

RIVISTA QQ

La Qualità e le Qualità in Medicina Generale - Periodico di Ricerca e VRQ in Medicina Generale fondato nel 1996 da SIQuAS-VRQ e SIMG Verona

Editor-in-Chief: Roberto Mora

Senior Editors: Mario Baruchello, Francesco Del Zotti (Science Editor)

Managing Editor: Giulio Rigon

Senior Assistant Editors: Enzo Brizio, Vittorio Caimi, Alessandro Dalla Via, Ferdinando Petrazzuoli

Pasquale Falasca, Sandro Giroto, Giobatta Gottardi, Michele Valente, Giorgio Visentin,

Gianluigi Passerini

International Committee: Julian Tudor Hart †, Paul Wallace

Web: rivistaqq.org info@rivistaqq.org

In collaborazione con <http://www.netaudit.org>

Direzione: Via dell'Artigliere, 16 Legnago (Verona)
Redazione: c/o OdM di Vicenza,
Via Paolo Lioy, 13 36100 Vicenza
Iscrizione Tribunale di Verona n. 1187 del 12.12.95
Proprietario ed Editore: Associazione Qualità Medica

INDICE

EDITORIALE.....2

**EDITORIALE: COSA UNISCE LE UNIVERSITÀ DI MONT SINAI
(USA), LUND (S), GLASGOW (UK), MC GILL (CAN) E SYDNEY
(AU)?.....3**

**MALATTIE CRONICHE E TERAPIE DIGITALI:
NUOVE OPZIONI TERAPEUTICHE
PER LA MEDICINA GENERALE.....9**

ACADEMIZATION OF PRIMARY CARE IN SWEDEN.....13

NET-ADRENALINA..... 18

**ELEMENTI DI NAVIGAZIONE CONSAPEVOLE IN RETE PER
MEDICI.....23**



TUTTI IN ITALIA EVOCANO L'IMPORTANZA DELLA MG ? MA DOVE ERANO QUANDO SI E' OSTACOLATO UNO STANDARD EUROPEO: IL DIPARTIMENTO UNIVERSITARIO DI MEDICINA GENERALE?

A cura del Comitato Editoriale

La Medicina Generale (MG) italiana è tra le poche *general practice* europee senza riconoscimento accademico.

Anche nei Paesi ex-comunisti dell'est Europa, dove non esisteva la MG, hanno creato, ormai da molti anni, cattedre di MG in ogni Paese.

In Italia l'ultima tragedia, il Covid, ha fatto scoprire a tutti l'importanza della MG. Ma per una MG realmente protagonista serve una dignità culturale accademica pari a quella della Medicina Specialistica. Anzi, la MG all'università potrebbe dare un indirizzo diverso a tutta la facoltà di Medicina.

In Scozia ad es, il prof di General Practice Graham Watt e' stato uno dei protagonisti del *core curriculum* di tutta la facoltà medica dell'università di Glasgow, con influsso a partire dal II anno del corso di laurea in medicina.

D'altra parte in un mondo in cui avanzerà la Intelligenza artificiale, la facoltà di medicina e la classe medica tutta avranno sempre più bisogno di bilanciare la tecnica della *medicina algoritmica* con la *cultura generalista e biopsicosociale*, tipiche della MG.

E' ciò che hanno ad es capito nella Facoltà di Medicina di Mount Sinai (New York), da anni. In essa il triennio iniziale ha una parte di dimensione inferiore di scienze di base, rispetto alle altre università, ed una parte maggiore di aspetti relazionali, psicologici, antropologici, sociali.

Ebbene si, e' dimostrato che gli studenti di quella facoltà dopo il triennio avevano sia una preparazione di base scientifica non molto diversa dagli altri studenti di altre università, sia una maggiore preparazione, ed una indole più versata, rispetto ai fondamentali skill relazionali ed etici.

Nell'interesse degli studenti e della collettività abbiamo quindi derivato l'idea di una rubrica che esplori il modo in cui i MMG delle varie nazioni europee sono giunti ad ottenere il riconoscimento accademico nel loro Paese .

Grazie alle numerose relazioni internazionali del collega Ferdinando Petrazzuoli, già da anni impegnato nelle associazioni europee legate al Wonca, EGPRN ed Euripa, potremo avvicinarci alla condizione attuale della MG accademica europea e alla metodologia e alleanze che facilitarono la nascita delle cattedre e dipartimenti di Medicina Generale nei vari Paesi europei.

In questo numero partiamo con le stimolanti testimonianze, scritte per la nostra rivista, di quattro professori di Medicina Generale della Svezia.

COSA UNISCE LE UNIVERSITÀ DI MONT SINAI (USA), LUND (S), GLASGOW (UK), MCGILL (CAN) E SYDNEY (AU)?

A cura di
Mario Baruchello e Gio Batta Gottardi
MMG Bassano del Grappa, Vicenza

In vario modo tutte queste istituzioni prevedono Dipartimenti di General Practice & Family/Community Medicine con insegnamento di medicina generale anche nei corsi di Laurea, durante la Specializzazione, con Master, Dottorati, programmi strutturati di Continuing Education, Borse di Studio e una Ricerca applicata in collaborazione stretta con i College dei medici di medicina generale e i singoli professionisti.

Didattica e ricerca sono la base che ha portato alla nascita di ogni realtà Universitaria. Il primum movens fu il successo e l'eccellenza di un singolo medico cui fu riconosciuta l'originalità delle ricerche e assegnata una cattedra, a Sydney, nel lontano 1954.

La pandemia di Covid-19 ha dimostrato in tutto il mondo l'importanza dei servizi territoriali, evidenziandone limiti e pregi ma imponendo radicali cambiamenti nel campo della clinica, delle procedure, delle tecnologie applicate e della stessa filosofia assistenziale di cura. Durante i primi sei mesi di pandemia su PubMed sono state elencate circa 18.000 pubblicazioni relative all'argomento di cui solo 170 associabili alla medicina generale.

I paesi, come l'Australia, che erano preparati, e non solo con i piani pandemici (già predisposti per pandemie influenzali), hanno messo in atto immediate iniziative di formazione e aggiornamento per creare ai MMG nuove competenze; hanno, inoltre, attuato enormi investimenti per:

- potenziare le strutture ambulatoriali, con massicci finanziamenti pubblici e facilitazione di capitale ai medici privati (investimenti strutturali),
- implementare le tecnologie per assistere a domicilio e a distanza le popolazioni (investimento in "digital innovation"),
- assumere migliaia di collaboratori amministrativi, sociali e sanitari (investimento in risorse umane).

Essi hanno capito, sin da subito, che in un contesto storico di grandi cambiamenti sanitari, demografici, sociali ed economici, la sanità del futuro doveva essere ripensata.

I MMG in questi paesi hanno collegato l'assistenza alla ricerca-azione*, con piani nazionali di Audit clinico, ponendosi delle domande fondamentali, quali, ad esempio:

- in che modo la medicina e la società aiutano la nostra popolazione e i pazienti?
- cosa possiamo fare per migliorare la vita dei malati e dei disabili?
- l'E-health - come la tecnologia dell'informazione può aiutare i pazienti e il sistema sanitario?
- come affrontare le nuove infezioni nelle cure primarie?

- come cambia l'utilizzo dell'assistenza sanitaria e l'organizzazione quanto influisce sugli esiti?

- come affrontare con equità le disuguaglianze create da diversa offerta di salute in diversi contesti?

- quali approcci potrebbero adottare i MMG per coprire i bisogni di salute non-soddisfatti?

- Quali protocolli applicare nel territorio?

- Cosa significano personale sicuro, risorse sicure, modelli di assistenza sicuri?

Più in generale, in tutto il mondo occidentale, la medicina di famiglia era pronta da tempo ad una visione di Comunità (con solide basi formative) articolata, ove più ove meno, in rapporto collaborativo stretto con la Sanità Pubblica. "... I sistemi sanitari occidentali sono stati organizzati attorno al concetto di cura centrata sul paziente, ma un'epidemia richiede un cambio di prospettiva verso un concetto di cura centrato sulla comunità" (1).

In Italia ci si è trovati di fronte ad un improvviso cambio di paradigma - peraltro non dichiarato né ufficializzato nei dispositivi di legge subentranti di questi mesi - che ha portato il MMG da libero professionista a pubblico ufficiale con obblighi speciali e rigidi di erogazione di assistenza, con mansioni di tracking e denuncia dei casi, con coinvolgimento in pratiche di diagnostica di popolazione e refertazione e fra poco con il pericoloso

impegno di vaccinazione Covid-19 di tutta la popolazione.

