheimer's Disease*, Article ID 3637954. https://doi.org/10.1155/2019/3637954
- Kawashima, R. (2013). Mental exercises for cognitive function: clinical evidence. *Journal of Preventive Medicine & Public Health*, 46, S22-S27. http://dx.doi.org/10.3961/jpmph.2013.46.S22
- Kinsella, G.J., Pike, K.E., Cavuoto, M.G. e Lee, S.D. (2018). Mild cognitive impairment and prospective memory: translating the

- evidence into neuropsychological practice. *The Clinical Neuropsychologist*, 32, 5, 960-980. doi: 10.1080/13854046.2018.1468926.
- Kober, S.E et al., (2015). Specific effects of EEG based neurofeedback training on memory functions in post-stroke victims. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 12, 107. doi: 10.1186/s12984-015-0105-6
- Lavy, Y., Dwolatzky, T., Kaplan, Z. et al. (2019). Neurofeedback improves memory and peak alpha frequency in individuals with Mild Cognitive Impairment. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 44, 41-49. <https://doi.org/10.1007/s10484-018-9418-0>
- Lee, S., Ong, B., Pike, K.E., Mullaly, E., Rand, E., Storey, E., e Kinsella, G.J. (2016). The contribution of prospective memory performance to the neuropsychological assessment of mild cognitive impairment. *The Clinical Neuropsychologist*, 30 (1), 131-149. doi: 10.1080/13854046.2015.1135983.
- Leibson, C. L., Long, K. H., Ransom, J. E., Roberts, R. O., Hass, S. L., Duhig, A. M. e Petersen, R. C. (2015). Direct medical costs and source of cost differences across the spectrum of cognitive decline: A population-based study. *Alzheimer's & Dementia*, 11(8), 917-932. doi:10.1016/j.jalz.2015.01.007
- Leicht, H. et al. (2011). Net costs of dementia by disease stage. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 384-395. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01741.x
- Lim, Y. Y., Pietrzak, R. H., Ellis, K. A., Jaeger, J., Harrington, K., Ashwood, T. e Rowe, C. C. (2013). Rapid decline in episodic memory in healthy older adults with high amyloid-. *Journal of Alzheimer's Disease*, 33, 675-679. doi:10.3233/JAD-2012-121516.
- Lin, Pei-Jung et al. (2013). The economics of mild cognitive impairment. *Alzheimer's & Dementia*, 9(1), 58-62.
- Kelaiditi, E. et al. (2013). Cognitive frailty. Rational and definition from an (I.A.N.A./I.A.G.G.) International Consensus Group. *Journal of Nutritional Health Aging*, 17(9), 726-734. doi: 10.1007/s12603-013-0367-2
- Mathers, C.D., Stevens, G. A., Boerma, T., White, R. A. e Tobias, M. I. (2015). Causes of international increases in older age life expectancy. *The Lancet*, 385, 540-548. doi:10.1016/S0140-6736(14)60569-9
- Martins, A., Fregni, F., Simis, M. e Almeida, J. (2017). Neuromodulation as a cognitive enhancement strategy in healthy older adults: promises and pitfalls. *Aging, Neuropsychology & Cognition*, 24:2, 158-185. doi: 10.1080/13825585.2016.1176986
- Meinzer, M., Lindenberg, R., Antonenko, D., Flaisch, T. e Flöel, A. (2013). Anodal transcranial direct current stimulation temporarily reverses age-associated cognitive decline and functional brain activity changes. *Journal of Neuroscience*. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.5743-12.2013>.
- Nouchi, R. et al., (2014). Four weeks of combination exercise training improved executive functions, episodic memory, and processing speed in healthy elderly people: Evidence from a randomized controlled trial. *Age*, 36, 787-799. doi: 10.1007/s11357-013-9588-x
- Park, J., Oh, Y., Chung, K. et al. (2019). Effect of home-based transcranial direct current stimulation (tDCS) on cognitive function in patients with mild cognitive impairment: a study protocol for a randomized, double-blind, cross-over study. *Trials*, 20, 278. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3360-1>
- Petersen, R.C., Lopez, O., Armstrong, M. J., Getchius, T.S.D., Ganguli, M., Gloss, D. e Rae-Grant, A. (2018). Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment: Report of the guideline development, dissemination, and implementation subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 90 (3), 1-10. doi: 10.1212/WNL.0000000000004826.
- Pino, O., Poletti, F. e Caffarra, P. (2013). Cognitive demand and reminders effect on time-based prospective memory in amnesic mild cognitive impairment (AMCI) and in healthy elderly. *Open Journal of Medical Psychology*, 2, 35-46. doi: 10.4236/ojmp.2013.21007.
- Pino, O. (2015). Memory impairments and rehabilitation: evidence-based effects of approaches and training programs. *The Open Rehabilitation Journal*, 8, 25-33. doi: 10.2174/1874943720150601E001.
- Pino, O. (2017). *Ricucire i ricordi. La memoria, i suoi disturbi, evidenze di efficacia dei trattamenti riabilitativi*. Milano: Mondadori Università.
- Pino, O., Palestra, G., Trevino, R. e De Carolis, B. (2020). The humanoid robot NAO as trainer in a memory program for elderly people with Mild Cognitive Impairment. *International Journal of Social Robot*, 12, 21-33. doi: 10.1007/s12369-019-00533-y.
- Raji, C., Erickson, K.I., Lopez, O.L., Kuller, L.H., Gach, H.M., Thompson, P.M., et al. (2014). Regular fish consumption and age-related brain gray matter loss. *American Journal of Preventive Medicine*, 47, 444-451. doi: 10.1016/j.amepre.2014.05.037
- Robertson, D.A., King-Kallimanis, B.L. e Kenny, R.A. (2016). Negative perceptions of aging predict longitudinal decline in cognitive function. *Psychology and Aging*, 31, 71-81. doi: 10.1037/pag0000061
- Ryan, S.M. e Nolan, Y.M. (2016). Neuroinflammation negatively affects adult hippocampal neurogenesis and cognition: can exercise compensate? *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 61, 121-131. doi: 10.1016/j.neubiorev.2015.12.004
- Sköldunger, A., Wimo, A. e Johnell, K. (2012). Net costs of dementia in Sweden - An Incidence based 10-year simulation study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 1112-1117. doi:10.1002/gps.2828
- Solé-Padullés, C., Bartres-Faz, D., Junque, C., Clemente, I.C., Molinuevo, J.L., Bargallo, N., Sanchez-Aldeguer, J., Bosch, B., Falcon, C. e Valls-Sole, J. (2006). Repetitive transcranial magnetic stimulation effects on brain function and cognition among elders with memory disfunction. A randomized sham-controlled study. *Cerebral Cortex*, 16, 1487-1493.
- Suzuki, T. et al. (2012). Effects of multicomponent exercise on cognitive function in older adults with amnesic mild cognitive impairment: a randomized controlled trial. *BMC Neurology*, 12, 128. doi:10.1186/1471-2377-12-128.

La prospettiva temporale, la comunicazione persuasiva e l'epidemiologia: quali elementi chiave per le politiche della pandemia

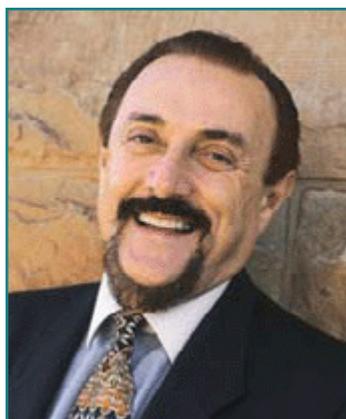
Covid-19, gestione più efficace della pandemia se fossero applicate le conoscenze scientifiche della prospettiva temporale, della comunicazione persuasiva e dell'epidemiologia

Abstract



Dott. Massimo Agnoletti

Psicologo, Dottore di ricerca
 Esperto di Stress,
 Psicologia Positiva e Epigenetica
 Formatore/consulente aziendale,
 Presidente PLP-Psicologi
 Liberi Professionisti-Veneto,
 Direttore del Centro di Benessere
 Psicologico, Favaro Veneto (VE)



Prof. Philip G. Zimbardo

Professore emerito all'Università
 di Stanford. Fondatore del settore
 della psicologia scientifica chiamato
 Prospettiva Temporale.

