

Girolamo Sirchia

Pensieri sani



Centro Trasfusionale Ospedale Maggiore Policlinico Editore

2014

In copertina

Un docente universitario medioevale in cattedra (incisione).
Dal *Tractatus diversorum doctorum*, Milano 1523.

Indice

SANITÁ

Servizi sanitari.....	6
La professione medica.....	25

SALUTE

Salute pubblica.....	38
Tabacco.....	48
Tumori.....	59
Cardiovascolare – Ipertensione – Diabete.....	62
Attività fisica - Alimentazione.....	65
Anziani.....	70
Farmaci – Vaccini – Altre terapie.....	73

Milano, maggio 2015

Offro ai lettori una raccolta di informazioni sanitarie che possono risultare utili per la salute pubblica e il benessere di ognuno di noi.

Buona lettura

Girolamo Sirchia

SANITÁ

Servizi sanitari

Sprechi in sanità

In sanità gli sprechi sono molto alti, fino a costituire circa 1/3 della spesa sanitaria. Le cause di spreco sono numerose. Ecco le principali.

I farmaci

L'uso di farmaci è eccessivo, specie nelle persone anziane, che rappresentano il 20% della popolazione, ma utilizzano il 70% della spesa farmaceutica. In questa popolazione, fra l'altro, l'eccessivo consumo e la combinazione di varie molecole comportano danni alla salute non indifferenti. I geriatri sono ben consapevoli di questi fatti e a loro dovrebbe essere affidata la valutazione e la terapia degli anziani, in collaborazione con il medico di famiglia. Il tentativo di correggere tutte le patologie con farmaci si è dimostrato pericoloso oltre che inefficace. Alcuni farmaci, inoltre, non hanno senso nel paziente anziano: tipica la correzione dei valori di colesterolemia con statine.

L'efficacia e l'innocuità dei farmaci devono essere valutate con studi clinici controllati per ammetterli alla fascia A del Prontuario Farmaceutico (cioè a carico del Servizio Sanitario). Tuttavia gli studi clinici controllati utilizzano come termine di paragone il placebo, anziché farmaci di comprovata efficacia già disponibili sul mercato. Diviene quindi difficile capire se la loro efficacia è superiore a quella di questi ultimi, e quindi se è utile che il nuovo farmaco venga ammesso alla prescrizione in fascia A. Si rischia in tal modo di incrementare il numero di farmaci in Prontuario, ma non l'efficacia del trattamento. Sarebbe invece necessario misurare il valore aggiunto dei nuovi farmaci ed eventualmente premiare il valore aggiunto con un prezzo maggiore, diminuendo nel contempo il prezzo dei farmaci di minore valore clinico. L'operazione dovrebbe essere condotta insieme all'industria farmaceutica per evitare di turbare i mercati e trovarci di fronte ad impedimenti non previsti.

In alternativa si può trattenere una piccola percentuale all'industria del farmaco (e dei device) sul fatturato fatto in Italia come contributo di solidarietà.

Questo contributo potrebbe essere imposto solo a quelle Aziende che non hanno impianti di produzione o di ricerca in Italia e che vedono il nostro Paese come un mero punto vendita di farmaci o altro materiale sanitario acquistato dal Servizio Sanitario Nazionale.

A livello dei medici di famiglia si può stabilire un tetto di spesa per assistito circa la prescrizione di farmaci ed esami strumentali ed istituire un incentivo per coloro che lo rispettano.

La pubblicità

L'industria farmaceutica esercita sui medici forti pressioni. Oggi gran parte della spesa per l'aggiornamento e per i congressi medici è sostenuta dall'industria, in quanto la mano pubblica è quasi del tutto assente. Non è quindi difficile all'industria far penetrare i propri prodotti nelle prescrizioni dei medici, e non è difficile nemmeno "orientare" i ricercatori clinici che sperimentano i farmaci, dato che ancora una volta la ricerca clinica indipendente è assai rara e le spese della sperimentazione sono sostenute quasi interamente dall'industria. Anche in questi ambiti dobbiamo quindi accettare che l'industria abbia un grande peso nelle decisioni mediche a causa dell'inerzia del servizio pubblico. Si aggiunga infine la pressione esercitata dagli informatori farmaceutici che visitano sistematicamente gli studi medici per non citare i frequenti episodi di collusione nella prescrizione farmaceutica.

Indagini strumentali

Anche le indagini strumentali sono utilizzate in modo eccessivo. Lunghe liste di esami sostituiscono spesso le valutazioni cliniche; si vedono di continuo prescrizioni di scarsa utilità, come i cosiddetti check-up o la ripetizione di esami inutili (ad esempio il quadro lipidico negli anziani). Ciò contribuisce anche a stimolare prescrizioni inutili e costose di farmaci. Il numero delle TAC e delle Risonanze Magnetiche Nucleari per indicazioni non appropriate (mal di schiena, cefalee, ecc.) è elevato, dimenticando che anche i pericoli sono elevati.

Anche i criteri di acquisto di farmaci, reagenti ed attrezzi vanno riconsiderati. Le Centrali di acquisto possono essere utili per materiali di largo uso e bassa complessità tecnologica, ma possono rivelarsi pessime per altri materiali. Esse infatti raramente acquistano sulla base del rapporto qualità/prezzo, ma più spesso danno preferenza al solo prezzo. Così capita che il vantaggio economico sia vanificato dalla scarsa qualità; chi non ricorda i danni provocati ai pazienti e al Servizio Sanitario Nazionale dagli interventi di cataratta che

hanno impiegato lentine che si opacizzavano con il tempo e che richiedevano un secondo intervento correttivo per sostituirle?

Eccesso di offerta di servizi

E' noto che in sanità l'eccessiva offerta fa crescere la domanda. E' difficile stabilire l'offerta ottimale, ma si può almeno limitare l'eccesso macroscopico di offerta che si osserva oggi in alcune Regioni. E' necessario una buona volta che il Ministero della Salute definisca standard di quantità, qualità e costi dei servizi erogati in ogni area del Paese onde evitare la disuniformità che si osserva oggi tra Regione e Regione. Oggi si nota come i servizi siano insufficienti in alcune aree, mentre siano eccessivi in altre. Sembra infatti che le Regioni facciano a gara per offrire alcuni servizi innovativi e di immagine. Ad esempio quando le cellule staminali sono balzate all'onore della cronaca quasi tutte le Regioni italiane hanno istituito una Banca di Cellule Placentari, che ha un alto costo di istituzione e di gestione, ma che è di scarsa utilità se non è accreditata a livello internazionale. Oggi molte di tali Banche sono inutilizzate o sono chiuse. La stessa cosa si è verificata in passato per i trapianti di organi, per la cardiochirurgia, per i macchinari complessi, ecc. L'Italia è celebre per i macchinari rimasti imballati nei depositi, anche perché si acquista il macchinario ma poi mancano i soldi per gestire i servizi e per la manutenzione e talora mancano anche gli esperti per valutare i risultati delle indagini effettuate. Infine la mancanza di servizi di ingegneria clinica degli Ospedali rende questi ultimi dipendenti dalle ditte produttrici per la manutenzione, e questa voce di spesa è spesso alta.

Scarsa aderenza dei medici alle Linee guida

Le Linee Guida non devono costituire un percorso obbligatorio di diagnosi e cura, ma certo possono essere di grande utilità per ogni medico. Le Linee Guida tuttavia hanno anche inconvenienti e, prime fra tutte, le pressioni che vengono esercitate su coloro che le redigono da parte di gruppi di interesse. Le Linee Guida basate solo su principi scientifici possono evitare danni e sprechi. E' compito del Ministero della Salute redigere Linee Guida che rappresentino l'interesse del malato e offrirle ai professionisti del Servizio Sanitario Nazionale. Così, pur senza essere specialisti in ogni campo, il medico può essere sostenuto nelle scelte, nell'interesse del paziente e della finanza pubblica. L'aderenza alle Linee Guida, inoltre, offre ai medici una valida difesa da disavventure giudiziarie e rivalse di vario tipo.

Conclusioni

Gli sprechi della nostra sanità non finiscono qui. I gravi difetti nell'organizzazione e gestione delle strutture e nell'organizzazione del lavoro, gli scarsi investimenti nella prevenzione e promozione della salute, l'insufficiente educazione del pubblico all'uso del Servizio Sanitario, l'invadenza della politica (che premia non il merito, ma l'appartenenza), la incapacità di un efficace sistema di aggiornamento e motivazione del personale, l'insufficiente capacità del servizio di raccogliere ed elaborare i dati, sono tutte cause di non-qualità, e la non-qualità si traduce notoriamente in costi inutili. A ciò si aggiunga la eccessiva autonomia delle Regioni e la conflittualità Stato-Regioni che contribuiscono a rendere disuniforme il servizio nelle varie aree del Paese e a moltiplicarne i costi.

Molti altri sono gli ambiti in cui si può operare per ottenere un Servizio Sanitario di qualità e senza sprechi. Ma ognuno di questi ambiti richiede strategie chiare e tempi necessari per coinvolgere gli operatori sanitari. E' l'uso improprio e più spesso eccessivo dei servizi sanitari che oggi va limitato, nell'interesse di tutti. Lo sforzo del legislatore è far capire che più spesso "Meno è meglio", ed è meglio per tutti.

La Casa della Salute e i suoi vantaggi

La Casa della Salute è il cardine della nuova sanità territoriale perché ci si attende che possa:

- facilitare l'accesso alle cure primarie ordinarie
- migliorare i servizi di prevenzione e promozione della salute
- consentire una gestione delle malattie croniche di qualità
- ridurre il ricorso agli ospedali e al pronto soccorso
- aumentare l'integrazione tra i vari settori della sanità a tutto vantaggio dei pazienti

Non bisogna però attendersi che tutti questi vantaggi divengano evidenti in tempi brevi, in quanto in tutti i sistemi complessi i cambiamenti devono essere aggiustati in corso d'opera e dimostrano i loro effetti dopo alcuni anni. Inoltre il modello deve essere flessibile per adattarsi alle diverse realtà del Paese, ed è necessario iniziare con la sperimentazione prima di diffonderlo su tutto il territorio.