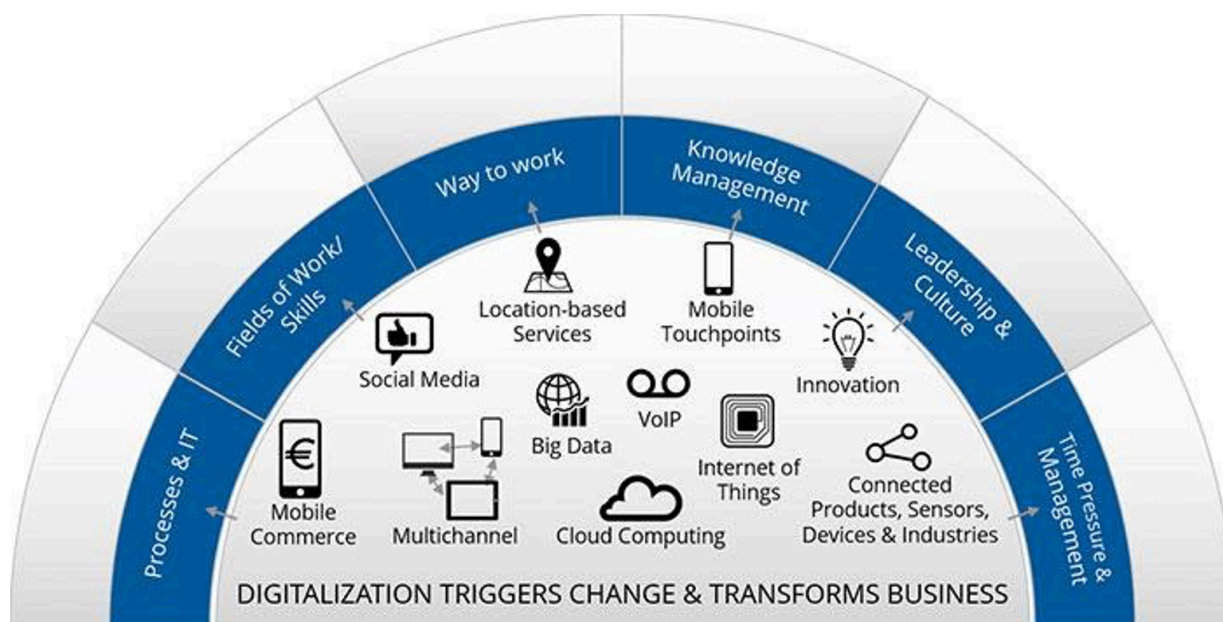
Se andiamo ad esaminare la Definizione Europea di Medicina Generale, Medicina di Famiglia (Wonca 2012) la disciplina di medicina generale/medicina di famiglia ha le seguenti caratteristiche: prevede uno *specifico processo decisionale determinato dalla prevalenza e incidenza della malattia in quella precisa comunità... ha una responsabilità specifica della salute della comunità...*

E proprio grazie alla spinta gigantesca dell'adattamento alla situazione pandemica che la sfida posta oggi alla medicina generale italiana è quella di far diventare la professione del medico di famiglia protagonista del cambiamento. Serve, nel campo dell'Istruzione la riforma radicale delle scuole regionali di Formazione, oggi disaggregate nelle realtà regionali, trasformandole in vere Scuole di Specializzazione. Solo l'Università può aprire le porte alla docenza della Medicina Generale ai soli Medici di Medicina Generale, unici depositari dei *saperi competenti* della medicina di famiglia; e può consentire ad essi di aprirsi alla Ricerca, con progetti a larga base di popolazione per definire il quadro epidemiologico di salute del paese dal basso, e non solo con informazioni del settore ospedaliero. Ciò permette, inoltre, di puntare a garanzia di *concretezza e qualità* con una visione d'insieme in cui lo strumento dell'audit clinico diventi pratica quotidiana.

PRESENTAZIONE ARTICOLI DEL NUMERO

Mario Baruchello e Gio Batta Gottardi

MMG Bassano del Grappa, Vicenza



attraverso applicazioni software finalizzate alla prevenzione, monitoraggio, gestione e trattamento di sintomi e malattie o per l'ottimizzazione della cura. Aapro, in una systematic review pubblicata nel Supportive Care in Cancer del 2020,

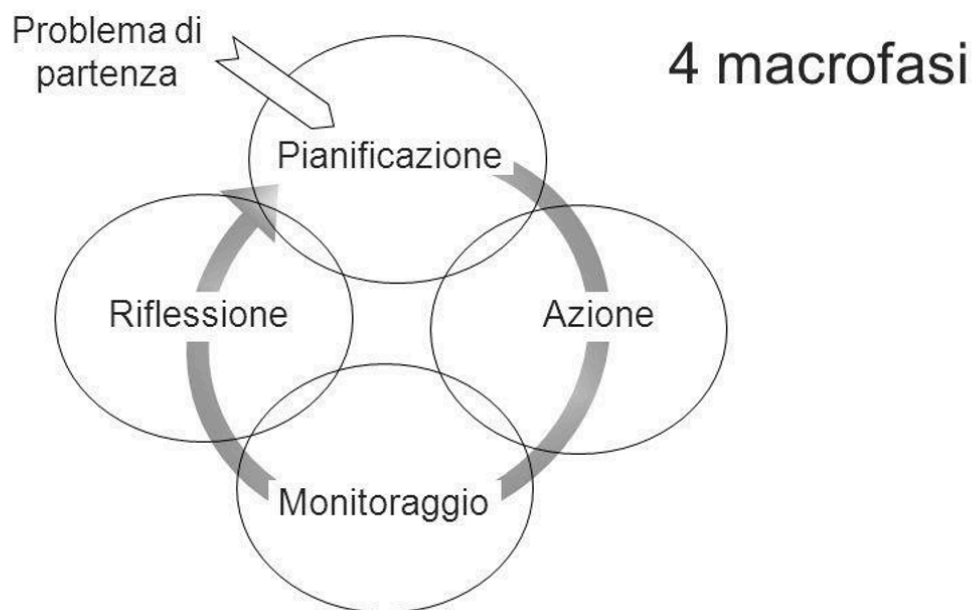
analizzando i risultati di 38 diversi sistemi di digital health riportati in 65 studi, concludeva che "vi sono prove crescenti che la digital health che raccoglie ePRO offra vantaggi ai pazienti relativi alla clinica ed agli endpoint economici sanitari. Queste soluzioni digitali possono essere integrate nelle cure di supporto di routine nella pratica oncologica per fornire una migliore assistenza centrata sul paziente."

Anche in psichiatria sono in corso studi, come quello di Cho et al., per indagare sull'efficacia del controllo del ritmo circadiano dell'umore (CRM) combinata con un tracker di attività indossabile (al polso), finalizzati a prevenire il ripetersi di disturbi dell'umore, nell'ipotesi che l'app CRM, (che fornisce feedback di previsione

del rischio di episodi di umore in tempo reale a mezzo dell'apprendimento automatico), aiuterà a ridurre in modo significativo la ricorrenza di episodi di acuzie in pazienti con disturbi dell'umore (avvisi vengono forniti ai pazienti, quando sono stati osservati modelli di vita irregolari).

E' appena il caso di segnalare che solo una rigorosa analisi del disegno degli studi può far accettare, da un punto di vista etico, la correttezza morale di tali interventi. La fortissima spinta verso la digitalizzazione, insieme alla forte richiesta da parte delle aziende coinvolte nello sviluppo di device dedicati e titolari della proprietà delle AI, uniti alla mancanza di sicure norme regolatorie, fanno sì che la loro messa in atto diffusa meriti approfondite riflessioni, solo per fare un esempio, circa la intrusività dei sistemi e dei controlli delle reazioni automatiche mentali. Pur segnalando i rischi che raffinati strumenti digitali possono avere

[Spirale della ricerca azione]



sull'orientamento e la manipolazione dei comportamenti, riteniamo di dover dar fiducia a questa innovazione digitale, che potrebbe allontanare il rischio di inadeguata compliance e di drug reaction talora fatali.

In poche mani e che possono "orientare", sino ad arrivare a manipolare, i comportamenti, con la pretesa di piegarli verso obiettivi dichiarati come "virtuosi".