Le conoscenze scientifiche della Prospettiva Temporale e della comunicazione persuasiva fanno parte della psicologia sociale mentre l'epidemiologia è un settore delle scienze biomediche. Questo scritto vuole sottolineare l'importanza strategica di includere all'interno dei gruppi dei decisori politici che definiscono le politiche di contenimento del Covid-19 anche figure professionali quali gli psicologi sociali e gli epidemiologi per migliorare l'efficacia delle comunicazioni prodotte.

The scientific knowledge of the Time Perspective and persuasive communication are part of social psychology while epidemiology is a sector of biomedical sciences. This paper aims to underline the strategic importance of including professional figures such as social psychologists and epidemiologists to improve the effectiveness of the communications produced within the groups of political decision-makers who define the containment policies of Covid-19.

La pandemia da Covid-19 è un'emergenza planetaria che abbiamo cominciato a conoscere e siamo stati costretti a gestire da pochi mesi. Tutto questo ci ha indotti a rielaborare e ripensare in maniera massiccia molti aspetti della nostra vita e della nostra società.

La capacità di apprendere velocemente applicando le conoscenze scientifiche finora conquistate, imparando anche dagli errori che compiamo collettivamente nel gestire questa pandemia, determinerà quando e come usciremo da questa fase emergenziale.

All'interno di questo contesto vi è la convinzione che le conoscenze scientifiche della psicologia sociale, in particolare della prospettiva temporale e della persuasione, oltre al settore dell'epidemiologia, siano strategicamente importanti per migliorare le politiche di contenimento della pandemia.

Pur non essendo il primo virus che impatta nel nostro pianeta in tempi recenti (vedi epidemie come la SARS, l'HIV, l'ebola e la spagnola), il Covid-19 purtroppo rap-

presenta un evento disruptivo inedito per la sua caratteristica velocità di trasmissione capace di coinvolgere milioni di persone nel giro di pochi giorni/settimane.

La pandemia è un fenomeno complesso che impatterà nella nostra società globalmente passando nel tempo, da emergenza sanitaria a emergenza psicologica, con i relativi costi psicosociali ed economici.

Un aspetto emerso in questi mesi di contrasto al Coronavirus è la necessità di adottare una logica in grado di includere anche "l'altro" (rispetto qualsiasi entità consideriamo il nostro sistema/entità di appartenenza) all'interno delle politiche adottate, pena la bassa efficacia nel contenere nel medio e lungo tempo la diffusione del virus.

Se infatti da una parte è logico mettere in atto almeno inizialmente strategie che fungono come meccanismi di difesa finalizzati a limitare i rapporti con gli altri, sistemi fisicamente confinanti con il nostro (pensiamo in termini sia di nuclei familiari che di città e di nazioni) per rendere la situazione più controllabile e gestibile, è



altrettanto vero che vi è la necessità di considerare l'enorme interconnessione che ormai il mondo globalizzato moderno presenta come sua peculiarità. Esempi lampanti di quanto appena descritto sono la drammatica diffusione del virus in Italia (seconda solo alla Cina per diverse settimane) anche dopo aver adottato precocemente una strategia che ha previsto la cancellazione del traffico aereo proveniente e diretto verso la Cina ma anche, e soprattutto, l'irrazionale quanto pericolosa sotto-stima da parte di alcune nazioni (gli USA, la Francia, gli UK, la Svezia, il Brasile) del rischio percepito malgrado intere nazioni confinanti, o comunque prossime, fossero già pienamente coinvolte in un'emergenza sanitaria già dichiarata peraltro dall'OMS pandemia globale.

Mai come adesso abbiamo percepito la nostra salute (in termini di sopravvivenza) e la nostra qualità di vita come dipendenti dalle scelte e dai comportamenti "altrui", includendo in questo termine "sia il nostro vicino di casa che la nazione confinante o entità sovranazionali come la Comunità Europea.

Il fatto di essere ormai consapevoli di questa inaspettata fragilità dovuta al livello di interdipendenza e di iperconnessione che le nostre vite ormai possiedono, corrisponde ad un costo in termini psicologici che potremo valutare con precisione solo nel prossimo futuro.

Il fatto che la dinamica di questa pandemia sia provocata da un agente biologico invisibile che può essere trasmesso facilmente in una fase in cui la persona infetta, non percependo alcuna specifica sintomatologia, contagia un'altra persona (tecnicamente il rapporto tra "periodo di incubazione" e il "periodo di latenza") rende il Covid-19 particolarmente pericoloso per l'alta capacità di diffusione all'interno della popolazione.

Questa sua particolarità si traduce in inevitabili conseguenze psicosociali; tra queste uno specifico disagio psicologico legato alla consapevolezza relativa l'incertezza (e quindi anche della scarsa percezione di controllo) del proprio stato di salute (infetto o meno) e quindi anche della paura di infettare potenzialmente altre persone inclusi i propri cari.

La risposta alla presente situazione emergenziale, sia a livello individuale che sociale, dipende da numerosi fattori; tra questi, come abbiamo già esposto in uno scritto precedente (Agnoletti & Zimbardo, 2020), vi è la prospettiva temporale.



Questo decennale settore scientifico della psicologia sociale ha dimostrato quanto le scelte che effettuiamo individualmente e collettivamente siano determinate dalla specifica configurazione, attraverso la quale investiamo le nostre risorse mentali relativamente il presente, il passato e il futuro (Stolarski, Fioulaine e Van Beek, 2015; Zimbardo e Boyd, 2008). Dalla peculiare composizione di dimensioni psicologiche temporali (denominato anche "profilo temporale") è possibile prevedere, sia a livello individuale che sociale, le conseguenti scelte comportamentali strategicamente importanti per il contenimento del virus quali, ad esempio, la predisposizione a mettere in atto comportamenti rischiosi, fatalistici o che invece considerano con maggiore attenzione le possibili conseguenze future delle proprie azioni (sia in relazione a sé stessi che agli altri), la capacità di evitare di agire impulsivamente, l'aderenza più o meno scrupolosa delle indicazioni coercitive emanate dalle autorità, la capacità di evitare di sviluppare problematiche psicologiche, e altro ancora.

Riportando qui una sintesi delle ricadute pratiche che la prospettiva temporale può apportare (Agnolet-



ti & Zimbardo, 2020) all'efficacia delle politiche di contenimento della pandemia, possiamo affermare che occorre comunicare in un modo chiaro, dettagliato e specifico (possibilmente indicando misurazioni oggettive riportando numeri), coerente nel tempo e condiviso da tutti gli attori istituzionali. Oltre a questo abbiamo evidenziato come risulti strategicamente opportuno e auspicabile sia adottare misure di contenimento molto restrittive e precocemente (data l'alta contagiosità del virus e l'eterogeneità della popolazione) sia valutare la composizione della prospettiva temporale dei decisori politici e istituzionali al fine di promuovere soluzioni maggiormente orientate al futuro.

A nostro avviso il prezioso contributo derivante dalla psicologia sociale per contrastare la pandemia include anche la comunicazione persuasiva, utilizzata dai decisori politici per amministrare il comportamento della popolazione.

In questo senso riteniamo utile riportare di seguito

una sintesi dei processi persuasivi identificati dal prof. Cialdini (Cialdini, 2008; Cialdini, 2017) professore emerito di Psicologia sociale presso l'Arizona State University ed esperto mondiale di questa materia.

I principali processi persuasivi sono:

- la reciprocità (dobbiamo contraccambiare un favore che ci viene offerto/proposto),
- l'autorevolezza (siamo più propensi ad accettare una richiesta se arriva da chi giudichiamo come autorevole e competente),
- il consenso sociale (a parità di altre condizioni, soprattutto in una situazione di incertezza, tendiamo ad adottare scelte comportamentali condivise da un gruppo numeroso di persone),
- la scarsità (siamo propensi ad attribuire un valore maggiore a qualcosa che percepiamo come scarsamente disponibile),
- l'impegno e la coerenza (una volta effettuata una

scelta o un comportamento anche percepito come poco significativo, abbiamo la tendenza ad effettuare scelte o comportamenti futuri coerenti con quelli compiuti precedentemente)

- la piacevolezza percepita di chi emette il messaggio persuasivo (preferiamo accettare richieste da persone che ci piacciono o, in misura maggiore, che abbiamo la percezione che piacciono loro).