È anche importante il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori, tenendo presente che le responsabilità non possono essere disgiunte dai poteri e dai riconoscimenti di merito. La Casa della Salute infine deve essere il nodo principale di una rete di servizi che spazia dall'ospedale locale al domicilio del paziente, che identifica un'unica azienda-rete dei servizi sanitari e come unica azienda sanitaria deve comportarsi in termini di gestione, organizzazione e rapporti con il personale.

(Schwenk TL. *The Patient – Centered Medical Theory. One size does not fit all.* JAMA 311, 802-803, 2014)

Gestire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) Una priorità del Servizio Sanitario italiano

Il Servizio Sanitario Nazionale presenta una grande variabilità tra le diverse aree del Paese in termini di quantità, qualità e costo delle prestazioni erogate. Tale variabilità elevata viene evidenziata non tanto da sistematiche rilevazioni di dati (che sono ancora poco accurati e tardivi) quanto da valutazioni episodiche e dai comportamenti degli utenti: ad esempio ancora oggi la migrazione di pazienti per ragioni sanitarie è elevata, con ben 900.000 persone ogni anno che si spostano dalle loro Regioni di residenza verso altre aree per ottenere cure migliori. Anche le lunghe liste di attesa sono un effetto della inadeguata capacità di fornire servizi di alcune strutture sanitarie. Tale variabilità è notoriamente fonte di sprechi oltre che di disservizi ed è una priorità da risolvere. A questo fine il Movimento Italia Equa e Solidale (IES) propone che la definizione dei LEA (compito esclusivo dello Stato) abbia ad intendersi non come mera definizione delle prestazioni sanitarie che le Regioni sono tenute ad erogare, ma anche come numero, qualità e costo di tali prestazioni, che debbono essere erogate uniformemente in ogni area del Paese secondo standard di quantità (numero per 1000 abitanti), esito (qualità) e di costo, definiti periodicamente dal Governo centrale in base ai dati epidemiologici delle Regioni e da esso verificati sistematicamente con i propri servizi ispettivi. Se il rispetto degli standard non è soddisfacente, è compito dello Stato, in quanto garante del diritto costituzionale alla salute di ogni Italiano, intervenire con azioni correttive, dalle più semplici alle più drastiche, anche con interventi sostitutivi in casi estremi.

I LEA, così concepiti, ed il loro controllo, divengono anche una occasione di misurare le performance delle Regioni (e cioè la loro capacità di trasformare le risorse in servizi, il value for money), di migliorarle progressivamente e quindi di ridurre gli sprechi, che in Italia superano verosimilmente il 20% della spesa sanitaria. Oggi in Italia si sta lavorando alla definizione dei costi standard, che tuttavia non devono rappresentare il mezzo per ridurre la spesa (più che di costi si tratta infatti di spesa) a scapito della qualità, come temiamo possa accadere. Gli standard devono essere visti come una banda di valori che in prima approssimazione potrà anche essere abbastanza larga, ma che si andrà a restringere nel tempo per progressivi aggiustamenti, man mano che i dati raccolti diverranno più accurati e puntuali e man mano che le Regioni sapranno utilizzarli per affinare la loro capacità di programmazione e controllo dei servizi erogati.

La sanità è un sistema complesso, ed in Italia diversi suoi ambiti necessitano di revisione. IES ha identificato gli ambiti principali (vedi "Salute e Sanità" su www.italiaeis.it), ma è fortemente convinto che il primo e più importante passo di rinnovamento è proprio costituito dalla definizione e gestione dei LEA da parte dello Stato. Pertanto IES si impegna a monitorare le azioni che le Istituzioni vorranno attuare in questo settore.

*Girolamo Sirchia
per IES (Movimento Italia Equa e Solidale)*

Per cure territoriali migliori

L'advanced primary care practice, che si sta tentando di realizzare in USA da circa 4 anni, dovrebbe essere pensata come un complesso di servizi territoriali forniti da una squadra di professionisti della salute (medici, infermieri, care managers, educatori, assistenti sociali, farmacisti, ecc) sia con un contatto diretto con il paziente, che indirettamente mediante il supporto di una piattaforma tecnologica. Questo modello è però di difficile attuazione in USA dove oggi il pagamento non è per quota capitaria, ma a prestazione (Baron RJ, Davis K. Accelerating the adoption of high volume primary care. A new provider type under Medicare? NEJM 370, 99 – 101, 2014).

Potrebbe essere più semplice in Italia, ove già esiste la quota capitaria e dove, quindi, il modello della Casa della Salute, della Guardia Medica per i malati urgenti e l'Azienda Rete dei Servizi Sanitari potrebbero funzionare e migliorare l'assistenza, soprattutto ai pazienti cronici (vedi Allegati A, B e C).

La casa della salute (All.A)

La Casa della Salute è un presidio di cura socio-sanitario per cronici. È composto da un team (infermiere, fisioterapista, assistente sociale, visitatore) che affianca il generalista per l'assistenza sia interna che domiciliare. Si rapporta con custodi socio-sanitari e antenne psichiatriche esterne (Gruppi di auto-aiuto) e con generalisti che operano singoli o associati nel loro studio e che si occupano dei casi acuti e di monitorare alcune categorie di cronici a domicilio (esempio: ipertesi ricoverati per ictus e poi dimessi a casa per mantenere la pressione arteriosa e prevenire le complicanze). I generalisti esterni e i pediatri sono convenzionati ed operano sia in studio che a domicilio dei loro pazienti, anche in urgenza e di notte, coadiuvati dai medici di Guardia Medica. Tutti coloro che operano nella Casa della Salute sono dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale. Essi sono:

1. Unità di valutazione multidimensionale per il piano terapeutico ed il monitoraggio dei cronici
2. case manager che opera con un generalista per la gestione e il coordinamento del paziente, per assicurare la continuità delle cure e la raccolta dei dati dei pazienti
3. specialisti di varie discipline
4. team paramedico
5. farmacista clinico

La Casa della Salute fa parte di un'Azienda Rete di Servizi Sanitari (ARS) che comprende:

1. Ospedale locale (composto di Unità di bassa intensità di cura e di un Pronto Soccorso collegati all'Ospedale di Riferimento)
2. Poliambulatorio Guardia Medica per l'urgenza (se esistente)
3. RSA e altre residenze collettive protette
4. Antenne di quartiere e custodi socio-sanitari (se esistenti)

Il case manager e il suo generalista seguono e sono il riferimento di un certo numero di pazienti e li seguono ovunque essi si trovino, coordinandone il percorso di diagnosi e cura.

Ogni ASL può avere più ARS, e il paziente è libero di scegliere tra esse. Ogni ARS ha una sua dirigenza che include i medici e risponde alla ASL del suo operato. Anche le Associazioni di pazienti e dei benefattori fanno parte dei Consigli di Amministrazione e collaborano con i servizi ispettivi delle ASL e nella gestione dei reclami.

La Casa della Salute è proattiva nella prevenzione primaria e secondaria, e il farmacista clinico vigila sulla compliance alla terapia con farmaci. La ARS è il colletore e distributore di tutte le risorse assegnate dalla Regione, che sono costituite da una quota capitaria fissa e da una quota variabile, calcolata anche in base alla qualità dei servizi erogati, valutata dalla ASL e dalle Regioni su indicatori socio-sanitari, sui reclami, sulla valutazione dei pazienti e delle loro Associazioni e sulle valutazioni effettuate dal personale.

I medici generalisti devono avere anche posizioni accademiche ed essere coinvolti in ricerche cliniche e sanitarie. Tutto il personale e specie i medici sono tenuti ad un programma di Continuous Professional Development (CPD) e ad una rivalutazione per il rinnovo del contratto quinquennale di lavoro. Il contratto

dei dipendenti è unico ovunque essi siano impiegati (Ospedale, Poliambulatorio, Casa della Salute) e la quota variabile viene aumentata per i team che hanno i risultati migliori.

(*Margolius D. Less tinkering, more transforming. How to build successful patient-centered Medical Homes. JAMA Int Med 173, 1702–03, 2013*)

Expo 2015 sanità (All.B)

Istituzione e sperimentazione di un poliambulatorio-guardia medica territoriale

Riassunto

La presente proposta riguarda le prestazioni sanitarie urgenti ossia quelle rivolte a condizioni patologiche che, pur non mettendo a rischio la vita del paziente, gli provocano un disagio psicofisico marcato (dolori acuti di vario tipo, febbri elevate, etc.) e che richiedono un intervento sanitario rapido: i cosiddetti codici verdi e bianchi al *Triage*. Con l'aumento della popolazione di Milano previsto in occasione dell'Expo 2015, e conseguentemente del numero di tali condizioni, il rischio è che il già notevole carico di lavoro per i Pronto Soccorso ospedalieri della città cresca al punto di compromettere la loro capacità di assistere adeguatamente i pazienti in pericolo di vita (codici rossi). Qui si propone di sperimentare uno o due Poliambulatori-Guardia Medica di alto livello, aperti 24 ore al giorno per 7 giorni la settimana, che possano assorbire gran parte delle prestazioni sanitarie urgenti durante il periodo dell'Expo 2015 e, se efficaci, anche nel futuro della sanità milanese.

Premessa

L'Ente Expo ha preparato un piano preliminare che considera vari aspetti dell'organizzazione dell'evento, inclusa l'assistenza sanitaria (vedi *Allegato 1 “Programma azioni Lombardia per Expo 2015 - Tutela della salute”*).

Nell'attesa che il suddetto documento venga reso definitivo, onde evitare inutili duplicazioni, il Gruppo di Lavoro Expo Sanità della Commissione Sviluppo Sanità della Regione Lombardia costituito da: Girolamo Sirchia, Emilio Trabucchi, Alberto Zangrillo con la collaborazione esterna di Marco Campari, Alberto De Negri e Basilio Tiso, si è limitato a redigere la seguente proposta che riguarda le urgenze sanitarie, intese come situazioni che, pur non mettendo a rischio la vita, necessitano di un intervento tempestivo di diagnosi e cura per alleviare un serio disagio psicofisico del paziente. Non vengono invece considerate le emergenze (situazioni che mettono a rischio la vita del paziente).