A proposito dell'articolo di **Net-Adrenalina**, un interessante articolo che sintetizza un monitoraggio di audit baseline clinico in ambiente tipico della medicina generale, su di un tema rilevante per gli esiti di salute nei pazienti affetti da patologie allergiche medio-gravi. I punti di forza risiedono nella semplicità di approccio del tema prioritario e la potenziale facilità d'impegno migliorativo

che si sottende, anche se non ancora esplicitata. Il ciclo di Audit clinico sarà completato nella prossima fase, già prevista fra 6 mesi, ove, siamo certi, saranno esplicitati i progetti di miglioramento che si intendono porre in atto. E' da ricordare che un progetto ben disegnato, ancorché condotto su poche unità di MMG, ha un potenziale rilevante per la sua traduzione in prassi consigliabile in grande ambito.

Oltre all'avvio della rubrica sulla nascita del dipartimento di Medicina Generale all'estero l'ultimo contributo in questo numero della rivista è costituito da un decalogo **per una navigazione consapevole in rete** nell'ambito della medicina generale, ma che potrebbe anche essere esteso alla attività sanitaria nel suo insieme. L'esperienza maturata

dagli autori in ambito transdisciplinare ne assicura una dichiarata competenza e un approccio pragmatico. E' il caso di suggerire larga diffusione a simili strumenti di valutazione critica nella navigazione web.

MALATTIE CRONICHE E TERAPIE DIGITALI

NUOVE OPZIONI TERAPEUTICHE PER LA MEDICINA GENERALE

Giuseppe Recchia
CEO daVinci Digital Therapeutics, Milano
Vice Presidente Fondazione Smith Kline,
Verona

La disponibilità di nuove terapie per curare le malattie dipende dalle conoscenze scientifiche e dalle tecnologie disponibili per la loro ricerca ed il loro sviluppo.

Per millenni, la fonte unica di principi attivi delle medicine sono state erbe e piante. Grazie allo sviluppo della chimica, nel XIX secolo iniziava il percorso che avrebbe condotto ai principi attivi di sintesi ed alla commercializzazione dell'aspirina nel 1899, anno che segna la nascita della moderna terapia farmacologica. I progressi dell'ingegneria genetica negli anni 70 sono alla base dell'introduzione nella pratica medica dell'insulina ricombinante nel 1982 e dell'inizio dell'era delle terapie biotecnologiche. Nei primi anni dello scorso decennio infine, con l'approvazione delle prime terapie geniche e cellulari, una nuova tappa di questo percorso segnava l'inizio dell'era delle Terapie Avanzate.

Oggi siamo agli inizi di una nuova fase della evoluzione della terapia medica, che trova nel digitale la tecnologia abilitante e la fonte di nuovi "principi attivi".

Sebbene presenti con diverso nome e contenuto dal 2009, la commercializzazione nel 2019 delle prime Terapie Digitali (Digital Therapeutics) approvate dalla Food and Drug Administration negli Stati Uniti rappresenta a mio giudizio l'inizio della nuova era delle Terapie Digitali.

Le Terapie Digitali costituiscono una nuova categoria di interventi medici a finalità terapeutica, sviluppati attraverso sperimentazione clinica randomizzata e controllata a finalità confirmatoria, approvate da enti regolatori, rimborsabile da servizi sanitari pubblici e/o privati, prescrivibili dal medico. Si tratta di terapie nelle quali il principio attivo non è una molecola, ma un algoritmo (1).

Nella gran parte dei casi, l'algoritmo interagisce con il paziente attraverso la forma digitale di applicazione (App) per personal computer o per dispositivi mobili e da giugno 2020 - con la approvazione da parte della FDA di Endeavor per il trattamento del Disturbo da Deficit di Attenzione Iperattività (ADHD) nel bambino - anche attraverso la forma digitale del video-gioco (Serious Game) (2).

Le Terapie Digitali sono indicate nella gran parte dei casi nel trattamento di malattie croniche, comportamentali, mentali e metaboliche. Sebbene le indicazioni finora approvate siano relativamente poche (**Tabella 1**), la pipeline di ricerca e sviluppo è rilevante (3).

Tabella 1 - Situazione relativa alla approvazione di Terapie Digitali a livello internazionale a gennaio 2021

Digital Therapeutic	Produttore	Approvazione	Indicazione Terapeutica
Deprexis	GAIA AG	2009	Depressione
Sleepio	Big Health	2013	Insonnia
Reset	Pear Therapeutics	2017	Dipendenza da sostanze
Reset-O	Pear Therapeutics	2018	Dipendenza da oppiacei
Oleena	Voluntis	2019	Sintomi associati a neoplasia
Somryst	Pear Therapeutics	2020	Insonnia cronica
Endeavor	Akili Laboratories	2020	ADHD Bambino
CA Smoking Cessation	CureApp	2020	Disassuefazione dal fumo
Parallel	Mahana	2020	Sindrome intestino irritabile

Le Terapie Digitali operano principalmente modificando comportamenti disfunzionali del paziente - spesso alla base di stili di vita inappropriati – attraverso la erogazione di interventi cognitivo-comportamentali specifici per l’indicazione di interesse (insonnia, dipendenza, disturbi dell’alimentazione etc.). Una altra modalità di funzionamento è rappresentata dal gioco (serious game), attraverso il quale la terapia promuove l’apprendimento di specifiche funzionalità o lo sviluppo di certe attività (come nel caso dell’autismo o della ADHD), probabilmente inducendo fenomeni di rimodellamento delle connessioni sinaptiche a livello cerebrale (4).

Le Terapie Digitali finora approvate dagli enti regolatori hanno dimostrato benefici clinici di entità sovrapponibile, talora superiore a quelli attesi nella medesima indicazione per i farmaci e spesso una migliore tollerabilità. Le terapie digitali potranno rappresentare nei prossimi anni il primo intervento terapeutico approvato da enti regolatori per trattare malattie per le

quali non sono ancora disponibile terapie farmacologiche, come ad esempio nel caso dell’autismo.

Al momento, terapie digitali sono disponibili (in molti casi rimborsate) in paesi quali Stati Uniti, Germania, Francia, Regno Unito, Giappone ed altri. Nonostante tale disponibilità, il loro ingresso nella pratica medica è ancora lento e sicuramente non compiuto. In Italia nessuna terapia digitale, intesa secondo la descrizione da noi condivisa (5) è al momento disponibile e nel complesso tali terapie sono scarsamente note e conosciute, sia da operatori sanitari e pazienti che da istituzioni sanitarie.

Per trarre il beneficio che questa nuova categoria terapeutica può offrire, è necessario promuovere una Call to Action di tutti gli attori coinvolti nella salute ed avviare un percorso che consente di superare le barriere che ostacolano l’ingresso nella pratica medica, alcune delle quali sono di seguito riportate:

- quale modalità di sviluppo clinico? È necessaria una sperimentazione clinica randomizzata e controllata a finalità

confirmatoria oppure può essere sufficiente una sperimentazione clinica pilota seguita dalla raccolta sistematica di osservazione dopo la commercializzazione?

- in quale modo deve essere condotta la sperimentazione clinica delle terapie digitali? In centri ospedalieri/ambulatoriali come i farmaci?

- è sempre necessaria la prescrizione del medico? Quando è possibile sviluppare – analogamente a quanto avviene per i farmaci – una terapia digitale OTC?

- esiste una definizione condivisa ed accettata dalle istituzioni italiane di “terapia digitale”?

- in quale modo e da chi viene controllata la pubblicità sulle terapie digitali? Che cosa comporta definire “terapia digitale” ciò che non risponde a tale definizione?

- in che modo ed in quali condizioni le terapie digitali possono accedere al rimborso?

- quale è il giusto prezzo di una terapia digitale in generale e per specifiche indicazioni in particolare?

- come prevenire i rischi relativi alla security ed alla riservatezza dei dati?

Accanto a queste barriere, proprie di molte innovazioni della terapia, è necessario aggiornare la nostra concezione di ciò che significa terapia, sia da parte dei cittadini che dei professionisti sanitari e delle istituzioni e realizzare un percorso basato su informazione,

formazione e ricerca che coinvolga tutti gli attori coinvolti nella gestione delle malattie.

Trattandosi di interventi indicati soprattutto per il trattamento di malattie croniche, il medico di medicina generale presenta un ruolo primario sia nella prescrizione delle terapie digitali che nel loro sviluppo.

La pubblicazione a gennaio 2021 del Numero Monografico di Tendenze Nuove «Terapie Digitali, Opportunità per l'Italia» (5) rappresenta una prima risposta per superare molte delle barriere sopra esposte ed un riferimento per istituzioni, società scientifiche, organizzazioni di pazienti sulle modalità di introduzione delle terapie digitali nella pratica medica.