È interessante considerare come i principi scientifici persuasivi identificati da Cialdini si collocano all'interno della prospettiva temporale (Agnoletti, 2016) perché alcuni specifici orientamenti temporali potrebbero essere connessi con altrettanti principi persuasivi (si pensi ad esempio alla relazione tra il principio di coerenza e impegno rispetto il profilo focalizzato sul futuro); ma il ruolo della comunicazione persuasiva risulta strategico e prezioso soprattutto in relazione alla situazione emergenziale che stiamo vivendo dove i governanti politici devono promuovere nella popolazione comportamenti adatti alla gestione della pandemia. In un contesto come quello attuale, connotato dall'estrema incertezza, alcuni principi persuasivi quali l'autorevolezza, il consenso sociale, l'impegno e la coerenza dovrebbero essere tenuti in particolare considerazione da coloro che definiscono le politiche di contenimento all'interno della comunicazione istituzionale. Tali principi persuasivi potrebbero essere implementati nelle comunicazioni istituzionali migliorando l'efficacia e l'aderenza dei comportamenti attuati dai cittadini per contenere la diffusione del virus. Ne sono un esempio pratico gli slogan adottati dal governo italiano per promuovere il distanziamento sociale tra i cittadini, "io resto a casa" e il fatalista "andrà tutto bene" o le contraddittorie comunicazioni politiche tra coloro che avrebbero dato priorità all'economia piuttosto che alla salute dei cittadini e coloro che fortunatamente hanno considerato la salute come un diritto non negoziabile.

In questo senso la letteratura persuasiva è assolutamente convergente con le indicazioni già espresse dalla prospettiva temporale soprattutto per quanto riguarda i principi di autorevolezza, coerenza e impegno, consenso sociale e piacevolezza. Anche in questo contesto è possibile già registrare degli esempi positivi nelle politiche comunicative adottate dalla Corea del Sud, dal Singapo-

re e dalla Germania come anche degli esempi negativi quali gli Stati Uniti, la Francia, gli UK e, parzialmente, anche l'Italia.

Riguardo il terzo elemento esaminato in questo scritto, l'epidemiologia, riprendiamo brevemente un fatto storico riguardante lo scienziato che può essere considerato il pioniere di questa disciplina biomedica che studia la diffusione delle malattie all'interno della popolazione.

John Snow nacque da una famiglia molto povera di York, una città dell'Inghilterra. Nel 1848, all'età di 35 anni, Snow faceva il medico e viveva vicino al quartiere di Soho, a Londra, dove si stava diffondendo velocemente e mortalmente il colera, una malattia che già qualche anno prima aveva causato la morte di circa 14 mila londinesi. Soho, all'epoca, era un quartiere sovrappopolato con numerosi problemi d'igiene per il carente sistema fognario e per la continua tracimazione sulle strade pubbliche delle immondizie, degli escrementi e dagli scarti della macellazione provenienti dai seminterati delle abitazioni.

Oggi sappiamo che il colera è un batterio che si sviluppa per lo più in acqua e cibo contaminato con feci umane contenenti batteri ma, le numerose morti per colera che si stavano registrando alla metà dell'Ottocento, venivano comunemente considerate dalla comunità medica dell'epoca come conseguenza, mai provata, dei cosiddetti "miasmi" ossia "aria cattiva" emanata dalla decomposizione degli organismi che Ippocrate aveva proposto più di due millenni prima.

Nella seconda metà dell'Ottocento, però, fu proposta una seconda ipotesi - del tutto marginale rispetto quella comunemente accettata - con la quale si sosteneva invece che il colera fosse causato da "particelle" viventi invisibili che si trasmettevano all'interno della popolazione (quella che l'italiano *Fracastoro* aveva preconizzato nel 1500 e che sarebbe diventata, verso la fine del 1800, la cosiddetta teoria dei germi tuttora accettata dalla comunità scientifica).

Snow era convinto che il colera non fosse trasmesso attraverso l'aria "cattiva" ma dall'acqua bevuta dalle persone. Per dimostrare questa sua ipotesi fortemente osteggiata dalla comunità medica dell'epoca, lo studioso cominciò a raccogliere una grande quantità di dati



intervistando i pazienti e i dottori che cercavano di curarli. Pur documentando la logica del suo ragionamento non riuscì a persuadere la comunità medica della sua idea infatti non fu ritenuto necessario nessun intervento in linea con l'ipotesi di *Snow*.

Dopo qualche anno, nel 1854, il colera riprese a colpire Londra ancora più violentemente e fu allora che *Snow* decise di adottare un approccio più sistematico, raccogliendo e incrociando dati da molteplici fonti informative quali il registro pubblico, i questionari somministrati "porta a porta" a tutti gli abitanti del quartiere, al fine di creare delle matrici statistiche e la celebre mappa dettagliata dove veniva riportata la relazione tra la collocazione delle fonti di approvvigionamento idrico del quartiere e la distribuzione dei malati di colera.

Studiando la disposizione geografica e l'evoluzione temporale della distribuzione della malattia *Snow* sco-

prì che la probabile fonte del contagio era una particolare pompa pubblica alla quale molte persone del quartiere si rifornivano. Fu attraverso queste evidenze che *Snow* riuscì finalmente a convincere l'amministrazione locale a bloccare l'utilizzo di quella specifica pompa (situata a Broad Street) dimostrando così, che la conseguente diminuzione dei casi di colera e la cessazione dell'emergenza sanitaria era dovuta proprio all'intervento effettuato sull'acqua bevuta dai cittadini londinesi.

Ci vollero sei anni a *Snow* per riuscire a dimostrare la sua idea che ebbe anche un riscontro del tutto indipendente e contemporaneo da parte dell'anatomopatologo italiano *Filippo Pacini*, il quale identificò tramite microscopio il vibrione del colera.

Pacini e *Snow* avranno un comune destino: certa immotivata diffidenza da parte delle relative comu-

nità scientifiche nel recepire i risultati di entrambi questi importanti scienziati.

La vicenda di *John Snow* risulta preziosa perché esempio di storia, al fine di definire le politiche di contenimento di un agente biologico come il Covid-19; non bisogna sottovalutare la cultura scientifica epidemiologica che, attraverso l'elaborazione di una massa di dati derivanti da fonti informative molto diverse, ha la possibilità di identificare strategie di contenimento altrimenti impossibili da stabilire.

Il lavoro incredibile di *Snow* dimostrò come la fusione di più discipline scientifiche potesse offrire grandi opportunità al fine di salvare molte vite umane. Questi modelli dovrebbero essere tenuti in grande considerazione nel momento in cui si definiscono le politiche da adottare per contenere il numero dei contagi. In situazioni di emergenza sanitaria è quindi auspicabile che all'interno del gruppo di decisori ci siano anche persone che possiedono una solida cultura epidemiologica.

In conclusione possiamo affermare quanto dalle conoscenze scientifiche della prospettiva temporale e della comunicazione persuasiva derivano preziose informazioni che, aggiunte alla conoscenza epidemiologica, aiuterebbero significativamente la definizione di più efficaci politiche di contenimento della pandemia.

BIBLIOGRAFIA

Agnoletti, M. (2016). Exploring the connection between main Time Perspective orientations and Cialdini's persuasion principles. International conference proceedings on Time Perspective, Copenhagen, Denmark.

Agnoletti M., & Zimbardo (2020). Politiche dell'emergenza coronavirus più efficaci grazie alla Teoria della Prospettiva Temporale. *Psicologia Contemporanea*, 4.

<https://www.psicologiacontemporanea.it/blog/politiche-dellemergenza-coronavirus-piu-efficaci-grazie-alla-teoria-della-prospettiva-temporale/>

Cialdini, R. B. (2017). *Pre-suasione*. Giunti Editore.

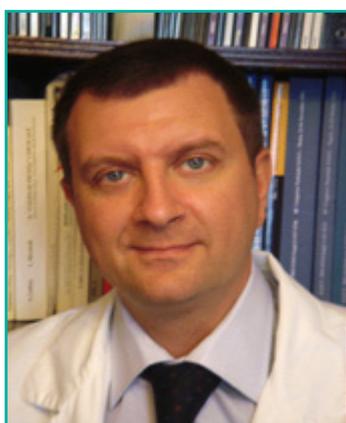
Cialdini, R. B. (2008). *Le armi della persuasione*. Giunti Editore.