I servizi sanitari a Milano nel periodo dell'Expo 2015

Dall'1 maggio al 31 ottobre 2015 Milano ospiterà l'esposizione internazionale Expo 2015. Questa è un'occasione preziosa per il rilancio della nostra città, delle sue bellezze, della sua storia, delle sue attività molteplici, del suo modo di vivere, dei suoi servizi. Milano è conosciuta nel mondo come una capitale degli affari e della finanza ma anche della moda, del design, del lusso. Ma Expo 2015 è anche l'occasione per rilanciare l'immagine e i valori di tutta l'Italia e in particolare del turismo colto e del *made in Italy*. Tutto ciò che è italiano piace al mondo intero: all'estero si pensa all'Italia come al Paese dove tutto è bello e dove la vita è dolce. Basta osservare la massa di persone sognanti che si radunano ogni giorno a Roma sulla scalinata di Trinità de' Monti o a Venezia lungo le calli, o a Firenze, Napoli, Palermo. E che dire della Scala di Milano che attira melomani da tutto il mondo. Expo 2015 quindi può essere un grande motore per il rilancio economico e politico del nostro Paese se, fra l'altro, si sapranno organizzare bene intorno all'evento i servizi della città di Milano e i pacchetti turistici che consentano ai visitatori di conoscere le peculiarità italiane. Si stima che questi visitatori saranno circa 21 milioni nel corso dei 6 mesi di Expo 2015 e dei periodi connessi, dei quali la gran parte Italiani e un 30% stranieri.

Tra i servizi indispensabili grande importanza riveste un servizio sanitario efficiente di alta qualità. Tra i visitatori vi saranno certo molti giovani ma anche anziani e persone affette da malattie croniche, quali i soggetti in trattamento dialitico per insufficienza renale, quelli con disabilità motorie e sensoriali o con

insufficienza respiratoria e cardiaca, con malattie neurodegenerative, ecc. Vi saranno inoltre donne anche gravide e bambini. Infine si verificheranno situazioni sanitarie di emergenza (ictus, infarti del miocardio, ecc.) e situazioni di urgenza (dolori al torace e all'addome, mal di denti, malesseri di vario tipo, febbri elevate, ecc.).

Si configurano pertanto tre tipi di necessità sanitarie per la persona:

- assistenza ordinaria per soggetti con patologie già note o sopravvenienti
- emergenze
- urgenze.

Le patologie urgenti

In base ai dati disponibili si può stimare che ogni giorno saranno presenti nell'area Expo 2015 mediamente 160.000 persone fra visitatori e operatori, e nella città di Milano quasi 2 milioni di persone (1.300.000 residenti, 400.000 pendolari che frequentano la città per lavoro prevalentemente nelle ore diurne, 200.000 visitatori Expo). Riteniamo che Expo 2015 sia l'occasione per migliorare l'assistenza sanitaria primaria a tutti coloro che sono presenti a Milano anche dopo la conclusione dell'evento. In base ai dati della Regione Lombardia si può calcolare che oggi nella città di Milano si registrano mediamente ogni giorno 1.500-2.000 urgenze (codici bianchi e verdi – 1 ogni 1.000 persone presenti) e 100 emergenze (codici gialli e rossi), che aumenteranno del 10% circa con l'afflusso dei visitatori Expo. Molte di queste acuzie afferiscono ai Pronto Soccorso ospedalieri (PS), la cui operatività è già ora molto intensa e richiederebbe un loro miglior collegamento con strutture di sollievo che consentano il trasferimento per ulteriori cure o la dimissione protetta, senza che i PS ospedalieri debbano addossarsi la responsabilità di dimettere il paziente per mancanza di letti di osservazione o di degenza ulteriore.

Un incremento dell'affluenza di pazienti urgenti (codici bianchi e verdi) ai PS ospedalieri legato all'Expo 2015 rischierebbe di compromettere seriamente le loro possibilità di trattare adeguatamente i pazienti in pericolo di vita. Noi crediamo che per evitare questo rischio sia utile approntare Poliambulatori-Guardia Medica aperti 24 ore al dì, sette giorni la settimana, e dotati di adeguate attrezature di diagnosi e cura, cui indirizzare i pazienti urgenti tramite un'adeguata campagna di comunicazione, che va estesa a tutta la città (alberghi, taxi, aeroporti, trasporti, ecc.) con un'informazione multilingue, coinvolgendo anche la Centrale Operativa del 118 che avrà un ruolo nel selezionare i casi da indirizzare al Poliambulatorio-Guardia Medica. Questi Poliambulatori-Guardia Medica dovrebbero essere idealmente contigui a un PS che con il suo *Triage* potrebbe utilizzarli per avviare i pazienti urgenti ma non di competenza del PS.

Ogni Poliambulatorio-Guardia Medica dovrebbe disporre in loco o tramite Pronta Disponibilità dei seguenti specialisti e servizi:

- internista (o generalista), chirurgo generale ed eventualmente anestesista
- cardiologo, neurologo, psichiatra, pediatra, ginecologo, odontoiatra, ortopedico, oculista, otorinolaringoatra
- laboratorio di urgenza e bioimmagine

con variazioni dettate di volta in volta dalla collocazione del presidio. La indispensabile presenza di specialisti nel Poliambulatorio-Guardia Medica comporta la realizzazione di studi medici dedicati nonché la disponibilità di strumentazione diagnostica specifica, che per ridurre i costi si dovrebbe utilizzare nell'arco della giornata, non solo per le prestazioni sanitarie urgenti, ma anche per assistenza ambulatoriale ordinaria. Nella prima fase della sperimentazione verranno dimensionati il numero degli specialisti necessari a rispondere al carico di lavoro ordinario e dell'urgenza e il *lay-out* della struttura.*

Il personale dovrebbe essere in prevalenza dipendente dal Servizio Sanitario Regionale (SSR) e derivare dall'accorpamento e riordino della rete ospedaliera (previsto dalla Regione Lombardia). Ciò non toglie che si possa e si debba impiegare anche altro personale operante nel SSR in base alle necessità in una logica di multidisciplinarietà e multispecialità. Il Poliambulatorio-Guardia Medica deve essere gestito da un Direttore

* **Nota.** Si può anche progettare che, accanto alla Guardia Medica, si possa sperimentare un “nuovo modello di presa in carico integrale della persona che garantisca una continuità di assistenza tra servizi territoriali e servizi specialistici ospedalieri e percorsi di cura o di accesso in servizi sanitari e socio-sanitari” (vedi Deliberazione della Regione Lombardia n. X/1185 in data 20/12/2013 - Allegato 1), definendo “un assetto organizzativo in grado di consolidare lo spostamento dell’asse di cura dall’Ospedale al territorio” (vedi Deliberazione della Regione Lombardia n. X/1185 in data 20/12/2013 - Allegato 1) nell’ambito della “sistematizzazione della rete degli operatori accreditati in ambito sanitario e socio-sanitario” (vedi Deliberazione della Regione Lombardia n. X/1185 in data 20/12/2013 - Allegato 1). Il Poliambulatorio-Guardia Medica potrà così eventualmente assumere, dopo l'Expo, anche il ruolo di Polo Territoriale che garantisca la “continuità assistenziale” e sia “in grado di generare una propria offerta e capacità di attrazione alternativa all’Ospedale e che, insieme all’Ospedale, crei il circuito virtuoso della continuità Ospedale territorio” (vedi Deliberazione della Regione Lombardia n. X/1185 in data 20/12/2013 - Allegato 1). Ad esempio potrebbe ospitare un Centro Diabetici o un Centro Dialisi in collaborazione con l’Ospedale di riferimento (*Healthcare for London. A framework for action (DOWNLOAD: <http://www.nhshistory.net/darzilondon.pdf>)*.

di dimostrata capacità ed esperienza manageriale in ambito sanitario, coadiuvato da personale sanitario e amministrativo esperto. Uno schema dell’organizzazione sopraesposta è riportato nell’*Allegato 2*. Il carico di lavoro di ogni simile struttura si stima possa aggirarsi intorno ad almeno 3.000 pazienti al mese. Potrebbe essere utile se essa disponesse di una Astanteria oltre che di uno stretto collegamento con Ospedali per il Pronto Soccorso e le eventuali degenze. Importante anche che sia dotato di uno sportello amministrativo per il disbrigo di pratiche inerenti.

Questi Poliambulatori-Guardia Medica sono analoghi ai cosiddetti “*Darzi walk-in centres*”¹ realizzati in Inghilterra, specie a Londra nel 2008 dall’allora Segretario di Stato per la Sanità *Lord Ara Darzi*. Questi *walk-in centres* hanno avuto un grande successo presso il pubblico, con un’affluenza quasi 3 volte superiore rispetto a quella prevista e con un costo medio di 1,1 milione di Sterline/anno, cioè assai più elevato di quanto preventivato². Ciò è probabilmente dovuto al fatto che a Londra solo una parte degli utenti paga la prestazione, giacché questa è gratuita per i pazienti che si sono registrati per le cure primarie presso questi centri anziché presso gli studi dei medici generalisti. Proprio per questo nel nostro modello prevediamo che i Poliambulatori-Guardia Medica siano accessibili a tutti i cittadini previo pagamento senza esclusioni di un ticket di 50 Euro che copra i maggiori costi di gestione, la formazione continua del personale, le attività di valutazione di qualità, efficacia e costo.