L'informazione e soprattutto la formazione del medico sono le prime attività da realizzare per abilitare tale percorso di introduzione. Formazione che per raggiungere il maggior numero possibile di operatori sanitari dovrà essere condotta soprattutto attraverso modalità digitali, come ad esempio il corso di formazione “Medicina Generale e Terapie Digitali” in fase di progettazione da parte della School of Health di Unitelma Sapienza Università di Roma.

Altrettanto importante è la partecipazione del medico di medicina generale al team di ricerca e sviluppo, insieme a pazienti, medici specialisti, ingegneri, programmatori ed altri esperti, soprattutto per quanto riguarda la definizione dell'intervento terapeutico che

dovrà costituire il “principio attivo digitale” della nuova terapia digitale. Fondamentale sarà quindi la partecipazione del Medico di Medicina Generale alla sperimentazione clinica, per la quale l’adozione di modelli “decentralizzati” ovvero “fuori dai centri tradizionali” di sperimentazione clinica (Decentralized Clinical Trials) rappresenta una condizione a nostro giudizio obbligata.

Si tratta di un percorso impegnativo, che con la partecipazione attiva delle istituzioni e l’impegno costante di medici, operatori sanitari, pazienti ed altri esperti potrà condurre anche l’Italia entro la fine del 2022 nella nuova era delle terapie digitali.

Bibliografia

1. G.Recchia, D.M.Capuano, N.Mistri, R.Verna. Digital Therapeutics-What they are, what they will be. Acta Scientifi Medical Sciences 4.3 : 01-09, 2020
2. US FDA. FDA Permits Marketing of First Game-Based Digital Therapeutic to Improve Attention Function in Children with ADHD. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-permits-marketing-first-game-based-digital-therapeutic-improve-attention-function-children-adhd>
3. N.A. Patel, A.J. Butte. Characteristics and challenges of the clinical pipeline of digital therapeutics. npj Digital Medicine (2020) 3:159
4. J. A. Anguera, J. Boccanfuso, J. L. Rintoul, O. Al-Hashimi, F. Faraji, J. Janowich, E. Kong, Y. Larraburo, C. Rolle, E. Johnston, A. Gazzaley. Video game training enhances cognitive control in older adults. Nature 501 : 97-101, 2013
5. Terapie Digitali, ina opportunità per l’Italia. A cura di G. Gussoni. Tendenze Nuove 1, 2021

ACADEMIZATION OF PRIMARY CARE IN SWEDEN

Ferdinando Petrazzuoli, family doctor in Italy, interviewing four professors of Primary Care in Sweden

Academicization of primary care has spread to Sweden over the past 40 years. We want to find out more about the early stage of this process and so we have asked **1-Cecilia Björkelund, general practitioner, professor at the Department of Primary Health Care, Institute of Medicine, University of Gothenburg.**

When did the academization of primary care start in Sweden?

The first academic primary care centre was **established in 1981** in Dalby, a locality situated in Lund Municipality, when the first professor of Primary Health Care/General Practice, Bengt Scherstén, was inaugurated at Lund University/Dalby.

After that, professors in General Practice/Primary Health Care were established at the different Universities: Stockholm, Umeå, Uppsala, Linköping, Gothenburg (1986). Other universities for example Örebro, unfortunately don't have a professor General Practice/Primary Health Care yet.

Was it a smooth process or did you encounter hostility from Secondary Care

or other institutions, trade unions, health care policy makers, et cetera?

It was not a very smooth process, but once it was started at Lund University, the other universities followed. Initially most professors were from General Medicine or Cardiology, but prof emerita Birgitta Hovelius was the first academic professor/General Practitioner, established in Umeå. She identified the pathogenicity of *Staphylococcus saprophyticus*, which before was unknown as pathogenic, this discovery was made possible because she made her research in primary care lab at Dalby PCC - it would never have been identified at laboratories in secondary care.

Secondary care and other Academic Specialties were rather much against Academic General Practice/Primary Health Care, but on the other hand health care policy makers were very positive in the 70ies and 80ies.

2- We are curious about the early stage of the process and so we have asked professor emerita **Birgitta Hovelius.**

Professor Hovelius, can you tell us more about the first decade of the process of Academization of General Practice/Primary Health Care in Sweden? Was there guidance from the Minister of the University or did each university have the autonomy to decide independently?

Dear Ferdinando, Thanks for your question! I agree with Cecilia Björkelund that the medical faculties at the universities have not been especially interested in supporting the development of research in general practice. I think it is important to mention that the counties/regions have often tried to initiate and support research in primary health care. I will refer to the first professor in general practice in Uppsala, Gösta Tibblin. The professor of psychiatry told Gösta that now he as the new professor of general practice had the lowest status at the faculty - earlier it had been the professor of psychiatry. However, I am convinced that general practice has a much better position at Swedish universities today than 2-3 decades ago.

In the 1970s, the National Board of Health and Welfare started three units for research and education in primary health care in the countryside with connection to adjacent universities. The unit connected to Lund university at Dalby was the most successful one, but in the 1990s the National Board backed out and Lund university had to take over. During the 1980s and 1990s, approximately 40 researchers in medicine and social sciences graduated (PhD). Of the 21 general practitioners who graduated, 8 became professors of general practice/family medicine: Birgitta Hovelius (Umeå university and later Lund university), Lars Borgquist (Linköping university), Barbro Hagander (Lund university), Anders

Håkansson (Lund university), Lars H Lindholm (Umeå university), Sigvard Mölsted (Linköping university and later Lund university), Peter M Nilsson (Lund university), Jan Sundquist (Karolinska institute and later Lund university).

In the end of the 1990s, the department of primary health care at Dalby/Lund was transferred to the Medical faculty of Lund university in Malmö. The impressive research activities within primary health care at Dalby may be considered to have laid the ground for the present dynamic and successful Center for Primary Health Care Research in Malmö (Region Skåne and Lund university) with Jan Sundquist as the first director.

Another important department of general practice was established in Sahlgrenska academy (Gothenburg university) with Calle Bengtsson as the first professor of general practice and followed by Cecilia Björkelund. The successful contributions here were due to a great research project on women's health, in which women were studied during several decades resulting in many scientific papers and PhDs of general practitioners.

A very important activity in the development of research in primary health care was the founding of the National Research School in General Practice in Sweden, which started in 2009 by Lars H Lindholm and was supported by the Swedish Research Council.

In conclusion, the National Board of Health and Welfare, the counties (nowadays 21 counties/regions) and individual general practitioners have been of great importance for the start and maintenance of research in general practice at the universities in Sweden. The medical faculties at the universities and the research councils (with the exception of the support of the National Research School) have until now been quite skeptical to support research in general practice and primary health care.

Things have certainly changed over the years. **3- Patrik Midlöv, primary care professor is the head of the department of Clinical Sciences in Malmö, Lund University,** a department that also encompasses secondary care disciplines, meaning the academic primary care today has the same prestige and reputation as other academic disciplines in Sweden.

Professor Midlöv, you are the head of the Department of Clinical Science. Does this mean that general medicine/ academic primary care have the same prestige and reputation as other academic disciplines in Sweden or is there still something to be done to improve?

I am not sure that general medicine / academic primary care has the same prestige and reputation as other academic disciplines in Sweden. The reputation is improving and some of the most cited

researchers within medicine in Sweden are within family medicine/ academic primary care. However, still research is not at all as common in primary care as it is in hospital care.

One positive thing is that the Swedish government has recently increased the funding of research in primary care substantially.

Let's continue our interview with Hans Thulesius Adj and Associate professor of Family Medicine; Linnaeus University and Lund University.

You are a professor of general medicine but also a very active general practitioner, how do you manage to reconcile the activity of GP with the academic one?

First I must say that I have been privileged and lucky to have been paid to do research 50% of full time. So, this is key for my "success" as opposed to colleagues in other countries where many, like yourself, devote weekends, nights and holidays to research. That said, having two part time jobs adds up and my work weeks far exceed 40 hours. Yet, eventually, the risk of emotional burn out appears to be lower for clinicians who also do research.

4- Professor Hans Thulesius, can you give us some figures about the Academic Primary Care in Sweden?

In Sweden General Practice departments are not present in every University, for example in Linnaeus there is no department of family medicine. I was recruited in an effort to strengthen research and development of region Kalmar and being an Educational/scientific alibi since Kalmar now have a regionalized medical school in primary care. Kalmar has no PhD students in family medicine.