Stolarski M., Fioulaine N., & Van Beek W. (2015), *Time perspective theory; review, research and application: Essays in honor of Philip G. Zimbardo*, Springer, Cham.

Zimbardo P. G., & Boyd J. (2008), *The Time Paradox: The new psychology of time that can change your life*, Simon & Schuster, New York.



Epidemie rumorose ed epidemie silenziose: regoliamo il volume. Contributo degli Ortopedici alla riduzione delle infezioni globali



Dott. Carlo Luca Romanò

Ortopedico, gruppo Policlinico di Monza, Clinica San Gaudenzio, Novara, Studio Medico Cecca-Romanò, Milano



Dott. Maurilio Bruno

Ortopedico, gruppo Policlinico di Monza, Clinica San Gaudenzio, Novara

ABSTRACT

La pressione mediatica sull'attuale pandemia da SARS-COV-2 sembra oscurare la costante presenza di precedenti epidemie virali e di patologie infettive "storiche" come ad esempio la TBC. I volumi epidemiologici in termini di nuovi infetti e decessi infatti non sono infatti paragonabili in termini di gravità. In particolare si rimarca la costante ed antica presenza di nuovi infetti e decessi che ogni anno sono provocati dalle infezioni nosocomiali il cui costo economico e sociale pesa sempre di più sul bilancio sanitario. Il maggior numero di interventi chirurgici in cui si prevede l'impianto di materiale estraneo viene eseguito nell'ambito della chirurgia Ortopedica con mezzi di sintesi e protesi articolari. È in questo settore che diventa decisiva l'azione preventiva sulle infezioni nosocomiali e l'auspicio della formazione di medici e presidi per il controllo di queste infezioni e di chirurghi specialisti nel trattamento ricostruttivo.

Lmass-media hanno suonato un'unica sveglia nel mondo negli ultimi mesi. Nel terzo millennio, nella nostra epoca così tecnologicamente avanzata e nonostante i sorprendenti progressi nel campo dell'igiene e della medicina, i microrganismi osano ancora minacciare la vita umana... Ma è davvero una novità così grande?

Come si confronta la pandemia di COVID-19 che stiamo vivendo con altre infezioni, che non ottengono la prima pagina sui giornali, non si presentano in televisione nelle "breaking news" e non provocano contromisure e allarmi eccezionali, tali da cambiare totalmente

la vita delle popolazioni e consentire ai governi di sopprimere le più elementari libertà delle persone?

Soffermiamoci per un momento a esaminare l'impatto della pandemia attuale da COVID-19 (o secondo la nuova denominazione da SARS-COV-2), mettendola a confronto con altre malattie infettive, che colpiscono l'umanità da più di un decennio (influenza suina) a più di un secolo (tubercolosi) (v. Tabella 1).

Considerando il bilancio delle vittime, il virus SARS-COV-2 appare, al momento in cui scriviamo, ugualmente o addirittura meno associato a esiti fatali, rispetto ad altre malattie infettive di larghissima diffusione. Inoltre, il suo tasso di mortalità, secondo alcune

analisi, potrebbe essere anche sopravvalutato, a seguito dei criteri utilizzati per testare le persone e delle modalità di registrazione delle cause (o concause) di morte. [1]

Se consideriamo, ad esempio, la tubercolosi, tutti gli indicatori sottolineano il drammatico impatto clinico nel mondo di questa malattia che, in contrasto con SARS-COV-2, colpisce fortemente anche bambini e giovani adulti, determinando la morte di un milione e mezzo di persone.

1. Niforatos JD, Melnick ER, Faust JS. Covid-19 fatality is likely overestimated. *BMJ*. 2020 Mar 20;368:m1113. doi: 10.1136/bmj.m1113.

Table 1. Impatto di alcune infezioni nel mondo

	COVID-19 [1]	Tubercolosi [1]	Influenza stagionale [1, 2]	Influenza suina [1]	AIDS [1]	Epatite C [1]	Infezioni nosocomiali [1, 2]	Infezioni correlate agli impianti [1, 2]
Agente patogeno	SARS-COV-2	<i>Mycobacterium</i> spp.	Virus dell'influenza A, B, C	H1N1	HIV	HCV	Batteri, raramente funghi o virus	Batteri, raramente funghi
Morti/Tempo	160.000/4 mesi (Gen 1 ad Aprile 21 2020)	1.500.000/anno 2018 (230.000 bambini)	Da 290.000 a 650.000/anno 2015	Da 151.000 a 575.400	770.000/anno 2018	399.000/anno 2016	Da 1 a 2 milioni	Da 100.000 a 140.000
Nuovi Casi Sintomatici/Anno	n/a	10 milioni (5,7 milioni uomini, 3,2 milioni donne, 1,1 milioni bambini)	Da 3 a 5 milioni**	60,8 milioni	1,7 milioni	1,7 milioni	> 20 milioni	Da 1 a 1,4 milioni
Prevalenza stimata	2,3 milioni*	> 2 miliardi (5-15% rischio di ammalarsi)	n/a	n/a	37,9 milioni	71 milioni	Svariati milioni	Svariati milioni
Geografia	n/a	44% Sud-Est Asia 24% Africa 18% Pacifico orientale	n/a	n/a	>75% Africa	Prevalenza mondiale: da 0,5% a 2,3%	Prevalenza mondiale: da 5% a >15% dei pazienti ospedalizzati	n/a

*Valore che può essere sottostimato per la mancanza di tests e per la grande prevalenza di soggetti asintomatici o paucisintomatici.

** Dato che varia cross studies. [2]

2. Biggerstaff M, Cauchemez S, Reed C, Gambhir M, Finelli L. Estimates of the reproduction number for seasonal, pandemic, and zoonotic influenza: a systematic review of the literature. *BMC Infect Dis*. 2014 Sep 4;14:480. doi:10.1186/1471-2334-14-480.

I mass media hanno il potere di alzare o abbassare il volume...

I media svolgono un ruolo chiave nella promozione della salute pubblica e nell'influenzare il dibattito sulle questioni sanitarie; tuttavia, alcuni argomenti sembrano generare una risposta più forte da parte del pubblico e ciò potrebbe essere correlato al modo in cui i media costruiscono e recapitano i loro messaggi.

In "SARS Wars: An Examination of the Quantity and Construction of Health Information in the News Media", gli autori scrivevano, già nel 2007, a proposi-

to della sindrome respiratoria acuta che si era diffusa a quell'epoca: *“I media hanno il potere di influenzare la percezione pubblica dei problemi di salute, scegliendo cosa pubblicare e il contesto in cui presentare le informazioni. I media possono influenzare la tendenza di un individuo a sopravvalutare il rischio di alcuni problemi di salute, sottostimando il rischio di altri, influenzando in definitiva le scelte di salute”*. [3]

La copertura mediatica dell'epidemia di COVID-19 è stata, ed è tuttora, eccezionale con oltre 180.000 articoli pubblicati ogni giorno in settanta lingue dall'8 marzo all'8 aprile 2020. [4,5]

Ci si potrebbe chiedere se questa enorme attenzione mediatica sia mai avvenuta in passato e, in tal caso, se questo si sia alla fine dimostrato benefico o addirittura semplicemente appropriato.

In effetti, possiamo guardare, ad esempio, a ciò che è accaduto dieci anni fa, durante l'ultima pandemia, la cosiddetta “influenza suina”.

Nel 2010, a un anno dall'inizio di quella pandemia, il numero di decessi era abbastanza simile a quello che possiamo aspettarci da SARS-COV-2, almeno sulla base dei dati attualmente disponibili; da notare che, come per la tubercolosi (e anche per l'influenza stagionale), mentre il virus SARS-COV-2 uccide quasi esclusivamente soggetti di età pari o superiore a 60 anni, spesso con altre malattie, [6] l'influenza suina colpiva principalmente bambini, soggetti giovani o di mezza età.