Recentemente i *walk-in centres* sono stati molto criticati dai medici generalisti inglesi che hanno sottolineato come, a fronte delle spese elevate, diversi centri non abbiano attirato pazienti. Al proposito tuttavia vanno considerati i seguenti punti:

1. i “*Darzi centres*” in attività in Gran Bretagna sono molto numerosi (oltre 350)
2. registrandosi per le cure primarie ai centri invece che agli studi dei medici generalisti i pazienti danno luogo a una concorrenza fra questi ultimi e i primi
3. i pazienti si dichiarano per lo più soddisfatti dei *Darzi centres*

A fine 2013 il Premier britannico *David Cameron* ha riproposto in via sperimentale l’accesso esteso (12 ore al dì 7 giorni su 7) alle prestazioni di Medici Generalisti, ricalcando l’iniziativa di *Ara Darzi*³. Anche *Clare Gerada*, Presidente uscente del *Royal College of General Practitioners* ha proposto di continuare l’azione del precedente Ministro della Sanità per superare la storica divisione tra Ospedale e Territorio, e inoltre di riunire in un’unica azienda i *provider* territoriali e l’Ospedale locale, ponendo così termine anche alla anacronistica figura dei medici territoriali convenzionati in favore di personale tutto dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale⁴. Nella nostra proposta il Poliambulatorio-Guardia Medica non si pone in concorrenza con i medici generalisti, ma al contrario funge da supporto al loro lavoro, coprendo le urgenze, operando negli orari e nei giorni non coperti dal loro servizio, fungendo da riferimento per approfondimenti diagnostici e di *second opinion*. Infine è bene prevedere nel Poliambulatorio-Guardia Medica la presenza del personale di continuità assistenziale per le visite domiciliari a pagamento.

Il presidio da noi ipotizzato è relativamente nuovo per Milano e per la Lombardia e deve quindi essere sperimentato su piccola scala con una sperimentazione euristica, cioè di valutazione e modifica cammin facendo in modo agile in rapporto alle esigenze rilevate. In via sperimentale si potrebbe iniziare con due Poliambulatori-Guardia Medica a Milano: Milano Centro e Milano Nord.

Guardia Medica Milano Centro. Questa avrebbe innanzitutto il vantaggio di essere raggiungibile in modo relativamente agevole da tutte le periferie milanesi. Essa potrebbe essere collocata presso il Policlinico di via Pace o, qualora ciò risulti inopportuno, presso le strutture ICP di via Rugabella, adeguatamente ristrutturate e riattrezzate. Il personale potrebbe essere quello dei Poliambulatori ICP, integrato con medici generalisti e di continuità assistenziale, infermieri, tecnici e amministrativi, ma anche con personale ospedaliero. L’Ospedale Policlinico sarebbe il naturale referente per il Pronto Soccorso e per tutti i restanti servizi sanitari e le degenze per adulti e bambini e per la donna, mentre l’Ospedale Gaetano Pini potrebbe costituire il riferimento ortopedico e reumatologico. Per quanto riguarda l’assistenza odontoiatrica, lo stesso Policlinico ed il vicino Centro Stomatologico di via Commenda costituirebbero un valido riferimento. Se necessario, a queste stesse strutture ospedaliere potrebbero afferire in un momento successivo anche altri Poliambulatori, come quelli di via Andrea Doria.

¹ Healthcare for London. A framework for action (DOWNLOAD: <http://www.nhshistory.net/darzilondon.pdf>) (Allegati 3,4,5,6)

² Torjesen I. Monitor investigates reasons behind closure of “popular” Darzi walk-in centres. BMJ 2013;346:f3570 (Allegato 7)

³ BMJ 2013;347:f5949 (Allegato 8)

⁴ BMJ 2013;347:f5911 (Allegato 9)

Guardia Medica Milano Nord. Potrebbe essere costituita da un presidio collocato all'interno dell'area espositiva, strettamente collegato ai vicini Ospedali di Garbagnate (e/o Bollate, e/o Rho) e Sacco, nel quale ultimo fra l'altro è già attivo un servizio di odontostomatologia esperto. Questo presidio di Milano Nord potrebbe così sopperire alle urgenze che si verifichino all'interno dell'area Expo 2015 e in un ampio settore al Nord di Milano.

E' importante che la sperimentazione tenga conto del fatto che:

- a. la Guardia Medica deve essere integrata non solo con i vicini Ospedali ma anche con strutture a bassa intensità di cura, da utilizzare come *buffer* per il trasferimento o la dimissione protetta di convalescenti e anziani. Altro importante *buffer* è un reparto di Astaneria-Osservazione;
- b. è necessario che questi presidi operino a pieno regime ogni giorno e per tutto l'arco della giornata, anche nei week end e nei periodi festivi, così da evitare gli inconvenienti dell'assistenza sanitaria che si osservano in questi periodi;
- c. il personale impiegato deve essere il più esperto e non solo il più giovane, giacché la pratica ambulatoriale è tra le più difficili attività di diagnosi e cura. Va da sé che al personale eccellente devono essere corrisposte retribuzioni adeguate e attrattive. Infine le attrezzature impiegate devono essere moderne ed efficienti.

Schema operativo per la Guardia Medica Milano Centro*

Alla luce di quanto esposto il presente Gruppo di Lavoro formula la seguente proposta operativa.

1. La Regione Lombardia, in accordo con altri interessati, delibera di istituire a scopo sperimentale una Guardia Medica Milano Centro, situandola in via Rugabella, o in via Pace, e collegandola in modo efficiente con gli Ospedali Policlinico e Gaetano Pini. Lo stanziamento iniziale è di Euro.....e potrebbe afferire al capitolo della ricerca organizzativo-gestionale di competenza regionale.
2. Il Capo Progetto della sperimentazione e Direttore del Presidio, almeno fino al termine della sperimentazione, deve essere persona di riconosciuta esperienza in ambito organizzativo e gestionale in sanità. Egli viene indicato nella persona del Dr. che riporterà direttamente all'Assessore alla Sanità della Regione Lombardia e sarà coadiuvato da un gruppo operativo di sua fiducia.
3. Il suddetto Gruppo operativo definirà nei dettagli l'organizzazione e le opere necessarie, il personale, le attrezzature, ecc. Preparerà un piano economico e un cronoprogramma e sottoporrà la proposta all'Assessore alla Sanità della Regione Lombardia per approvazione.
4. Nel piano dovranno essere affrontati fra gli altri, ma non solo, i seguenti punti:
 - a. tipo e numero di specialisti medici necessari. **Ribadiamo qui che il personale, specie i medici, deve essere molto esperto e deve essere formato, aggiornato e motivato ai nuovi compiti**
 - b. provenienza del personale
 - c. integrazione e collegamento con ospedali e ASL
 - d. attrezzature necessarie. **Ribadiamo qui che le attrezzature debbono essere di ultima generazione e ben manutenute**
 - e. modalità di acquisizione di personale e attrezzature
 - f. ticket fisso di accesso ed altre eventuali tariffe
 - g. collocazione presso la Guardia Medica dei medici di continuità assistenziale per le visite domiciliari e relative tariffe
 - h. campagna di informazione della popolazione in più lingue sull'esistenza e funzionamento della Guardia Medica, che dovrà prevedere anche il coinvolgimento della Centrale 118.

Conclusioni

Dato l'avvicinarsi del 2015 (circa 450 giorni all'inizio di Expo 2015!), è necessario che la sperimentazione organizzativo-gestionale inizi al più presto e si concluda nel 2014, aprendo la Guardia Medica alla cittadinanza milanese per verificarne il gradimento e la funzionalità. E' importante inoltre che si implementi un sistematico controllo di qualità ed efficienza che riguardi sia la parte tecnica delle prestazioni che la comunicazione (e l'accoglienza) con i pazienti. Al termine del 2014, in base alle valutazioni di qualità, efficienza e costo della sperimentazione, nonché del suo gradimento presso gli utenti, si potrà decidere se le Guardie Mediche vadano mantenute, se vadano replicate e in quale luogo. Si potrà anche valutare

* Nota. Analogi procedimenti potranno essere seguiti per dar vita al secondo presidio sperimentale Guardia Medica Milano Nord

l’opportunità di far partecipare all’iniziativa i privati, autorizzandoli alla realizzazione di Guardie Mediche a pagamento controllato senza oneri aggiuntivi di alcun tipo per la finanza pubblica, sottoposti a direttive e controlli regionali (si pensi a strutture tipo Ospedali privati, Centri Diagnostici, ecc.).

I presidi sanitari qui proposti potrebbero rappresentare un investimento pubblico stimolato dall’Expo 2015, ma destinato a migliorare l’assistenza sanitaria a Milano anche nel futuro, ed un modello di offerta utile anche per ulteriori riflessioni economiche e organizzative sulla sanità lombarda.

Stima dei tempi per garantire l’operatività del Poliambulatorio-Guardia Medica territoriale

1 Maggio 2015: apertura EXPO – La struttura sanitaria deve già essere operativa e rodata per evitare boomerang di immagine

- ➔ 1 mese: di rodaggio organizzativo (su pazienti residenti)

1 Aprile 2015: avvio dell’operatività della struttura

- ➔ 1 mese: *set-up* dell’organizzazione, delle attrezzature, degli arredi, ecc.

1 Marzo 2015: fine lavori di ristrutturazione/adeguamento della struttura

- ➔ 6 mesi: lavori di ristrutturazione; in parallelo: reclutamento del personale;

1 Settembre 2014: avvio lavori ristrutturazione

- ➔ 1 mese (+ Agosto): formalizzazione del contratto di appalto dei lavori (non ci sono i tempi per seguire le procedure previste per le gare europee. Occorre valutare la fattibilità amministrativa di procedere per estensione contrattuale con appaltatori di lavori già contrattualizzati per altre cose dall’azienda ospedaliera a cui appartiene la struttura prescelta. Questo vincolo, particolarmente rilevante, può condizionare la scelta del luogo)

1 Luglio 2014: avvio della formalizzazione del contratto con l’appaltatore dei lavori

- ➔ 1 mese: verifica amministrativa delle modalità giuridico/formali di estensione di contratti in essere con l’appaltatore dei lavori; in parallelo: prosecuzione di dettaglio dello Studio di Fattibilità organizzativo-gestionale

1 Giugno 2014: avvio della verifica giuridico/formale

- ➔ 1 mese: realizzazione del progetto architettonale di dettaglio; in parallelo: prosecuzione di dettaglio dello Studio di Fattibilità organizzativo-gestionale (es. *fine-tuning* del modello organizzativo nell’interazione con architetti + procedure di reclutamento del personale, definizione delle modalità formali di assegnazione alla struttura del personale necessario, strategia di comunicazione, procedure organizzative di dettaglio, ecc.)