In Sweden there are around 25 full professors of General Practice (including emerita professors) and around 50 associate professors. Nationally there have been around 10 general practice PhD students in Sweden = 10 million people, every year over the last 5 - 10 years, so, for example, if Italy has a goal to be half as productive in terms of number of PhDs in family medicine you'll need 25-30 PhD students per year.

Professor Thulesius has been conducting research on the doctoral thesis in primary care for 40 years. What did you find interesting about it?

One of the things which is more striking is that the number of women PhDs has now far exceeded that of male PhDs. During the 1980s and 1990s the proportion of women PhDs was 25% whilst the last 10 years it is 75%

Can you summarize the situation of Swedish primary care research?

The first professorship in general practice was appointed in 1981 at the same at Lund University, at the same time as general practice became its own specialty. Our specialty is thus relatively young, which is also reflected in general practice research.

The number of dissertations and articles in general practice has increased significantly in the last ten years compared to the mid-1980s [2]. Although the number of PhDs has increased, the proportion of PhDs in our specialty is still significantly lower than in most other clinical specialties [3]. About 3 percent of general practitioners have defended their dissertations, compared with just over 30 percent of hospital specialists.

The system of general and specialist service means that many doctors today start their research careers relatively late in life. The advantage is that they have accumulated solid clinical experience, but the disadvantage is that the research career is relatively short as well as the time they can work as a supervisor [4].

A challenge for the future is how to better integrate research during medical education but also within the educational services. During undergraduate education, the scientific project work is now expanded to include at least one semester [5], and within the specialization service, a compulsory scientific thesis is now introduced [5, 6].

Key points with primary care research in Sweden:

- A very small part of regional and national research funding goes to primary care.
- A small project work has recently become mandatory for everyone who completes specialist training in general practice.
- Healthcare principals should set up more researcher Specialist Training positions in primary care and more clearly support general medical doctoral students in their dissertation work.

Interviewer

Ferdinando Petrazzuoli MD, PhD, family doctor in Italy, post-doctoral fellow at the Center for Primary Health Care Research, Department of Clinical Sciences, Lund University, Malmö, Sweden

Swedish Academic professors of Primary Care:

1. **Cecilia Björkelund**, MD, PhD, general practitioner, professor at the Department of Primary Health Care, Institute of Medicine, University of Gothenburg: Sweden.
2. **Birgitta Hovelius**, MD, PhD, Professor Emerita Department of Clinical Sciences, Lund University, Malmö, Sweden.
3. **Patrik Midlöv**, MD, PhD, general practitioner, professor at the Center for Primary Health Care Research, Department of Clinical Sciences, Lund University, Malmö, Sweden.
4. **Hans Thulesius** MD, PhD, Adj and Associate professor of Family Medicine; Linnaeus University and Lund University; Sweden.

Medici di Medicina Generale (MMG)

partecipanti: Augruso Angelo, Del Zotti Francesco, Luppi Davide, Merlino Giovanni, Pasticci Cosetta, Sabbi Diego, Tangorra Francesco, Tulino Renato

Coordinatori: Del Zotti Francesco, Farinaro Carmine, Rigon Giulio

Con la collaborazione del Dr Gianenrico Senna, Direttore Allergologia Ospedale Verona

Background

Il drammatico evento di una crisi anafilattica da allergia ad imenotteri e da alimenti è difficile da prevenire, ma può essere trattato efficacemente anche dallo stesso paziente, purché egli sia sempre dotato di alcuni farmaci ed in particolare dell'auto-iniettore con adrenalina, per cui ha ottenuto anche una istruzione specifica

Obiettivi

Valutare la prevalenza dell'anafilassi da imenotteri-cibi nei nostri pazienti

Valutare la frequenza di richiesta di alcuni test e farmaci; in particolare della prescrizione di adrenalina-fast e della corrispondente educazione all'uso dell'auto-iniettore.

Metodo

8 MMG italiani del gruppo Netaudit (www.netaudit.org) hanno estratto dal database delle loro cartelle i pazienti con codici icd9 relativi a shock anafilattico e ad allergie da imenotteri e da alimenti.

Abbiamo convenuto che per estrarre le sospette allergie gravi (shock anafilattico o edema angioneurotico) dal Database bisogna prima di tutto indagare i seguenti Codici Diagnostici.

Per i **cibi** servono i seguenti codici ICd9: 995 o 995.0 o 995.1(shock anafilattico); 995.3 (allergia a noci; uova; crostacei, molluschi, latte; 995.6x (shock anafilattico da cibi): 995.61 995.62 95.63 e seguenti sino 995.69

Per le severe allergie da **veleno di imenotteri** (vespe, api, bombi, calabroni): V15.06 oppure V1506.

Per tutti i pazienti estratti abbiamo quindi valutato se la diagnosi corrispondeva ai criteri di un recente articolo di consensus (si veda tabella 1 e la voce bibliografica #1)

Per le cartelle corrispondenti ai criteri diagnostici di cui sopra abbiamo quindi valutato alcuni indicatori di qualità, secondo linee-guida accreditate. I criteri sono desumibili dalla sezione "risultati".

Secondo una fonte della Word Allergy Organisation (1) una **crisi anafilattica** è altamente probabile quando sono presenti almeno uno dei seguenti **due criteri**:

1- (in minuti o ore) **disturbo** che interessa la **pelle** o la **mucosa** o entrambe e almeno 1 delle successive:

- compromissione respiratoria (dispnea, sibili, stridore, riduzione del PEF, ipossiemia)
- riduzione pressione arteriosa o sintomi associati di collasso, sincope, incontinenza disturbi gastrointestinali severi (dolori crampiformi severi, vomito ripetuto) soprattutto dopo esposizione allergeni non legati a cibi.

2- **acuta insorgenza di ipotensione** (<90; o riduzione del 30% rispetto a PA abituale) o **acuta insorgenza di broncospasmo o laringospasmo** dopo esposizione a noto o molto probabile allergene, **anche in assenza** di disturbo della cute o mucose

Risultati

Numero MG e loro pazienti: hanno partecipato 8 MMG che hanno in carico 11162 pazienti totali, di cui un MMG con il massimo di 1550, e un MMG con un minimo di 1111 pazienti.

Numero e sesso pazienti con Anafilassi ad Imenotteri o ad alimenti:

- 21 Paz; di cui 6 femmine e 15 maschi.
- Prevalenza: quindi l'Anafilassi da imenotteri o da alimenti nella popolazione dello studio è pari a 21/11162 pari allo 0,19%.

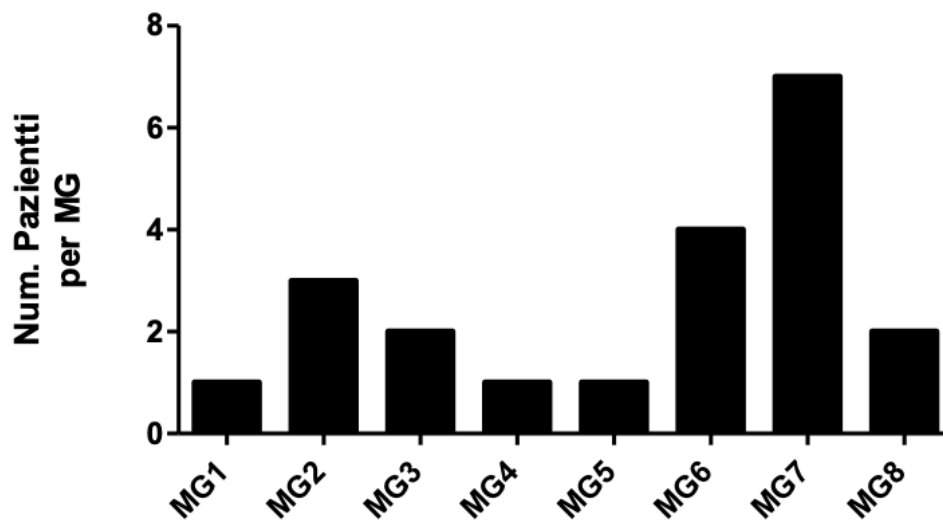
Cause dell'anafilassi, tra i 21 casi: 10 hanno allergie ai cibi; 8 agli imenotteri; 3 ad entrambi. La mastocitosi è presente solo in 1 dei 21 casi.

Età dei pazienti: Media e mediana: 47 anni; minimo:21 anni; massimo: 76; 25.o percentile 35 anni; 75.o percentile: 56 anni.