Ora, se guardiamo indietro al modo in cui i mass media hanno coperto la pandemia di influenza suina H1N1, potremmo trovare molte somiglianze con l'attuale iperbolico approccio mediatico.

In un'analisi dettagliata pubblicata nel 2016 “Swine flu and hype: a systematic review of media dramatization of the H1N1 influenza pandemic”, gli autori hanno osservato: *“La quantità di copertura era notevolmente elevata. Nei primi quattro giorni della pandemia (27-30 aprile 2009), i tre principali quotidiani di ciascuno dei 31 paesi europei hanno pubblicato circa 650-800 articoli su H1N1 al giorno. Nella prima settimana (27 aprile – 3 maggio), questo ha riassunto un totale di 3463 articoli, un numero enorme considerando gli stessi media aveva pubblicato insieme 2824 articoli su tutti gli altri argomenti di salute in un periodo di un mese”*. [7]

Se 3463 articoli in una settimana, sembravano “un numero enorme” in quel momento, che dire di circa 180.000 articoli al giorno, ovvero l'attuale copertura mediatica di SARS-COV-2, quattro mesi dopo l'inizio dell'epidemia?

Una volta che il volume della pandemia COVID-19 si abbasserà, potremo forse tornare ad occuparci delle epidemie silenziose, che continuano a uccidere tanto quanto quelle più rumorose e anche di più.



In particolare, esiste un'epidemia che tocca fortemente i pazienti di tutto il mondo e che va avanti silenziosamente da decenni, ricevendo poca o nessuna attenzione da parte dei mass-media: le infezioni ospedaliere o “nosocomiali” (cfr. Tabella 1). Da notare che, secondo molti esperti, queste infezioni sarebbero ampiamen-

te prevenibili con una frazione delle risorse e delle contromisure ora adottate per combattere la pandemia di COVID-19. [8, 9, 10, 11]

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, "Ogni anno centinaia di milioni di pazienti sono affetti da infezioni associate all'assistenza sanitaria in tutto il mondo, con conseguenti perdite di mortalità e finanziarie significative per i sistemi sanitari. Di ogni 100 pazienti ospedalizzati in un dato momento, 7 nei paesi sviluppati e 10 nei paesi in via di sviluppo acquisiranno almeno un'infezione associata all'assistenza sanitaria." [9]

Un recente sondaggio, condotto nell'Unione Europea e nello Spazio Economico Europeo (UE / SEE) dal 2016 al 2017, ha rilevato 8,9 milioni di episodi di infezione associati all'assistenza sanitaria (8,9-15,6 milioni) all'anno.

Le infezioni del sito chirurgico e le infezioni correlate ai materiali impiantabili rappresentano una parte sostanziale delle infezioni associate all'assistenza sanitaria.

Circa 313 milioni di interventi chirurgici vengono eseguiti ogni anno in tutto il mondo. [12] Con un'incidenza complessiva stimata del 6%, circa 18 milioni di nuove infezioni post-chirurgiche sono attese ogni anno a livello globale. [13]

Tra le infezioni post-chirurgiche, le infezioni correlate all'impianto colpiscono da 1 a 1,4 milioni di pazienti ogni anno, con un tasso di mortalità dal 5%

al 10% e un costo economico e sociale sorprendente. [11, 12]

L'Ortopedia è la prima specialità chirurgica nel mondo per uso di materiali impiantabili. Ogni anno in Italia circa 170.000 persone si sottopongono a un intervento di protesi totale di anca o di ginocchio, con un trend di crescita pari a circa il 10% annuo. Decine di migliaia di pazienti sono trattati inoltre per fratture o lussazioni mediante l'impiego di altri materiali impiantabili, tra cui placche, viti o chiodi metallici. Un numero crescente di biomateriali sono impiegati anche in traumatologia sportiva o nella correzione di varie deformità, dal semplice alluce valgo alla più complessa scoliosi, ma altresì per curare vari tipi di mal di schiena o nelle patologie tumorali. Questa chirurgia di grande successo ed eseguita con materiali molto avanzati non è però esente da possibili complicanze, tra cui la più temibile è certamente l'infezione che si verifica in percentuale variabile tra l'1 e il 25%, a seconda del tipo di intervento e di paziente.

Si stima così che, solo in Italia, vi siano ogni anno tra gli 8.000 e i 10.000 nuovi casi di infezioni legate ai materiali impiantabili ortopedici o traumatologici, con costi sociali ed economici altissimi.

Le infezioni che si verificano dopo chirurgia ortopedica e traumatologica così come, più in generale, il trattamento delle infezioni ossee e articolari (Tabella 2) richiede un approccio multidisciplinare e una esperienza specifica.

Tabella2. Principali infezioni ossee e articolari

Infezioni di protesi articolari (anca, ginocchio, spalla, caviglia, gomito, ecc.)
Infezioni di mezzi di osteosintesi (placche, viti, chiodi, cerchiaggi, cambre, ecc.)
Non consolidazioni settiche di fratture (pseudoartrosi, ritardi di consolidazione, ecc.)
Artriti infettive
Osteomieliti (ematogene, post-traumatiche, dismetaboliche, ecc.)
Perdite di sostanza ossea e/o di parti molli

Protesi articolari (anca, ginocchio, caviglia, ecc.) che si infettano o diventano dolorose, richiedono infatti chirurgie complesse e l'utilizzo di speciali strumentari.

Analogamente, fratture che non guariscono, o che sono state fissate con placche e viti o con chiodi che hanno avuto problemi d'infezioni (Fig. 1), oggi possono essere trattate con innesti ossei o con sostanze antibiotiche che permettono di salvare l'arto anche in casi complicati.

Qualora si associno difetti ossei e/o di copertura delle parti molli, si rendono necessari interventi di chirurgia ricostruttiva (Fig. 2).

Da molti anni ci siamo dedicati a questo settore fondando, tra l'altro, la **World Association against Infection**

in **Ortopaedics and Trauma (W.A.I.O.T.)** che raccoglie circa 1500 chirurghi provenienti da 98 Paesi del mondo. Mentre speriamo, come sembra, che l'attuale pandemia si risolva presto, non dobbiamo dimenticare che, invece, le infezioni nosocomiali sono una **pandemia duratura**, con un notevole impatto sui pazienti ortopedici e traumatologici e che quindi ogni sforzo deve essere fatto per ridurre l'incidenza e per curarne le conseguenze. Solo ricorrendo a specialisti ed équipes chirurgiche dedicate si potrà dare una risposta adeguata, regolando il volume di questa epidemia silenziosa in modo che sia udibile da tutti e, soprattutto, dalle istituzioni preposte ad affrontare il problema.



Figura 1. Infezione di una placca di femore, con esposizione del mezzo di sintesi.