1 Maggio 2014: termine della fase macro dello studio di fattibilità ed avvio della progettazione di dettaglio del *layout*

- ➔ 3 mesi: realizzazione dello studio di fattibilità con determinazione delle attività sanitarie da svolgere nella struttura, delle stime dei volumi, dei conseguenti dimensionamenti, dei flussi di pazienti, dei requisiti per il layout, stima dei ricavi, dei costi e degli investimenti. Individuazione delle strutture candidate ed analisi di coerenza con i requisiti emergenti dallo Studio di Fattibilità. Valutazione dei compromessi sostenibili tra *layout*, obiettivi sanitari e costi. Scelta finale della struttura.

1 Febbraio 2014: avvio operativo dello studio di fattibilità

- ➔ 10 giorni

Oggi

Allegati:

- Allegato 1** Tutela della salute e presidio sanitario
<https://girolamosirchia.files.wordpress.com/2014/01/allegato-1.pdf>
- Allegato 2** Ospedale Policlinico
<https://girolamosirchia.files.wordpress.com/2014/01/allegato-2.pdf>
- Allegato 3** A framework for action
<https://girolamosirchia.files.wordpress.com/2014/01/allegato-3.pdf>
(pagg. 1-12 e 87-106)
Healthcare for London
<http://www.londonhp.nhs.uk/healthcare-for-london>
N.B. da considerare come integrazione al precedente documento (tra pag. 12 e pag. 87)
- Allegato 4** NCT Policy Summary: Our NHS our future: NHS next stage review - interim report
<https://girolamosirchia.files.wordpress.com/2014/01/allegato-4.pdf>
- Allegato 5** Our NHS our future NHS Next Stage Review – interim report
<https://girolamosirchia.files.wordpress.com/2014/01/allegato-5.pdf>
- Allegato 6** Darzi's final report: what next for the NHS?
<https://girolamosirchia.files.wordpress.com/2014/01/allegato-6.pdf>
- Allegato 7** Torjesen I. Monitor investigates reasons behind closure of ‘popular’ Darzi walk-in centres. BMJ 2013;346:f3570
- Allegato 8** Iacobucci G. Cameron reveals plan for seven day access to GPs. BMJ 2013;347:f5949
- Allegato 9** Gerada C. It’s like the wild west in healthcare. BMJ 2013;347:f5911

Nuova Sanita' territoriale: le Aziende-Rete di Servizi Sanitari (All.C)

La popolazione guarda all’Ospedale come al più importante, se non l’unico, presidio cui fare ricorso per problemi di salute. Questa concezione è giustificata dal fatto che non siamo mai riusciti finora a far nascere nel territorio presidi ed organizzazioni che sappiano fornire alla popolazione altrettanta o maggiore sicurezza.

Tuttavia l’Ospedale come è oggi è superato. Infatti esso continua ad essere il presidio ideale per trattare le emergenze (cioè le condizioni acute che mettono a rischio la vita del paziente) e le degenze ordinarie che non possono essere trattate altrove, ma non è più il luogo ideale dove afferire per le patologie urgenti (cioè quelle che non mettono a rischio la vita del paziente, ma richiedono un intervento di diagnosi e cura pronto ed esperto) né per le patologie croniche, tipicamente le multi-morbilità degli anziani, che sono oggi la parte

preminente delle patologie, e che richiedono sia un intervento medico, sia un'assistenza sociale ed infermieristica il più possibile vicino al loro luogo di residenza.

Questi pazienti devono avere un medico di riferimento che li prenda in carico individualmente, li segua e li guidi nel loro percorso di salute con atteggiamento olistico, disponibilità e responsabilità, collaborato da altre figure professionali quali un case-manager che operi in modo proattivo, specialisti, infermieri e tecnici, assistenti sociali e relativi servizi di cura della casa e della persona. Ecco quindi che si configurano necessità nuove, e primariamente:

istituzione delle Case della Salute per i pazienti cronici con la collaborazione coordinata dei generalisti che operano individualmente nel loro studio;

istituzione di Poliambulatori Guardia Medica territoriali, analoghi ai cosiddetti Darzi walk-in centres, collocati possibilmente vicino ai DEAc), che supportino i medici generalisti per le patologie acute, per gli approfondimenti diagnostici, per la second opinion, per le attività fuori orario e per quelle domiciliari con i medici della continuità assistenziale, aperti 24 ore al giorno ogni giorno dell'anno e dotati di molteplici specialisti molto esperti (non quindi i neolaureatici) ed attrezzature da definire di volta in volta, a seconda delle esigenze locali;

collegamento dei presidi più sopra elencati tra loro e con ospedali locali, RSA e centri di riabilitazione riuniti in Aziende-Rete di Servizi Sanitari (ARS) che assumano la responsabilità di erogare in modo integrato i servizi che servono al paziente, nel luogo a lui più vicino e conveniente; servizi cioè centrati sul paziente e non su altri interessi, integrazione e continuità assistenziale, visione globale del malato e delle sue necessità socio-sanitarie in senso lato. Ogni ASL diverrebbe così l'Ente di programmazione e controllo di singole ARS dotate di poteri e responsabilità, cioè gli strumenti indispensabili per assicurare agli erogatori la possibilità di rispondere del proprio operato, sia nel bene che nel male. L'integrazione tra i vari professionisti operanti in ogni ARS con obiettivi comuni potrebbe alfine superare il dualismo ospedale-territorio con le sue barriere, consentire la crescita della medicina territoriale, favorire l'aggiornamento e la preparazione dei medici e degli altri sanitari, offrire al paziente un servizio migliore per quantità, qualità (appropriatezza accesso, sicurezza, esiti) a costi minori. Tra gli altri vantaggi il potenziamento della medicina interna e generale, che sta riducendosi in modo preoccupante a favore delle specialità e superspecialità, con la scomparsa di quel medico olista che funge da riferimento costante e guida del paziente nei suoi percorsi di salute. Grande vantaggio si potrebbe avere anche nella ricerca clinica e nell'affinamento culturale medico nel territorio, che potrebbe crescere ulteriormente se i medici territoriali potessero avere anche impegni accademici e incarichi universitari. Anche l'Ospedale potrebbe trarre vantaggio da un ripensamento organizzativo che preveda un internista a coordinare il percorso di diagnosi e cura del paziente, avvalendosi degli specialisti, ma evitando che il paziente debba cambiare reparto, essere riammesso dopo la dimissione e, se anziano, non ricevere quell'attenzione sanitaria e umana che i più illuminati internisti e geriatri propongono come innovazioni urgenti. Anche i Centri di Riabilitazione e le RSA infine non potrebbero che migliorare professionalmente integrandosi e partecipando alle iniziative della rete.

Un pensiero importante va rivolto alle RSA, che devono entrare a pieno titolo nella rete dei servizi sanitari sia per i degenzi di lungo termine che per i ricoveri di sollevo e le dimissioni di pazienti in convalescenza. Perché ciò accada è necessario che la qualità dell'assistenza nelle RSA migliori radicalmente, soprattutto nei seguenti ambiti: prevenzione delle infezioni; ulcere da decubito; uso di psicofarmaci; turn-over del personale, loro rapporto numerico con gli assistiti, loro preparazione e aggiornamento; prevenzione delle cadute; prevenzione di abusi e violenze sui ricoverati; riabilitazione. E' anche auspicabile che in questo settore delle lungodegenze si imposti ricerca ed innovazione, e che le RSA si colleghino ad Ospedali e relativi servizi in una logica di rete (Mody L et al. Keeping the "home" in nursing hoome. JAMA Intern Med 173, 917-18, 2013).

Ovviamente il successo di tutto il cambiamento proposto dipenderà dalla qualità delle persone, dalla loro preparazione e dalla loro motivazione. Un cambio sostanziale nel gestire il personale, sostenendolo e riconoscendone i meriti, senza quell'atteggiamento padronale che oggi purtroppo vige nelle nostre strutture

sanitarie; ma anche l'apertura della sanità a volontari e benefattori sono elementi indispensabili da considerare perché la sanità migliori davvero.

Il più soddisfatto dovrà però essere il paziente, che non deve più essere lasciato solo a cercare una soluzione ai suoi problemi di salute, che deve essere aiutato e seguito dopo la dimissione dall'ospedale: ad esempio nel caso di un ictus la sua ipertensione dovrà essere monitorata, la riabilitazione ben organizzata, il diabete ben regolato; egli deve trovare il medico quando ritiene di averne bisogno; non deve attendere settimane per ottenere le prestazioni sanitarie necessarie; non deve pagare una prestazione libero-professionale intramoenia per ricevere un po' di attenzione; egli ha diritto di ricevere attenzione e rispetto dalle strutture sanitarie, deve condividere gli interventi cui sarà sottoposto e non solo firmare un modulo spesso senza capire fino in fondo di che si tratta. Tutto questo potrebbe rappresentare Nuova Sanità.

Per ulteriori approfondimenti si rimanda a:

- a. "Salute e Sanità" di G. Sirchia e M. Campari (www.italiaeis.it)
- b. Royal College of Physicians. Future hospital commission. 2013.
www.rcplondon.ac.uk/projects/future-hospital-commission
- c. Roland M, Boyle AA. Urgent care in England. BMJ 2013;347:f7046

Gli standard delle prestazioni in sanità

Il Servizio Sanitario Nazionale è alimentato da risorse derivanti da varie voci di tasse e imposte. La maggior parte di questi finanziamenti afferisce alle Regioni che, dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, hanno di fatto l'esclusiva della organizzazione e gestione dei Servizi Sanitari nel loro territorio. Questa pressoché totale autonomia regionale ha fatto sì che i Servizi Sanitari organizzati dalle Regioni avessero tra loro cospicue differenze circa la quantità, la qualità e il costo dei servizi erogati; ciò ha costituito, in molte aree, la causa principale della migrazione dei cittadini verso altre regioni al fine di ottenere prestazioni migliori e più sollecite. Inoltre alcune Regioni hanno utilizzato i fondi sanitari anche per coprire altri settori della spesa pubblica e ciò ha comportato a sua volta una riduzione della qualità e della quantità dei Servizi Sanitari erogati.