Variabilità tra MMG nel numero pazienti con Anafilassi da imenotteri o da alimenti.

Sui denominatori "totale pazienti" che variano relativamente poco, nella **Figura1** si mostra una discreta variabilità nel numero di casi per ogni MMG (minimo 1; massimo 7; mediana: 2).

**Flg 1: numero pazienti
con criteri di inclusione
per ogni Medico di Medicina Generale (8 MMG)**



Test Diagnostici Richiesti

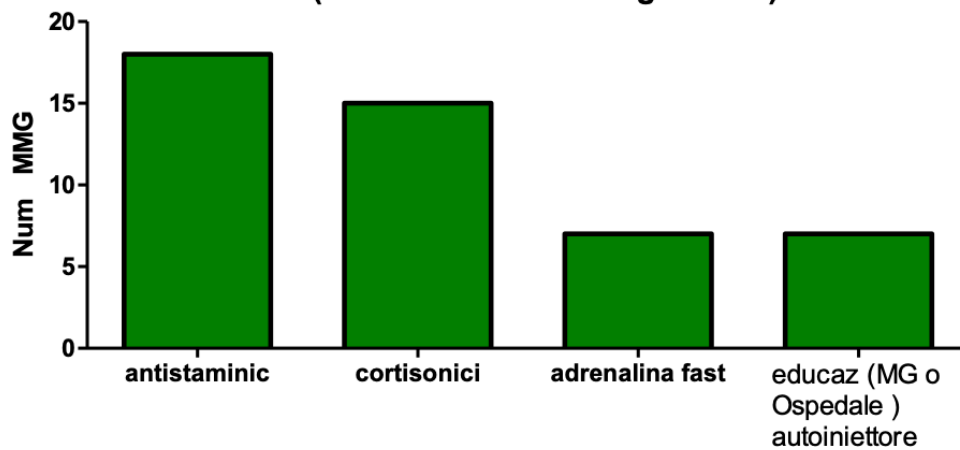
- La visita allergologica è stata chiesta in 16 su 21 casi;
- L'esame triptasi (utile per escludere la mastocitosi nelle allergie agli imenotteri): in 3 casi, (rispetto agli 8 con allergia da imenotteri).
- Ige Specifiche RAST Per Alimenti: 1 o più richieste in cartella presenti in 7 casi su 10 casi di Allergia ad alimenti
- Ige Specifiche RAST Imenotteri: 1 o più richieste in cartella presente in 5 degli 8 casi di allergia per imenotteri

Terapie (vedi Figura2)

- La prescrizione di Antiistaminici è presente in 18 dei 21 casi.
- La prescrizione di Cortisonici orali è presente in 15 dei 21 casi.
- Terapia con Adrenalina-fast: La prescrizione di Adrenalina-fast è presente in 7 casi su 21 casi.

Informazione ed Educazione all'uso di Adrenalina con auto-iniettore: L'avvenuta informazione-educazione (intra-ospedaliera o dal MMG) all'uso di adrenalina fast è stata presente in 7 delle 21 cartelle.

FIG: 2- terapia in 21 Paz con anafilassi da imenotteri o da cibi (8 medici di medicina generale)



Conclusioni

La prevalenza riscontrata sembra discretamente inferiore a quella della letteratura (2). Vi è spazio per il miglioramento sia nella codifica sia nel case finding. Vi è da dire che una causa della sotto-diagnosi può essere legata a problemi nelle codifiche delle anafilassi per Imenotteri: un appropriato abbinamento codice-anafilassi da imenotteri non sembra presente nell'ICD9.

Anche la richiesta di esami può migliorare; in particolare quella della triptasi nelle allergie da imenotteri, esame non sempre conosciuto dai MMG.

Un punto centrale emerso è quello dell'insufficiente informazione e prescrizione della Adrenalina-fast, presente solo in un terzo dei casi. Per migliorare questo criterio di qualità serve un Audit congiunto tra i Pronto Soccorso, i MMG e gli allergologi. Non poche volte dopo la gestione del pronto soccorso abbiamo notato che il tutto si risolve dall'andare dal MMG il giorno dopo per la

prescrizione di cortisonici e antistaminici, prescrizione magari richiesta da un familiare. Una relazione stretta potrebbe consentire ai MMG e a tutti i medici una formazione continua congiunta; e al paziente sia la terapia con auto-iniettore (possibile in mutabilità solo dopo la visita allergologica) sia una educazione all'uso dell'auto-iniettore con schemi cartacei e link a video utili.

Vista la poca numerosità del campione e visto che si tratta di disturbo infrequente ma a rischio di essere fatale (3) e comunque trattabile se curato tempestivamente, il gruppo dei MMG ha deciso di compiere un re-audit dopo 6 mesi.

Bibliografia

1. Time to revisit the definition and clinical criteria for anaphylaxis? World Allergy Organization Journal (2019) 12
2. Robert A Wood et al, Anaphylaxis in America: the prevalence and characteristics of anaphylaxis in the United States- J Allergy Clin Immunol . 2014 Feb;133(2):461-7.
3. M. B. Bilò, A. Corsi, M. Martini, E. Penza, F. Grippo, D. Bignardi, Maggio 2020, Fatal anaphylaxis in Italy: Analysis of cause-of-death national data, 2004-2016, Allergy European Journal of Allergy and Clinical Immunology

ELEMENTI DI NAVIGAZIONE CONSAPEVOLE IN RETE PER MEDICI*

Francesco Del Zotti(1) , Claudio Destri(2),
Giulio Rigon (3)

(1)Medicina Generale Verona, Vicepresidente di
SicurDott e membro Commissione ICT
(Information Communication Technology) della
Fnomceo

(2) Cittadino, Presidente di SicurDott
<https://sicurdott.blogspot.com/>

(3) Medicina Generale Verona, membro
dell'esecutivo di SicurDott

**Lo stesso articolo comparirà sul bollettino
dell'Ordine dei Medici di Torino ([TorinoMedica](#))*

In qualità di cultori della **sicurezza in medicina** abbiamo sentito il dovere di valutare sia quali oggettivi consigli dare ai colleghi sulla possibilità non tanto di una navigazione sicura in rete, oggi impossibile, quanto di una navigazione consapevole. Per scendere nel concreto abbiamo voluto per prima cosa valutare una raccolta di elementi e consigli pratici, ottenuta dalla lunga frequentazione di ingegneri esperti di sicurezza e delle fonti e siti più qualificati; successivamente abbiamo voluto produrre una sorta di pre-test non-anonimo, di 12 domande, da rivolgere a mo' di questionario-pilota ad un gruppo di medici, a cui nel contempo chiedevamo altresì l'email per partecipare ad un webinar successivo. Hanno risposto al questionario 52 medici di varie regioni italiane.

Il primo webinar è stato offerto, nel dicembre scorso, ai corsisti del Master in Etica, Deontologia e Politica Sanitaria (MEDPOS) organizzato dall'Ordine dei medici di Torino.

In questo breve articolo analizzeremo alcuni risultati e domande del questionario e forniremo una sintesi delle raccomandazioni fornite durante il webinar. Chi desidera ulteriori informazioni sul Questionario può scrivere a: delzotti@libero.it.

Risultati del Questionario

La Sicurezza della Navigazione in Rete è un campo piuttosto poco battuto dall'aggiornamento medico. E come ci aspettavamo, le risposte sono state il più delle volte una prova di non diffusione di cultura della sicurezza tra i medici ed un motivo ulteriore per organizzare il webinar.