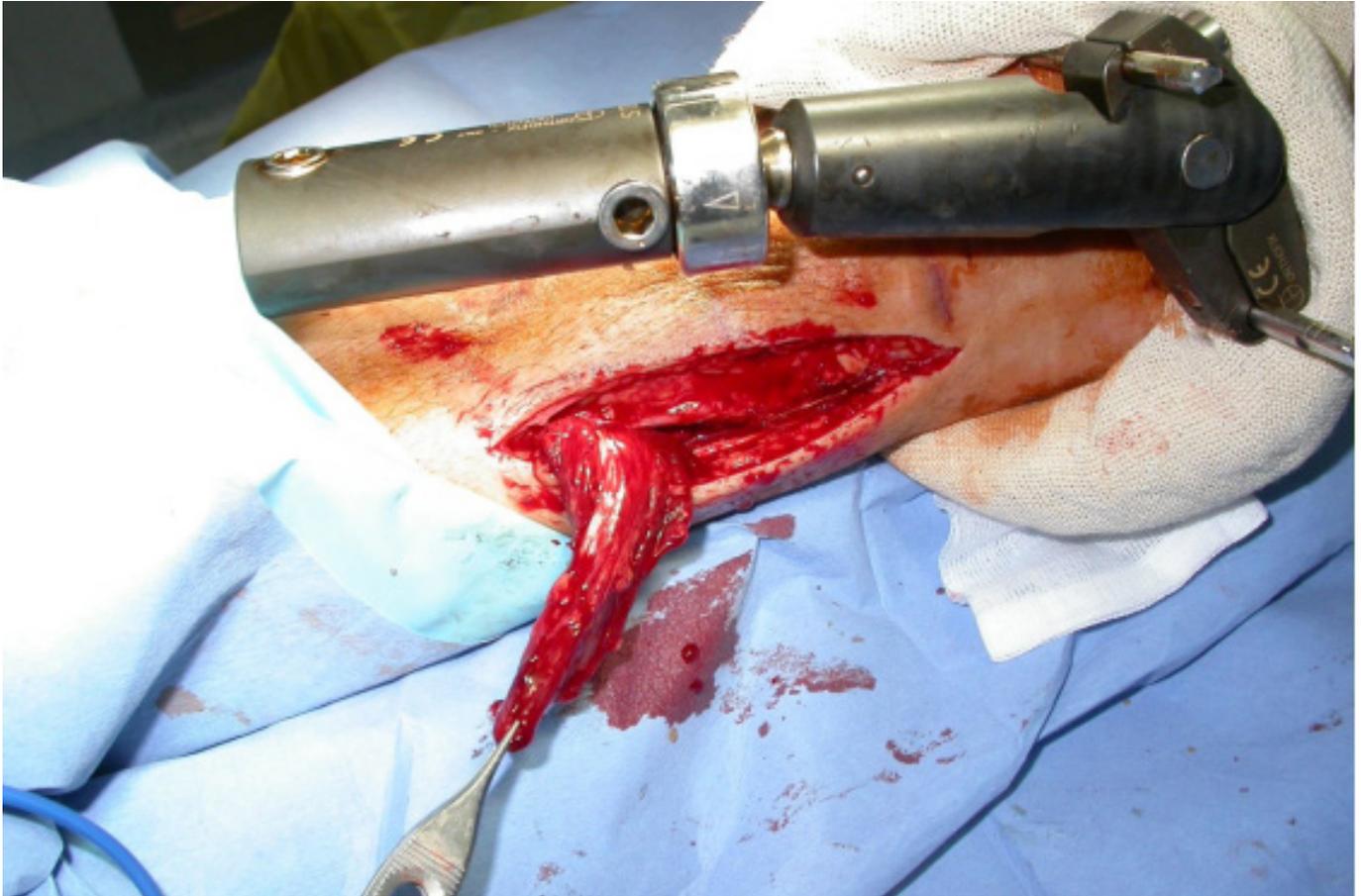


Figura 2. Allestimento di lembo muscolare di soleo per il trattamento di un difetto osseo e di parti molli in postumi di frattura esposta di tibia non consolidata.

Bibliografia

3. Tanya R. Berry, Joan Wharf-Higgins & P.J. Naylor (2007) SARS Wars: An Examination of the Quantity and Construction of Health Information in the News Media, *Health Communication*, 21:1, 35-44.
4. <https://ec.europa.eu/jrc/en/science-update/covid-19-media-surveillance-20200408>
5. https://ec.europa.eu/jrc/sites/jrcsh/files/emm_covid-19_media_surveillance_-_8_april_2020.pdf
6. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/statements/statement-older-people-are-at-highest-risk-from-covid-19,-but-all-must-act-to-prevent-community-spread>
7. Celine Klemm, Enny Das & Tilo Hartmann (2016) Swine flu and hype: a systematic review of media dramatization of the H1N1 influenza pandemic, *Journal of Risk Research*, 19:1, 1-0.
8. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med*. 2006;355:2725-32.
9. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/healthcare-associated-infections#2>
10. Romanò CL, Tsuchiya H, Morelli I, Battaglia AG, Drago L. Antibacterial coating of implants: are we missing something?. *Bone Joint Res*. 2019;8(5):199–206. Published 2019 Jun 5.
11. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-04-03/global-cost-of-coronavirus-could-reach-4-1-trillion-adb-says>
12. Weiser TG, Haynes AB, Molina G, et al. Estimate of the global volume of surgery in 2012: an assessment supporting improved health outcomes. *Lancet*. 2015; 385: S11.
13. Curcio D, Cane A, Fernández F, Correa J. Surgical site infection in elective clean and clean-contaminated surgeries in developing countries. *Int J Infect Dis*. 2019 Mar;80:34-45. doi: 10.1016/j.ijid.2018.12.013.

I nativi digitali: quale prospettiva evolutiva per l'adolescenza?

Una disamina socio-cognitiva della tecnologia



Dott.ssa Annamaria Venere

Sociologa Sanitaria,
 Criminologa Forense,
 Amm. Unico "AV Eventi e Formazione"
 Direttore editoriale MEDICALIVE
 MAGAZINE - Catania

Tutte quelle condizioni che definiscono e caratterizzano l'adulto, avvengono in quel periodo della vita che si contraddistingue per il passaggio dallo stato di bambino a quello di adulto. Può accadere, però, che lo sviluppo adolescenziale, spesso termini il proprio processo evolutivo con difficoltà. In questo ventaglio di possibili problematicità, rientra anche l'influenza negativa che può avere l'utilizzo della tecnologia, del mondo digitale e dei social network che tendono ad assomigliare a grandi murali dove giornalmente si "appendono" pagine di emozioni, a volte rappresentate solo da semplici "emoticon".

L'adolescenza e il mondo digitale

L'adolescenza è il periodo della vita di ogni individuo legato a importanti ristrutturazioni e modificazioni sul piano psicofisico, comportamentale, sociale e cognitivo. Lo sviluppo adolescenziale è peraltro indispensabile per consentire al soggetto di costruire la propria identità personologica e sociale adulta. In definitiva, l'adolescenza è la fase attraverso cui ogni individuo abbandona la ritualità infantile, per abbracciare il vasto campo dell'adulthood.

Può accadere, però, che lo sviluppo adolescenziale, legato alla ricerca d'indipendenza e libertà dalla famiglia di origine, spesso concluda il proprio processo evolutivo con difficoltà. In questo ventaglio di possibili problematicità, rientra anche l'influenza negativa che può avere l'utilizzo della tecnologia, del mondo digitale e dei social network. Se da un lato questi mezzi consentono all'adolescente di ampliare la propria sfera sociale, dall'altro nascondono insidie e pericoli che approfittano della vulnerabilità, fragilità e ingenuità di cui la stessa adolescenza è inevitabilmente caratterizzata.



Può accadere che i ragazzi, infatti, pur essendo in grado di usare gli strumenti tecnologici odierni, non riescano a difendersi dai pericoli che in essi si nascondono. Ciò, a sua volta, può condurre alla **creazione di falsi miti, credenze, amicizie inesistenti, problematiche di autostima e narcisistiche, fino alla vera e propria dipendenza dal mondo virtuale** (Vrioni, 2019), elementi che finiscono per avere conseguenze sull'intera costruzione evolutiva dell'identità cognitiva e sociale del futuro adulto.

Aspetti evolutivi psicosociali dell'adolescenza

Sotto il profilo evolutivo generale, l'adolescenza può essere suddivisa in tre scomparti principali: **lo sviluppo corporeo, lo sviluppo cognitivo e quello sociale**. L'intreccio tra dinamiche maturative di natura cognitiva, affettiva e sociale comporta un ridimensionamento radicale delle modalità anteriormente esperite, di pensarsi e percepirsi, in relazione a una mente e a un corpo che transitano dallo stadio infantile a quello, più incerto, della giovinezza adulta (Stramiglia, 2010).

Dal punto di vista corporeo, la maturazione fisica adolescenziale apporta cambiamenti nell'ambito della sfera sessuale, per effetto del ruolo sempre più preponderante degli ormoni femminili e maschili. La trasforma-

zione del corpo, come la crescita in altezza, il cambio della voce, la peluria, l'aumento degli organi sessuali sono elementi che definiscono importanti stravolgimenti fisici e che si riflettono in **una diversa percezione psicologica del sé**. Il disagio, in questo caso, si genera dalla difficoltà, per l'adolescente, di accettare il "nuovo" corpo e i difetti comparsi in esso.