Per porre un rimedio a queste disuguaglianze e ai disagi che esse provocano ai cittadini è necessario stabilire degli standard di quantità, qualità e costo dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ossia delle prestazioni sanitarie erogate a spese della finanza pubblica. Questo è stato previsto esplicitamente dall'art. 1, comma 169 della Legge 30 dicembre 2004 N. 311 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge Finanziaria per il 2005). In altri termini la legge prevede che in ogni area del Paese vengano erogati Servizi Sanitari che rispondono a requisiti minimi di quantità, di qualità e di costo: ad esempio lo standard definisce che l'intervento di bypass aorto-coronarico debba essere erogato in misura di non meno di 200 interventi per anno per milione di abitanti e che la sopravvivenza a 30 giorni debba essere superiore al 99%, con un costo che non superi € 4.000*. La definizione degli standard dovrebbe toccare al Ministero della Salute, cui compete anche di verificare con il suo servizio ispettivo e con la collaborazione delle associazioni di pazienti che gli standard vengano applicati e, nel caso ciò non accada, il Ministero dovrebbe intervenire con misure correttive.

La metodologia per definire gli standard parte dalla valutazione della realtà, lavoro che è stato fatto da Marco Campari per conto del Ministero della Salute nel 2007 (confronta: M. Campari. La variabilità dei consumi, riportato in G. Sirchia: "Spunti per una sanità migliore". Appendice A – girolamosirchia.org). Il lavoro tuttavia non è stato compiuto e non è più stato ripreso questo concetto fino ad oggi. Se si addivinisse alla realizzazione e controllo degli standard di quantità, qualità e costo dei Servizi Sanitari, i divari tra le Regioni sarebbero ridotti, non si verificherebbe più la riduzione impropria dei Servizi Sanitari erogati in alcune Regioni, la qualità sarebbe sotto controllo e anche il costo diverrebbe standard, eliminando quei divari per

* **Nota.** Il costo dell'infarto miocardico nel 2008 è stato in USA di \$ 6.000 (€ 4.300) comprese le complicanze a 30 gg. (Rosky DS at al. Growth in medicare expenditures for patients with acute myocardial infarction. A comparison of 1998 through 1999 and 2008. Jama Int Med 173, 2055-61, 2013).

cui, ad esempio, un presidio sanitario costa in alcune aree del Paese il doppio di quanto pagato da altre ASL. Questo in realtà sta accadendo per i costi: i costi standard, di cui si sta discutendo, altro non sono che l'applicazione del principio suddetto alla valutazione economica. Tuttavia non si parla ancora di standard di quantità e qualità, che sono assolutamente indispensabili per garantire il value for money e, con esso, che ogni cittadino, ovunque viva, goda degli stessi diritti in termini di assistenza sanitaria.

Accesso alla Sanità per Tutti

Nel 2012 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato una Risoluzione che invita i governi ad assicurare per tutti i cittadini una sanità per loro accessibile, elemento fondamentale di sviluppo dei popoli. Si è stimato che nel 2010 il 20-40% della spesa sanitaria è stata inutile, a causa dell'erogazione di servizi in modo non efficiente e sicuro o di prestazioni eccessive. Un servizio sanitario per tutti deve andare di pari passo con un miglioramento della qualità ed efficienza dei servizi resi. Il tutto si può riassumere in due obiettivi: 1) servizi centrati sui bisogni del paziente e 2) rapporto cordiale e corretto tra utenti e servizio sanitario, dando la massima attenzione e priorità alle cure primarie (o territoriali o di comunità), anche ricorrendo a personale non sanitario, incluso i volontari per dialogare con i pazienti nei punti di accesso. Importante è inoltre valutare la soddisfazione dei pazienti e ascoltare la loro voce, inclusi i reclami. I reclami devono arrivare a coloro che guidano le strutture di servizio, devono trovare risposta e devono essere considerati come una indispensabile e utile collaborazione dei cittadini per migliorare efficienza e qualità. Importante è anche la condivisione delle scelte di diagnosi e cura con il paziente: non si tratta di raccogliere firme su moduli di consenso, ma di lavorare insieme per assicurare al paziente il meglio di quanto oggi la medicina può offrire nel rispetto dei desiderata del malato. Parlarsi in amicizia significa ottenere risultati migliori e più graditi a costi minori: coinvolgere i pazienti come co-creatori di valore in sanità, non come riceventi passivi delle cure. I pazienti inoltre sono un'utile risorsa per consentirci di organizzare meglio i servizi sanitari, e con essi di motivare meglio anche gli operatori sanitari, la cui voce è altrettanto importante di quella dei pazienti.

(Mulley et al. Meeting the challenger of providing universal health coverage. BMJ 2013;347:f6485)

Riconfigurazione della sanità londinese

Il servizio sanitario a Londra verrà ridisegnato come segue:

1. i Dipartimenti di Emergenza (pazienti in pericolo di vita) vengono ridotti di numero
2. l'urgenza (pazienti con patologie urgenti, ma non in pericolo di vita) verrà affrontata con nuove Guardie Mediche (Darzi centres) aperte 24 ore al dì, 7 giorni la settimana
3. vi sarà un Trauma Centre al St. Mary's
4. verranno attivati nuovi Ospedali locali
5. verrà potenziata la chirurgia ambulatoriale
6. verrà potenziato il trattamento degli anziani fragili e dei pazienti psichiatrici affidandoli ad un medico responsabile per seguirli nel tempo e assicurare la continuità e l'integrazione delle cure.

(BMJ 2013;347:f6593)

Il Servizio Sanitario italiano. Luci ed ombre

(Riassunto del Rapporto Oasi 2013 presentato il 20 gennaio 2014 dal Cergas Bocconi)

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano:

1. è sobrio (spesa pro capite US\$ 2,418, assai meno degli altri europei avanzati, inclusa la Gran Bretagna). Nel 2012 la spesa sanitaria è aumentata rispetto al 2011 di solo 0,8%; l'aumento dal 2001 al 2010 è stato solo del 4,1%.
2. con un disavanzo in calo: 1 miliardo di Euro nel 2012, pari allo 0,9% della spesa pubblica corrente.
3. è appropriato: quarto per inappropriatezza dal basso rispetto ai Paesi europei.

Quali sono i problemi?

1. Ha investito troppo poco per tecnologia e infrastrutture (€ 59 pro capite).
2. Ha investito poco nella riorganizzazione dei servizi (necessaria per i cambiamenti epidemiologici) e nella sperimentazione di soluzioni organizzativo-gestionali nuove.
3. Le Regioni in Piano di rientro hanno tagliato su personale, farmaci, servizi al pubblico, con tagli lineari che non tengono conto di merito, qualità, importanza, ma lasciano intatte le ridondanze ad ogni livello e non incidono affatto sull'organizzazione (esempio piccoli Ospedali che non vengono trasformati in strutture intermedie e inseriti in Aziende-Rete, né chiusi).
4. Continua o peggiora il divario tra le Regioni per i servizi sanitari, con relativa migrazione dei pazienti (che si riduce per mancanza di mezzi di questi ultimi). Anche il socio-sanitario è in sofferenza. In sintesi le Regioni in Piano di rientro hanno dimostrato di non sapere migliorare la performance sanitaria, e hanno speso meno a spese dei malati e del personale. Mancando gli standard di quantità, qualità e costo dei servizi erogati e di un Ministero che rilevi le inadempienze è anche difficile un vero intervento correttivo, e viene così leso il diritto alla salute di alcuni cittadini.
5. Ritardati pagamenti ai fornitori, con conseguenze gravi sull'economia delle imprese fornitrice, aumento del contenzioso, gravi ritardi del sistema giudiziario che riduce la certezza del diritto e alla fine costi maggiori per la finanza pubblica (interessi da pagare, corruzione, contenzioso, ecc.).
6. Demotivazione del personale, le cui assenze sono un poco più elevate di quelle registrate in altri ambiti della Pubblica Amministrazione.
7. Continua a mancare un vero chronic disease management con presa in carico, continuità delle cure, rete di servizi di prossimità.
8. I contratti di lavoro sono molto rigidi e la quota variabile dello stipendio è quasi inesistente.
9. Centralismo regionale. La Regione non si limita a programmazione e controllo, ma pianifica rigidamente e gestisce, svuotando di significato le Aziende sanitarie che non sono autonome. Le nomine e gli appalti hanno inoltre una contaminazione politica inaccettabile.
10. Continuano gli sprechi (spese improduttive).

Cosa ci serve

1. Ridisegnare l'Welfare, riunendo assistenza sociale e sanitaria, incluse le strutture intermedie, in una rete di servizi socio-sanitari che poggi su Case della Salute e includa Ospedale locale, RSA, medici di medicina generale nel loro studio, e domicilio, con un efficace chronic disease management.
2. Realizzazione delle ARS (Aziende Rete dei Servizi Sanitari e Sociali), vigilate dalla ASL che deve valutare i risultati di quantità, qualità e costo dei servizi e applicare azioni correttive.
3. Istituire Poliambulatori-Guardia Medica per le prestazioni urgenti (lasciando solo le emergenze al Pronto Soccorso) e le visite domiciliari nei centri molto popolari, a supporto dei medici di medicina generale che operano isolati.
4. Aggiornare e motivare il personale con contratti meno rigidi, riconoscimento dei meriti, didattica e ricerca. Potenziamento delle capacità di management. Ripensare la libera professione dei medici in modo più liberale.
5. Investire in infrastrutture e tecnologia, ma anche in innovazione e ricerca sanitaria e in nuovi modelli di organizzazione e gestione.
6. Diminuire l'invadenza della politica in sanità, principalmente sottraendo alla politica le nomine.