Nella **Figura1** vedete come rispetto al punteggio massimo uguale a 12, la mediana è risultata di 3, con il 75.o percentuale uguale a 5; quindi solo il 25% dei rispondenti ha raggiunto il punteggio di 6 o più di 6. Ciò ha fornito un'ulteriore motivazione alla preparazione e partecipazione al webinar. È interessante notare che comunque una collega ed un collega sono stati in grado di avere un punteggio 10/12. Evidentemente, pur con un test piuttosto ostico, si riesce ad ottenere un ottimo punteggio per colleghi probabilmente da tempo fortemente

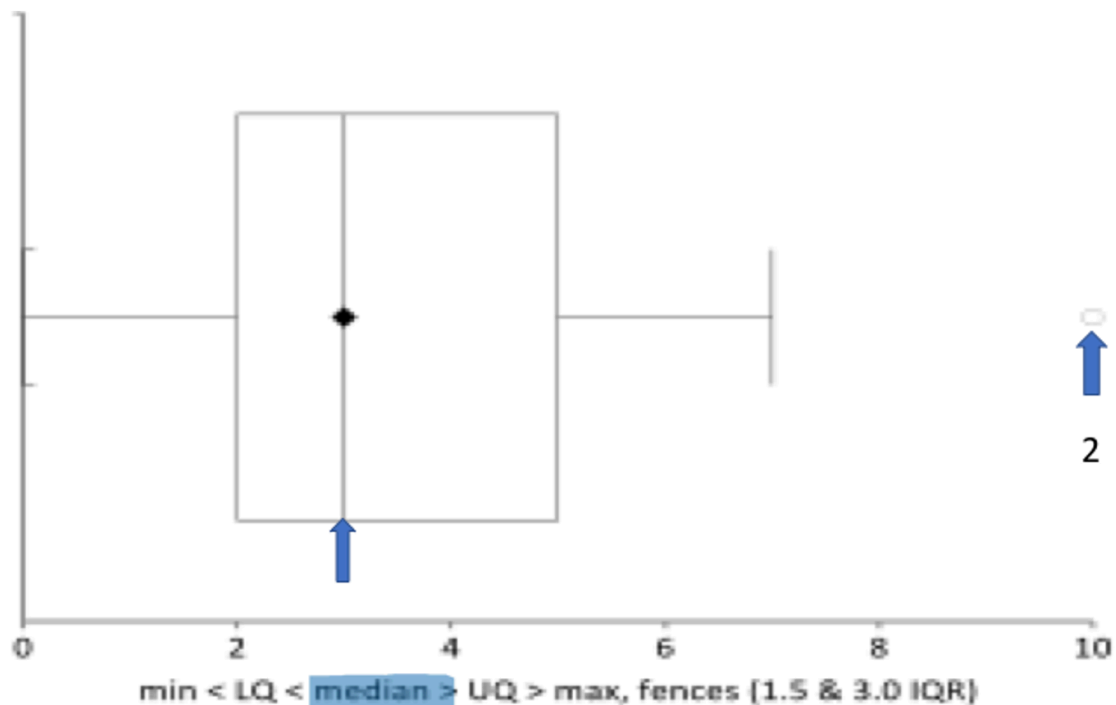


Figura 1

motivati a conoscere questo campo dai più misconosciuto.

In questi anni sia dall'esterno della Medicina sia dall'interno della professione sono giunte forti pressioni a condividere dati sensibili il più velocemente possibile e con le minori nostre remore possibili; in effetti sia lo stato, sia le regioni e le aziende informatiche e telematiche hanno dato una forte spinta al fascicolo e alla dematerializzazione e alla condivisione dei dati.

Nessuna di queste importanti entità ha messo l'accento sulla necessità di un progresso che sia rispettoso delle colonne portanti della professione (ad es. il segreto professionale) e di un progresso tecnologico che investa in sicurezza oltre che in velocità.

Il paradosso è che, nell'epoca della velocità istantanea della Rete, la sicurezza va a rilento. Se pensiamo all'azienda automobilistica, nata nel 1885, le prime

vere frizioni apparvero tra il 1899, e nel 1902 il primo freno a disco: insomma dopo circa 15 anni dalla nascita delle prime auto.

Invece, nel 2021, dopo 40 anni dalla nascita del primo personale computer, e dopo 28 anni dalla nascita, nel 1993, del Web, non sono ancora stati sviluppati efficaci "frizioni" e "freni" della Rete, come dimostrano gli usi impropri di dati sensibili. Per restare ai soli ultimi mesi, basti fare due soli esempi che coinvolgono pazienti:

- nel settembre scorso il primo morto ufficialmente dovuto ad hackeraggio di un grande ospedale tedesco (https://www.ilmattino.it/primopiano/esteri/ospedale_attacco_hacker_morta_donna_germania_oggi-5470869.html)

- nel mese di dicembre '20 emerge il recente scandalo che ha colpito la vincente "Amazon". Dal sito del Guardian leggiamo che vi è una class action contro il gigante da parte di

acquirenti(<https://www.theguardian.com/technology/2020/dec/23/amazon-ring-camera-hack-lawsuit-threats>) della telecamera "RING", acquistata per sorvegliare la propria casa. Si tratta di un prodotto con una funzione molta delicata, che si è rivelato insicuro, anche perché il suo software è stato incrociato con i trackers (tracciatori) di molte aziende di terze parti. E così guardoni, hacker e poco di buono hanno potuto sorvegliare l'intimità delle famiglie. In una segnalazione di un caso, una mamma, che aveva comprato questo sistema per sorvegliare la figlia di 4 anni affetta da crisi convulsive, racconta che dalla telecamera proveniva una musica derivata da un film horror; mentre la mamma si avvicinava alla telecamera è giunta la voce dell'hacker con: "hello there".

Commento ad un campione di 4 Domande del questionario:

Vuoi comunicare per messaggistica con un paziente. Quali le DUE App più sicure e indipendenti tra queste quattro seguenti?

Signal; Telegram; WhatsApp; Wire;Viber

Molti hanno avuto difficoltà a rispondere a questa domanda. Non molti conoscono le due più accreditate dagli esperti: la più famosa tra le più sicure (l'americana SIGNAL) è nota a meno della

metà dei rispondenti; e ancora meno la meno la europea app Wire, nota solo al 15% dei rispondenti.

La comparazione delle varie caratteristiche di sicurezza qualitative è ben visibile in un sito molto articolato e documentato.

Da giorni circola in rete una immagine che riassume quali dati relativi alla privacy ovvero la lista dei dati raccolti da ogni app durante il suo funzionamento.



L'immagine è stata realizzata da Forbes per mettere a confronto le Privacy Label di cinque usatissime app di messaggistica

istantanea. Il confronto tra queste tre app è evidente: Signal non raccoglie nulla, a parte il numero di telefono. iMessage di Apple e Telegram raccolgono qualche informazione in più, mentre WhatsApp e soprattutto Facebook Messenger raccolgono molti più dati.

<https://www.massa-critica.it/2021/01/il-confronto-fra-le-privacy-label-di-signal-imessage-telegram-whatsapp-e-facebook-messenger-mostra-i-dati-raccolti-dalle-diverse-app/>

Al di là della conoscenza delle app più sicure, emerge un diffuso uso di WhatsApp (WA). Essa è meno sicura di quelle due citate, ma comunque criptata. Il dato più macroscopico è quello della proprietà; è in mano al gigante chiacchierato Facebook che pur non potendo “vedere” i contenuti dei messaggi può incrociare i metadati tra le sue molto usate (anche dai medici) applicazioni: Facebook ed Instagram. Non a caso l'Unione europea si è espressa sconsigliando l'uso di WA e consigliamo quello di Signal.

Il-Domanda: Durante una visita ambulatoriale cerchi sul web informazioni su disturbo del paziente. Tra queste risposte indica quali sono i due motori di ricerca che meno ti profilano?

Bing; Duckduckgo; Google; Yahoo; Startpage

Poco più della meta ha indicato correttamente la statunitense Duckduckgo; pochi conoscono l'altra risposta (l'olandese Startpage), che si basa anche su uso di proxy. Quello che sarebbe interessante è sapere quanti, al di là della conoscenza di alternative, usano soprattutto o solo Google. Vi è nel mondo un uso esagerato del motore di ricerca di Google che ormai da solo supera il 65-70% (https://en.wikipedia.org/wiki/Usage_share_of_web_browsers). Si tratta di un uso rischioso per un medico che lo impieghi per valutazioni riguardanti i pazienti o la sua professione: Google non registra solo le caratteristiche dell'oggetto della ricerca del navigante, ma anche quelle personali. Ciò che non fanno i due motori citati, i quali al massimo ci fanno arrivare la pubblicità di film se abbiamo chiesto al web browser i film; ma, per costruire un esempio, non fanno mai arrivare al medico, che cerca notizie sugli errori medici, pubblicità di avvocati costosi o di psicoterapeuti o di prestiti per cause legali.

La nostra esperienza di questi anni è che su Duckduckgo si trova almeno l'80-90% di quel che cerchiamo. Andiamo sul più potente Google meno di un volta su 10. Ci ha confortato in ciò la lettura di un pezzo sul Guardian del 2019 (<https://www.theguardian.com/technology/askjack/2019/dec/12/duckduckgo-google-search-engine-privacy>) o un altro del 2020 sul New York Times che sostengono prodotti che vadano oltre la mono-cultura googleana.