Sul piano cognitivo lo sviluppo è segnato dal *pruning sinaptico*, con lo sfoltimento di sinapsi tra le cellule del sistema nervoso centrale scarsamente utilizzate e il rafforzamento di quelle maggiormente utilizzate. **Si abbandonano, in altre parole, gli atteggiamenti e i pensieri infantili per abbracciare quelli adulti**. Oltre al *pruning* avviene la maturazione del sistema limbico, responsabile delle emozioni e degli impulsi, nonché l'aumento della corteccia prefrontale, deputata alle funzioni esecutive del controllo degli impulsi e delle decisioni. **L'immaturità dei lobi prefrontali e del sistema limbico inciderà significativamente sul comportamento del soggetto** (Vrioni, 2019).

Sotto il profilo sociale, infine, l'obiettivo per l'adolescente è **acquisire una nuova autonomia e una rinnovata identità, che gli permetta di accettare psicologicamente tutti i cambiamenti psicofisici cui è andato incontro**. In tal senso, il confronto con i pari e con gli adulti non è altro che la ricerca di una nuova costruzione identitaria che l'adolescente sta cercando di mettere in atto, attraverso il cosiddetto processo di separazione - individualizzazione (Blos, 2002).

L'influenza del digitale nello sviluppo socio-cognitivo adolescenziale

Lo sviluppo sociale e cognitivo degli adolescenti contemporanei è influenzato dagli strumenti digitali di comunicazione, oggi sempre più sofisticati, che mettono a dura prova il sistema nervoso, a causa della rapidità del pensiero, del ragionamento e del sistema spazio temporale che presuppongono. **I ritmi accelerati della tecnologia, infatti, rimodellano i processi cognitivi, rendendoli più sintetici, e con essi anche le capacità linguistiche, emotive e comunicative del soggetto.** In un ambiente iperconnesso, pertanto, la fragilità evolutiva dell'adolescente non ne risentirà soltanto sotto il profilo dello sviluppo cognitivo, ma anche della vera e propria costruzione identitaria, soprattutto a livello narcisistico (Cesareo & Vaccarini, 2012).

Se l'obiettivo principale di un adolescente è l'acquisizione di autonomia e di un preciso profilo identitario adulto, confrontare il sé ideale con quello reale è indispensabile per trovare un equilibrio tra "ciò che il ragazzo è" e "ciò che vorrebbe essere" (Campanini, 2009). La ricerca di equilibrio presupporrebbe anche un bilanciamento tra la gratificazione narcisistica inte-

riore e quella esteriore, e tra il desiderio di autonomia e quello di dipendenza, necessari per introdursi con efficacia all'interno della vita adulta. Il mondo digitale, se sopravvalutato, rischia di spezzare proprio la ricerca di questo equilibrio e condurlo, invece, verso una dimensione che non ha più confini psicologici. Ripensare a un nuovo corpo, al suo vissuto e connetterlo con l'immaginario, sarà cioè ancora più complesso di prima (Stramaglia, 2010).

Molto spesso, infatti, **la supposta autogrificazione dei social conduce a un narcisismo mediatico legato all'apparenza.** La condivisione d'immagini o foto, ha come fine ultimo se stessi, e quindi una gratificazione auto-riferita, che diviene povera dal punto di vista relazionale e affettivo. Ciò conduce all'evitamento di occasioni di confronto, con il rischio di influenzare negativamente tutto il **processo di costruzione identitaria che dovrebbe altresì essere tipico dell'adolescenza e che verrebbe sostituito da una diversa forma di dipendenza: quella virtuale.** In questo modo si arriva non a formare un adulto, bensì a creare un eterno adolescente, giacché il mondo digitale si nutrirà proprio di quelle fragilità che il giovane dovrà risolvere se vuole approdare all'adulthood.



Come prevenire l'influenza negativa del digitale?

Poiché la tecnologia è entrata a far parte della vita degli adolescenti con sempre maggiore insistenza, è importante sapere prevenire le conseguenze negative derivanti da un abuso del digitale. Per riuscirci, **l'attenzione va posta sulle famiglie, che sul piano educativo e sociale, dovranno ritornare in primo piano circa lo sviluppo dell'adolescente.** Attraverso la famiglia, il computer non deve essere considerato come uno strumento mediatore per svolgere determinati compiti evolutivi, ma come il mezzo attraverso il quale costruire relazioni importanti che poi entrano a far parte del vivere quotidiano del soggetto. In altre parole, la famiglia, assieme alla scuola, deve saper instillare nell'adolescente alcuni principi evolutivi basilari: l'autoregolazione del comportamento e l'alternanza degli stimoli virtuali con quelli reali (Lancini, 2015).

Costruire l'identità sociale e cognitiva del futuro adulto è un processo lungo e difficile. Per l'adolescente significa cercare il proprio Sé individuale nelle varie forme di confronto reciproco e relazionale. Se ciò viene ridotto a un mero confronto virtuale, si rischierebbe di perdere l'orientamento e il senso della persona, con conseguenze psicologiche anche molto gravi e, talvolta, irrimediabili (Vrioni, 2019).

Bibliografia

- Blos, P. (2002). *L'adolescenza come fase di transizione*, Armando, Roma.
- Campanini, G. (2009). *Una rivoluzione culturale. L'adolescenza senza più confini*, La Famiglia, XLIII, 248.
- Cesareo, V., Vaccarini, L. (2012). *L'era del narcisismo*, Franco Angeli, Milano.
- Lancini, M. (2015). *Adolescenti navigati. Come sostenere la crescita dei nativi digitali*, Erickson, Trento.
- Stramaglia, M. (2010). *Essere adolescenti nella società dell'immagine*, Education Sciences & Society.
- Vrioni, V. (2019). *Adolescenza virtual. L'impatto delle nuove tecnologie sullo sviluppo cognitive e sociale*, Youcanprint.



La Privacy del dipendente con affezione da Covid-19.

Il datore di lavoro cosa può comunicare ai suoi colleghi?



Avv. Angelo Russo

Avvocato Cassazionista,
Diritto Civile,
Diritto Amministrativo,
Diritto Sanitario
Catania

Partendo dal presupposto che non si debba abdicare ai principi generali in materia di privacy nel perseguire l'obiettivo di contenere la pandemia, una interpretazione è doverosa rispetto al comportamento che dovrà essere assunto dal datore di lavoro nel trattamento dei dati personali del dipendente affetto da Covid-19 cosciente o nella ipotesi che sia ricoverato in terapia intensiva.

In un precedente contributo si è esaminata la questione del contemperamento fra le norme emergenziali per il contenimento e il contrasto della grave epidemia in corso di COVID-19 e la normativa sulla protezione dei dati.

Contemperamento che non appare né agevole né scevro da dubbi interpretativi e applicati se sol si pensa al dibattito (ancora in corso) circa l'obbligatorietà ed efficacia di strumenti per il tracciamento dei dati sanitari, alla correlazione tra tamponi e contagi, agli scambi di informazioni a scopo di studio, alle comunicazioni tra enti pubblici e privati circa i dati dei cittadini risultati positivi al COVID-19.

L'intero dibattito sembra riposare su un comune denominatore. La protezione dei dati personali, in un contesto pandemico quale quello attuale e prossimo, è da considerarsi recessiva rispetto all'esigenza di contenimento (più o meno definitivo) dell'emergenza sanitaria in atto?

Non v'è dubbio che, come sovente accade, la risposta venga affidata a pulsioni emotive (largamente giustificate) che non consentirebbero, tuttavia, un approccio concreto alla pur delicata questione.

In un precedente contributo si è esaminata la questione del contemperamento fra le norme emergenziali per il contenimento e il contrasto della grave epidemia in corso di COVID-19 e la normativa sulla protezione dei dati.

Contemperamento che non appare né agevole né scevro da dubbi interpretativi e applicati se sol si pensa al dibattito (ancora in corso) circa l'obbligatorietà ed efficacia di strumenti per il tracciamento dei dati sanitari, alla correlazione tra tamponi e contagi, agli scambi di informazioni a scopo di studio, alle comunicazioni tra enti pubblici e privati circa i dati dei cittadini risultati positivi al COVID-19.

L'intero dibattito sembra riposare su un comune denominatore. La protezione dei dati personali, in un



contesto pandemico quale quello attuale e prossimo, è da considerarsi recessiva rispetto all'esigenza di contenimento (più o meno definitivo) dell'emergenza sanitaria in atto?

Non v'è dubbio che, come sovente accade, la risposta venga affidata a pulsioni emotive (largamente giustificate) che non consentirebbero, tuttavia, un approccio concreto alla pur delicata questione.