Rapporto Oasi 2013 presentato il 20 gennaio 2014 dal Cergas Bocconi su
www.sossanita.it/doc/2014_01_OASI_Cap9_2013.PDF

La Sanità oggi

Too much care for some patients

Too little care for others

Wrong care for many

L'accesso tempestivo e comodo e l'accoglienza amichevole, la qualità, appropriatezza e sicurezza, il coordinamento, la continuità delle cure, il rispetto del paziente sono gli obiettivi prioritari per tutti i servizi sanitari dei Paesi Occidentali e si definiscono globalmente come “sanità centrata sul paziente”, cioè il paziente (e non altre figure o interessi anche se legittimi) deve essere l'obiettivo primario. Peraltro la perduta centralità dell'utente connota tutti i servizi pubblici, in modo più o meno grave. In alcuni casi si ha la fondata impressione che i dipendenti pubblici odino gli utenti, in quanto trasferiscono su questi ultimi l'avversione che si è in loro generata dalla cattiva gestione dell'Ente da cui dipendono e dalle persone al vertice nominate dalla politica.

Poca capacità, inerzia, inefficienza, impostazione burocratica, assenza di missione, continue rivendicazioni e scontri fanno sì che in Sanità a fronte di un aumento delle spese si ottengano servizi insoddisfacenti e persino danni alla salute degli utenti. E' necessario ripristinare i valori fondanti del nostro Servizio Sanitario Nazionale , con un piano strategico globale da attuarsi progressivamente con la tecnica dei piccoli passi. Per conseguire lo scopo, tuttavia, è necessario ottenere preliminarmente due risultati:

1. estromettere la politica dalla gestione quotidiana e spicciola della Sanità: non nomine politiche, ma persone di dimostrata capacità
2. eliminare l'inamovibilità del personale pubblico, introducendo criteri di riconoscimento del merito e dei comportamenti virtuosi anche in termini monetari.

Se questi due indispensabili prerequisiti saranno raggiunti, si potrebbero impostare le azioni elencate di seguito, che consistono in modifiche dell'Ospedale, ma soprattutto nel potenziamento dell'assistenza sanitaria e sociale del territorio, cioè fuori dall'Ospedale. Infine trasversale a tutta la sanità è la rimotivazione e qualificazione continua del personale sanitario, che è oggi mortificato sia nella sua professionalità che nel suo status sociale. Infatti con l'ingresso in Sanità di amministrativi e manager e con il crescente rilievo dell'economia rispetto ai bisogni del malato, i medici ed il restante personale sanitario sono stati progressivamente emarginati e non hanno in pratica più alcun potere decisionale, cosicché al medico, che rimane il vero riferimento del paziente, si addossa la responsabilità delle cure, ma senza i poteri di organizzare ed espletare al meglio tali cure. Egli oggi deve muoversi all'interno di un sistema rigidamente burocratico e ricco solo di vincoli e sanzioni, ma assai povero di capacità organizzativo-gestionale, autonomia, amore per la medicina e rispetto per il malato. Noi crediamo che la funzione del medico e del restante personale sanitario vada ripristinata attraverso alcune iniziative di riqualificazione e rimotivazione, quali:

1. organizzare i reparti clinici per ricoveri d'elezione in aree mediche e aree chirurgiche, affidando la gestione olistica del malato a specialisti in medicina interna e chirurgia generale, che convocheranno gli specialisti al bisogno, senza trasferire se possibile il paziente. Oggi infatti il frazionamento della prestazione tra diversi specialisti ha fatto perdere una visione unitaria del malato come persona
2. compattare gli Ospedali e gerarchizzarli in Ospedali locali e Ospedali di riferimento
3. modificare la medicina territoriale e legare gli Ospedali locali alle strutture territoriali (Case della Salute, Poliambulatori-Guardia Medica, Medici Generalisti, strutture intermedie di riabilitazione o di lunga degenza, domicilio assistito del paziente individuale o collettivo). Ciò può essere meglio ottenuto costituendo le Aziende-Rete dei servizi sanitari (vedi Allegato “Nuova Sanità territoriale: le Aziende-Rete di servizi sanitari”)
4. inserire le RSA nel sistema sanitario a carico del Servizio Sanitario Nazionale, migliorandone la qualità e utilizzandole però sia per ricoveri di convalescenza che per lungo degenza, collegandoli e integrandoli con gli altri presidi del sistema
5. motivare il personale sanitario, dotarlo di tutte quelle possibilità che sostengono la professionalità (aggiornamento, didattica, ricerca, carriera, remunerazioni adeguate, ecc.).

6. ridurre gli sprechi, investire nella qualità e nel suo miglioramento continuo, educare il pubblico all'uso dei servizi, ripristinare l'educazione alla salute e alla sanità
7. ridare al Ministero della Salute le funzioni sue proprie di garante della salute, con il compito di definire i servizi ed i costi standard che devono essere erogati in ogni area del Paese, verificando che essi vengano rispettati, intervenendo in caso contrario con misure correttive efficaci. Ma anche riportando in capo al Ministero stesso tutte le iniziative di salute pubblica, di prevenzione e di promozione della salute, di informazione e di marketing sociale per modificare i comportamenti del pubblico e per contrastare le iniziative commerciali che possono influire negativamente sugli stili di vita salutari.

(Baicker K, Levy I. *Coordination versus competition in health care reform. N Engl J Med* 369, 789-91, 2013)

ALLEGATO “Nuova Sanità Territoriale: Le Aziende-Rete di Servizi Sanitari” a pag. 16

Collaborare per gestire meglio

In Gran Bretagna il Segretario di Stato alla Sanità ha deciso di affiancare ai manager degli Ospedali che non raggiungono gli obiettivi stabiliti “supermanager” reclutati tra i medici esperti e i manager di industrie e di gemellare un Ospedale debole con un Ospedale eccellente, per reciproche consultazioni e collaborazioni, pubblicizzando i risultati in modo semplice e chiaro a beneficio dei cittadini.

(BMJ 2013;347:f5727)

Hub and Spoke

Oggi è di gran moda parlare di rete ospedaliera secondo il modello Hub and Spoke (Hub = mozzo centrale della ruota; Spoke = raggio della ruota). Hub: Ospedali di riferimento multispecialistici ad alta intensità di cura; Spoke: Ospedali locali più periferici a media-bassa intensità di cura, per i casi di media gravità, che trasferiscono i casi più complessi all’Ospedale di Riferimento.

Edwards commenta che:

1. Tutti coloro che sostengono il modello Hub and Spoke vogliono lavorare nell’Hub e non nello Spoke. Chi lavora nello Spoke è molto meno entusiasta del modello
2. Ci sono varie interpretazioni dello Spoke.

Evans risponde che vi sono vari modi di disegnare il modello perché one size doesn’t fit all; se nell’area c’è un solo o tanti Ospedali le cose sono diverse.

(Hawkes N. *Hospitals without walls. BMJ* 2013;347:f5479)

Nuove iniziative per misurare e promuovere qualità e sicurezza negli ospedali inglesi

La qualità negli Ospedali inglesi viene tradizionalmente valutata attraverso ispettori e uso di dati statistici. Le ispezioni però sono utili a due condizioni:

1. che gli ispettori siano esperti nell'ispezione
2. che i dirigenti sappiano utilizzare i risultati delle ispezioni

Nel definire la qualità di un Ospedale bisognerebbe considerare almeno 3 parametri:

- a. sicurezza
- b. esperienza del paziente
- c. efficacia della prestazione sanitaria

Di recente in Gran Bretagna si sono aggiunti altri parametri quale l'uso che è stato fatto dei parametri rilevati e la percentuale di morti evitabili sul totale delle morti rilevate. Inoltre è stata istituita la posizione di Ispettore Capo che viene conferita a medici esperti. Il successo dell'operazione "Valutazione della qualità" negli Ospedali inglesi sembra legato alle seguenti prossime azioni:

1. considerare anche l'efficacia delle prestazioni eseguite (oltre a sicurezza ed esperienza del paziente)
2. oltre al paziente, deve essere ascoltato il parere dello staff sanitario
3. la dirigenza deve dare priorità alla qualità oltre che all'economia e il compito deve afferire principalmente ai dirigenti medici

Bisogna al più presto istituire la carica di Direttore Centrale della qualità in Ospedale, e affidargli il compito di applicare le metodologie migliori, sviluppare in ogni ambito competenze tecniche e di relazione, studiare e ricercare soluzioni nuove ed efficaci per migliorare, esercitare leadership e motivazione su tutto il personale ospedaliero e soprattutto sui dirigenti. Questa figura di Direttore Centrale della Qualità è indispensabile perché l'Ospedale cresca nella cultura della qualità e della sicurezza, lasciando alle spalle esperienze e metodologie che non hanno dato finora risposte soddisfacenti né ai pazienti, né ai medici, né agli amministratori, in quanto si sono limitate ad esaminare singoli aspetti del problema, trascurandone la complessità ed i molteplici aspetti tecnici, professionali ed umani, con l'aggravante di essere utilizzate non per migliorare la realtà, ma per biasimare qualcuno e creare scandalo.

(Black N. – Time for a new approach to assessing the quality of hospitals in England. BMJ 2013;347:f4421)

Sostenere i servizi di urgenza ed emergenza

A fianco di ogni DEA (Dipartimento di Emergenza e Urgenza) bisogna predisporre un presidio ambulatoriale di cure primarie che operi ininterrottamente e che possa disporre di specialisti territoriali e/o ospedalieri, per le patologie urgenti che non comportino rischi per la vita e che oggi gravano sui DEA intasandoli. Il modello è stato proposto dalla Commissione Regionale per lo Sviluppo Sanità della Lombardia per Milano in occasione dell'Expo 2015 (vedi il mio blog <http://girolamosirchia.org/2014/09/10/expo-2015-sanita-2>) e oggi viene raccomandato dai Royal Colleges inglesi insieme ad altri 12 punti per alleggerire il lavoro dei DEA, in forma semplificata, ossia come puro e semplice ambulatorio dei Medici di Famiglia, che operi alla porta dei DEA, extra-orario per un adeguato numero di ore, possibilmente affiancato anche dai medici della continuità assistenziale e dagli specializzandi.