Per le altre due domande che qui esamineremo è meno utile fornire i dati di conoscenza, quanto valutare gli stimoli alla discussione che ne derivano.

III-Domanda: Una madre, in una chat di gruppo di WhatsApp, chiede consiglio sulla eventuale normalità medica dei genitali del proprio figlio di 18 mesi. Commette Reato?

Scegliere una sola delle seguenti risposte:

- No, non è reato
- reato di pedopornografia
- atti osceni in luogo pubblico

A primo acchito possiamo solidarizzare con questa madre premurosa che cerca di capire meglio la "normalità" di suo figlio. Ma, durante una riunione della FNOMCEO su questi argomenti, un noto magistrato ci spiegò che tale comportamento può configurare il reato di diffusione di immagini pedo-pornografiche. Ma, al di là del reato, come medici e come cittadini dobbiamo comprendere che la facilità di "socializzare" in pubblico le nostre curiosità e preoccupazioni può essere un danno di immagine per noi adulti ed un danno concreto per i nostri minori, che ad esempio possono così più facilmente essere esposti ad osservatori perversi. Nell'era della Rete, dobbiamo insegnare, quindi, a noi stessi e ai nostri pazienti la virtù antica evocata allo scrittore Jonathan Bazzi (quotidiano DOMANI 3 gennaio); si

tratta della "epochè": contiamo sino 100 prima di premere il tasto invio"

IV-Domanda: la foto di un ragazzo alla Comunione è dato...? Scegli una sola delle seguenti:

- dato personale
- dato sociale
- dato sensibile
- dato proprietario

Questa domanda è legata ad un fatto reale, descritto da vari quotidiani nel maggio del 2020 (si veda ad esempio: https://www.repubblica.it/tecnologia/social-network/2020/05/22/news/nonna_condannata_a_rimuovere_le_foto_dei_nipoti_dai_social_network-257340173/). In Olanda ad una nonna è stato ingiunto di togliere la foto del nipote minorenne da Facebook (FB), su richiesta della madre. Alla fine, il giudice ha deciso di multare per 50 euro al giorno la nonna sino a che non avesse tolto la foto. Secondo il GDPR se la nonna avesse tenuto la foto sul suo PC non ci sarebbero stati problemi. Ma la pubblicazione sul social ha cambiato la situazione. Resta la domanda: è un dato personale o sensibile?

La foto e l'età del ragazzo sono dati personali più che sensibili. Ma ciò se astraiano dal contesto. In questo caso si è deciso che fosse un dato sensibile visto che la foto era legata alla Comunione, che è un dato di appartenenza religiosa, e

quindi valutato molto sensibile al pari, ad es, dei dati medici. Probabilmente si sarebbe verificata, quindi, la stessa situazione se la foto su FB avesse ritratto il ragazzo sorridente in un reparto chirurgico dopo intervento riuscito di "piedi piatti". In ogni caso ancora una volta il giudice ha agito non tanto per dare soddisfazione alla mamma ma per proteggere il bambino. Nell'articolo di quotidiano citato l'esperto di giurisprudenza della Rete, prof Ziccardi, dichiara: "Ormai molti bambini finiscono sui social fin da piccolissimi e non è affatto detto che sia un bene o che crescendo siano d'accordo". E l'articolista conclude: "Insomma, un domani la causa legale la potrebbero tentare direttamente loro".

Raccomandazioni

Con questo articolo abbiamo solo l'intenzione di aprire una fessura nel vaso di Pandora della mancata sicurezza nella Medicina in Rete.

Per finire, forniamo a mo' di decalogo nella tabella 1 alcune raccomandazioni fornite durante il Webinar, dopo aver commentato il questionario di cui sopra. Il nostro augurio è che esse servano come base per ulteriori valutazioni in Italia del grado di conoscenza ed uso di elementi di navigazione sicura.

DECALOGO PER UNA NAVIGAZIONE CONSAPEVOLE

- 1) **Ogni medico** deve approfondire la conoscenza delle tecniche per un uso **consapevole e più sicuro della Rete**. E, assieme ai cittadini, deve esigere che la digitalizzazione della sanità si affianchi alle migliori pratiche di uso di sicurezza della Rete, al fine di conservare il più possibile il segreto professionale, base ineliminabile del rapporto fiduciario e della continuità di cura.
- 2) **Password:** lunga e articolata; nei siti importanti: uso di password con verifica in due passaggi.
- 3) **Web Browser:** per navigare o costruire siti in Rete in maniera sicura come medici dobbiamo scegliere siti sicuri con la "s" nel suffisso (httpS). È piuttosto agevole trasformare, con poche mosse, il proprio sito in un sito di questo tipo. È preferibile scegliere motori di ricerca che diano anche la possibilità, in automatico o con un "estensione" di evidenziare e bloccare il "fingerprinting". Nel sito di firefox Il fingerprinting è ben spiegato: "è un tipo di tracciamento online più invasivo del normale tracciamento basato sui cookie. Un'impronta digitale viene creata quando un'azienda crea un profilo unico di te in base all'hardware, al software, ai

componenti aggiuntivi e persino alle preferenze del tuo computer. Le tue impostazioni come lo schermo che usi, i caratteri installati sul tuo computer e persino la tua scelta di un browser web possono essere utilizzate per creare un'impronta digitale.

4) **Motori di ricerca:** nell'uso professionale e nell'incontro con il paziente il medico deve usare il più possibile motori di ricerca non traccianti il comportamento e le condizioni del paziente e dello stesso medico (ad es: Duckduckgo; Startpage). Bisogna evitare un equivoco frequente: la navigazione in "anonimo" serve ad anonimizzare, parzialmente, le tracce della navigazione nel proprio PC, ma non l'anonimato della navigazione in rete.

5) **VPN:** Una navigazione protetta (soprattutto se si usano sistemi "wifi" non personali) può avvalersi di uso di VPN di qualità. Vi sono VPN-software di basso prezzo e facili da adoperare. Bisogna comunque affidarsi ad aziende di una certa accountability, visto il loro delicato ruolo.

6) **Programmi di posta elettronica:** bisogna avvertire il paziente del fatto che l'uso di posta elettronica non può sostituire la relazione più tradizionale (incontro; telefonata) e che essa comporta rischi non piccoli. Le caselle

di posta elettronica abituali non sono criptate, e, ad es. il provider spesso ha il diritto di leggere il contenuto. Bisogna evitare anche un altro equivoco: la posta "certificata" garantisce l'identità dell'inviante o ricevente, ma non la cifratura del contenuto. Esistono, anche se ancora molto pochi, programmi di posta elettronica con cifratura completa ed agevole.

I medici devono chiedere alle autorità sanitarie di sviluppare un ecosistema criptato tra operatori, e tra operatori e pazienti, al pari di quanto successivamente in alcuni Paesi del Nord-Europa.

7) **Programmi di Chat:** in genere la cifratura di questi programmi è garantita. Restano in piedi tutti i caveat indicati nel punto precedente (le e-mail). Molti dei programmi di Chat molto usati sono fuori dalle regole del GDPR.

8) **I Social:** per quel che è possibile: rifiutare la richiesta di "amicizia" da parte dei pazienti; o almeno creare diversi profili, di cui uno non-professionale ricordando che l'utilizzo dei "social" è un po' "mettere in piazza" informazioni e che la non conoscenza delle varie opzioni d'utilizzo può creare problemi non indifferenti per se stessi o per le persone di cui si "parla" (ad es negli

USA vi è un fiorire di cause tra ex-amici).

9) **Contenuto dei messaggi** scritti nelle e-mail, chat o social da parte dei medici. In questi nuovi mezzi ricordare che “scripta manent” per sempre e con diffusione dovunque. Quindi il medico, dopo aver avvisato i pazienti dei rischi di comunicare con questi mezzi, dovrà evitare il più possibile di rispondere con messaggi molto specifici per quel paziente e tanto più messaggi che possano apparire “giudicanti” o diffamatori.

10) **Uso del Cellulare**: molti dei programmi precedenti vengono usati nel cellulare, che moltiplica i problemi (si è tracciati così continuamente e dappertutto). L’attivazione della funzione “posizione” comporta un rischio ulteriore per la relazione medico-paziente. Famoso è il caso di uno psichiatra a cui un paziente mostrò una lista di nomi che gli avevano chiesto “l’amicizia”. Lo psichiatra sbiancò: erano tutti suoi clienti. Molto probabilmente lui o il paziente (e anche gli altri pazienti) tenevano acceso in studio “la posizione”.