Si finirebbe, in altri termini, per condividere soluzioni sulla base di valutazioni meramente soggettive e, proprio per tale motivo, prive di riscontri oggettivi.

È, pertanto, inevitabile che, in questo momento, la "privacy" venga considerata quasi un ostacolo, se non un'inutile zavorra, sul sentiero della ricerca di soluzioni

efficaci (fuori dall'ambito strettamente medico - scientifico) per il contenimento della trasmissione del virus.

Non è certamente sfuggita, in quest'ottica, la tesi di chi sostiene che l'obiettivo di fermare l'epidemia passi (anche) dalla legalizzazione di "app" che, attraverso la geolocalizzazione degli spostamenti dei cittadini, consentano la ricostruzione dei contatti (in caso di accertata positività al virus) con il sollecito isolamento dei soggetti coinvolti.

Alla superiore tesi, com'era prevedibile, è stato, prontamente, replicato che deve essere evitato che il pretesto del rischio pandemico giustifichi, tout court, la rinuncia alla privacy sì da arginare il timore che scelte (che dovrebbero essere transitorie) in realtà nascondano l'obiettivo di radicalizzarsi in modo definitivo e irreversibile.

Nel dibattito, peraltro, è stato, correttamente, precisato che all'interno del Regolamento Generale UE 679/2016 ("RGPD") sulla protezione dei dati personali sono già presenti strumenti idonei a tutelarli anche (e soprattutto) in momenti (quale quello attuale) caratterizzati da una planetaria emergenza sanitaria.

Ciò consente di affermare, quindi, che non v'è alcun bisogno di abdicare ai principi generali in materia di privacy nel perseguire l'obiettivo di contenere la devastante spinta pandemica del Covid 19.

In concreto (volendosi, per un attimo, prescindere dal dibattito teorico) è interessante la disamina dei profili operativi nelle ipotesi caratterizzate dalla presenza, all'interno di un'azienda, di dipendente positivo al COVID-19 e, in particolare, di quali accorgimenti debbano essere adottati nella comunicazione al personale della presenza, nell'ambiente di lavoro, di un collega positivo.

Sul datore di lavoro (quale titolare del trattamento dei dati) incombe l'obbligo (nel contesto delle norme emergenziali) di individuare le più opportune modalità per affrontare una situazione del genere. La trasmissione ai dipendenti (con i quali il lavoratore positivo al COVID-19 è entrato in contatto) di una comunicazione contenente i dati identificativi di quest'ultimo è da considerarsi "comunicazione" di dati personali ai sensi dell'art. 2-ter del Codice della privacy.

Comunicazione, com'è intuitivo, avente ad oggetto dati di particolare natura (dati sanitari, relativi alla salute) che rivelano informazioni relative allo stato di salute.



Trattandosi di “*dati di particolare natura*”, non può sottacersi il divieto di trattamento di cui all’articolo 9, comma 1 del Regolamento 679/2016:

«È vietato trattare dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona».

Si tratta, pertanto, di individuare le singole fattispecie in presenza delle quali il trattamento dei dati di particolare natura potrà risultare lecito.

Una di queste ipotesi (una delle più frequenti) riguarda la comunicazione ai colleghi dei dati sanitari (affezione da COVID-19) del lavoratore che trovasi ricoverato in terapia intensiva.

In una situazione simile non v'è dubbio che possa

rappresentare una discriminante (nell’ottica del fondamento di legittimità del trattamento) lo stato fisico del lavoratore (positivo al COVID-19) del quale si accerti l'impossibilità fisica a prestare il consenso.

In questo caso, invero, saremmo in presenza di una deroga al divieto di trattamento in quanto il trattamento medesimo è necessario per tutelare un interesse vitale dell'interessato o di un'altra persona fisica. Il datore di lavoro (e titolare del trattamento) dovrà valutare come “*vitali*” gli interessi sanitari dei dipendenti entrati in contatto con il lavoratore.

Appare superfluo precisare gli interessi sanitari dei dipendenti non possono che essere qualificati “*vitali*” in quanto l'omesso avvertimento renderebbe più lento e più difficile l'attività di ricostruzione della “*catena dei contatti*”.

Chiarito, dunque, che laddove il lavoratore (positivo al COVID-19) non possa prestare il consenso per im-

possibilità fisica, il datore di lavoro potrebbe (rectius, dovrebbe) legittimamente procedere secondo le modalità dianzi precisate.

È importante sottolineare, peraltro, che, in siffatte ipotesi, la comunicazione dovrà rispettare il principio di proporzionalità con conseguente comunicazione mirata ai soli colleghi con i quali il dipendente ha avuto pregressi contatti, dovendo ritenersi ingiustificata (e illegittima) una comunicazione indifferenziata e massiva a tutti i lavoratori, ivi compresi quelli che, oggettivamente, non sono entrati in contatto con il dipendente positivo).

Altra ipotesi concerne la comunicazione ai colleghi dei dati sanitari (affezione da COVID-19) del lavoratore cosciente.

L'articolo 14 del decreto legge 9 Marzo 2020 n. 14 dispone che i soggetti pubblici autorizzati ad operare nell'ambito del Sistema Nazionale di Protezione Civile, il Ministro della Salute, l'Istituto Superiore della Sanità, gli enti pubblici e privati operanti nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale e i soggetti preposti al controllo delle misure di emergenza già emanate possono trattare i dati personali, anche mediante interscambio e comunicazione reciproca di dati. Dalla normativa speciale predetta (di natura emergenziale) emerge che un soggetto (quale una società

privata datrice di lavoro) non possa ritenersi autorizzato alla comunicazione o alla diffusione di dati personali di particolare natura, essendo autorizzato a comunicare e diffondere solo dati personali comuni. L'adozione di adeguate misure di tutela dell'interessato rappresenta (comunque e sempre) una condizione di liceità del trattamento (anche ove consentito in via eccezionale come nel contesto sopra delineato).

Da ciò consegue, peraltro, che il più volte citato contesto emergenziale (in assenza delle adeguate misure organizzative di gestione della comunicazione) non è da solo sufficiente a fondare la legittimità del trattamento dovendosi sottolineare che, secondo un principio di continenza, se il lavoratore operava in un ambito ristretto l'informativa dovrà essere mirata secondo la valutazione, in dettaglio, da parte del datore di lavoro privato.

In conclusione, senza alcuna aspirazione di esaustiva disamina dei molteplici aspetti della delicatissima questione, massima attenzione deve essere posta al fine di evitare che misure (che in astratto, emotivamente, possiamo ritenere necessarie per il contenimento dell'emergenza sanitaria) possano, esaurita la spinta pandemica, entrare a far parte del nostro *modus vivendi* con una ingiustificata compromissione dei fondamentali diritti alla riservatezza.



Comitato Tecnico Editoriale

Domenico Antonelli
Antonio Bortone
Carmelo Erio Fiore
Fulvio Giardina
Riccardo Guglielmi
Raffaello Pellegrino
Angelo Rosa
Angelo Russo
Sergio Russo
Maria Zamparella



MEDIC@LIVE Magazine

Rivista di informazione Medico - Scientifica

Direttore Responsabile

Salvo Falcone
direttore@medicalive.it
Twitter: @falconesalvo

Direttore Editoriale

Annamaria Venere
direttore.editoriale@medicalive.it

Per inserzioni pubblicitarie

pubblicita@medicalive.it

Grafica e Impaginazione

ADV communication
Graphic designer: Luigi Ugolini

Editore

AV EVENTI E FORMAZIONE S.r.l.
Sede Legale e Operativa
Viale Raffaello Sanzio, 6
95128 Catania
Tel. +39 095 728 0511
redazione@medicalive.it
P. Iva: 04660420870
ISSN 2421-2180

SEGUICI ANCHE SU...



<https://www.facebook.com/medicalivemagazine>



@MedicaliveMag



Segui i nostri servizi sul canale Youtube **MEDICALIVE Magazine**



medicalivemagazine



Se sei un professionista o una struttura sanitaria

PROMUOVI LA TUA ATTIVITÀ SU

MEDIC@LIVE
Magazine

Per info contattaci

+39 095 7280511

pubblicita@medicalive.it

www.medicalive.it