(BMJ 2014;349:g4654)

I piccoli ospedali locali

Da anni si continua a dire che i piccoli Ospedali locali devono essere chiusi in quanto poco sicuri e inadatti a fornire prestazioni aggiornate. Oggi si fa strada un diverso orientamento: i piccoli Ospedali locali, a vocazione prevalentemente geriatrica, possono rappresentare il cardine di una rete territoriale di servizi socio-sanitari assai utile soprattutto per i pazienti anziani che possono qui trovare utile assistenza vicino a casa, per ricoveri di sollievo e per evitare che essi debbano gravare su Ospedali ad alta intensità di cura, inadatti a trattarli adeguatamente. Diversamente dal passato, i piccoli Ospedali locali divengono così un presidio sanitario del medico di base, ed acquisiscono una funzione utile e dignitosa, che si può anche adattare ai bisogni delle comunità locali. Anche la Commissione Sviluppo Sanità della Regione Lombardia nel suo documento di riordino del Servizio Sanitario lombardo ha considerato con favore questa soluzione.

(*BMJ* 2014;348:g3662)

Sanità: opinioni che contano

1. Il ticket in sanità

L'utilità e l'efficacia del ticket sulle prestazioni sanitarie sono minime, mentre le conseguenze negative sono assai rilevanti

(*Appleby J. BMJ* 2014;348:g3944)

2. Each attempt to fashion a new order produces a new state of disorder

(*Gerade C, 2014 – BMJ* 21/672014)

3. Change physiology not anatomy of National Health System – Troppe riforme!

(esempio: *incentivi per migliori outcomes*)

4. Il nostro Servizio Sanitario Nazionale ha urgente bisogno di misurare la qualità* delle prestazioni e l'accesso al servizio, e quindi di raccogliere dati tempestivi ed affidabili. La metrica esiste (vedi Indicatori dell'OCSE o del WHO).

Se non si stabilisce in modo oggettivo la qualità delle prestazioni sanitarie erogate, rischiamo di sprecare denaro. Non basta fare di più, bisogna fare meglio.

(*Scott KW e Jha AK – Putting quality in the global health agenda. N Engl J Med* 371, 3-5, 2014)

5. Il problema del National Health Sysstem è un distress del personale. Il personale del National Health System è poco valorizzato e poco considerato dal pubblico e dai manager

* L'istituto di medicina ritiene che la qualità in sanità abbia 6 caratteristiche: prestazione sicura, efficace, efficiente, centrata sui bisogni del paziente, tempestiva ed equa

La professione medica

Il Burnout dei medici

Il benessere dei medici (fisico e psichico) è importante anche per i malati. Purtroppo metà circa dei medici soffre di burnout, caratterizzato da diminuzione di entusiasmo per il proprio lavoro, cinismo, senso di frustrazione. Le cause sono molteplici, ma spiccano lo stress lavorativo, la scarsa gratificazione del lavoro, la riduzione dello status sociale. E' necessario e urgente che coloro che guidano le strutture sanitarie mettano in atto nuove strategie per potenziare le motivazioni e l'empowerment dei medici e l'organizzazione del lavoro, per evitare norme sempre più stringenti e soffocanti, per riconoscere che i medici sono professionisti e non solo fattori produttivi e che devono avere spazi per l'aggiornamento e la ricerca. Nella nostra società il potere dei gestori e degli amministrativi è cresciuto al punto di marginalizzare i medici e diminuire il loro ruolo e ciò, a sua volta, ha generato sfiducia e aggressività nella popolazione e nella magistratura. Le conseguenze di queste politiche sbagliate le pagano purtroppo anche i malati: è noto infatti che solo un medico soddisfatto può rendere soddisfatti i pazienti. Ricordiamoci che i malati desiderano tre cose: un medico accessibile e preparato, che sia loro vicino umanamente e abbia disponibilità e tempo per dialogare.

(*Physician well-being. Addressing downstream effects, but looking upstream.JAMA Intern Med. 174, 533-34, 2014*)

L'ammissione alle specialità mediche in Gran Bretagna

In Gran Bretagna è in corso di sperimentazione un nuovo test di ammissione alle specialità mediche (specialty selection test, SST). Questo consta di due parti: 1) un test di problem solving, che mira a valutare le conoscenze cliniche, 2) un test di giudizio su situazioni, che mira a valutare i valori, l'integrità, la sensibilità e l'empatia, la capacità di lavorare in squadra e di sostenere pressioni psicologiche e lavorative. Il test si compone di 90 domande in tutto, che sono valutate per via automatica elettronica. Forse l'SST potrebbe utilmente sostituire il numero chiuso di ingresso alle specialità, perché ammettendo solo i migliori la selezione avverrebbe sulla qualità e non sulla quantità, qualità che può essere maggiore o minore aumentando o riducendo il livello di complessità delle domande.

(*Carr A e Irish B. The new specialty selection test. BMJ Careers 12 ottobre 2013, p. 10*)

Selezionare i futuri medici: il nuovo MCAT 2015 e il nuovo USMLE

Negli USA dal 2015 i giovani che intendono iscriversi a Medicina dovranno superare un Test di Ammissione al Medical College (MCAT) di nuova edizione. Il test vuole esplorare 4 distinti settori:

1. le competenze fondamentali richieste al futuro medico;
2. la capacità del giovane di ragionare in modo scientifico e ricercare informazioni credibili;
3. la capacità di integrare la scienza medica con le scienze del comportamento e i fattori socio-culturali che influenzano la salute;
4. la flessibilità a imparare continuamente studiando e lavorando, e la capacità di applicare le conoscenze alla pratica medica per il bene del paziente.

Il test è basato su scelte multiple ed analizzato con computer e presuppone che il giovane si prepari con molto impegno in ognuno dei 4 ambiti. A questo scopo alcune università (Harvard, Università del Texas e

del Maryland, ecc) organizzano corsi di preparazione per giovani che hanno superato l'esame di maturità al termine del liceo.

Ci si attende che il nuovo MCAT contribuisca a selezionare giovani che, da futuri medici, sapranno meglio affrontare i nuovi aspetti della professione, integrandola in un più ampio contesto umano e sociale.

Al termine del corso di laurea i giovani sosterranno un esame per ottenere la licenza medica (USMLE, United States Medical Licensing Examination) composto dalla valutazione di 4 settori: 1) scienze fondamentali, 2) capacità clinica, 3) conoscenza clinica, 4) gestione del paziente.

Anche l'USMLE è stato aggiornato nel tempo e quello in uso è la versione adottata nel 2009, ma il suo aggiornamento continua (vedi tabella).

Table. Current and Future United States Medical Licensing Examination (USMLE)					
	Step 1	Step 2, Clinical Knowledge	Step 2, Clinical Skills	Step 3	
Current USMLE					
Primary focus of content	Foundational science	Clinical science: emphasis on competencies leading to diagnosis	Clinical skills	Clinical science: emphasis on competencies in management	
Formats	MCQs	MCQs	Standardized patients	MCQs, CCS	
Timing ^a	End of 2nd year of medical school	4th year of medical school	4th year of medical school	Mid-1st to 3rd year of residency	
Recent key changes	All MCQs use a clinical or experimental vignette; interpretation of heart sounds; reduce number of medical "buzz words"	Interpretation of heart sounds; introduction of scientific abstracts and pharmaceutical advertisements	New communication and interpersonal skills scale; notes require integration of case findings; history checklist eliminated	Interpretation of heart sounds; introduction of foundational science and abstracts and advertisements	
Future USMLE^b					
Primary focus of content	Foundational science and clinical science: diagnosis and preventive care ^b	Clinical science: management; communication skills; EBM; patient safety; professionalism ^b	Clinical skills	Step 3A: Foundations of Independent Practice	Step 3B: Advanced Clinical Management
Formats	MCQs	MCQs, possibly CCS short cases	Standardized patients	Foundational science; communication skills; EBM; patient safety; professionalism	Clinical science: emphasis on competencies in management
Timing ^a	Unknown	Unknown	Likely 4th year of medical school	Mid-1st to 3rd year of residency	Mid-1st to 3rd year of residency
Key changes	Increase in clinical medicine content ^b	Emphasis on competencies other than patient care and medical knowledge; more emphasis on clinical skills ^b	Advanced communication (e.g., delivering bad news, counseling) ^b	Significant increases in EBM, foundational science, communication skills, and patient safety	More emphasis on clinical skills

Abbreviations: CCS, computerized case simulations; EBM, evidence-based medicine; MCQs, multiple-choice questions.

^a Time during the US medical education process when most students, graduates, or both sit for the examinations.

^b Step 1 and Step 2 changes will not occur before 2016 and these changes are tentative.

(Kirch DG et al. *The New 2015 MCAT. Testing competencies*. JAMA 310, 2243-44, 2013).

(Haist SA et al. *The evolution of the United States Medical Licensing Examination (USMLE). Enhancing assessment of practice-related competencies*. JAMA 310, 2245-46, 2013).



Fiducia nei medici e soddisfazione del paziente

In cima alla graduatoria per entrambe le voci risultano Svizzera e Danimarca nella classifica riportata da Blendon RJ et al (New Engl J Med 371, 1570-72, 2014) (vedi Tabella).

Non capisco perché l'Italia non è riportata.

Country	Attitudes about Doctors, by Country.*			
	All Things Considered, Doctors in Your Country Can Be Trusted (Strongly Agree or Agree)		Satisfaction with the Treatment You Received When You Last Visited a Doctor (Completely or Very Satisfied)	
	rank	% (95% CI)	rank	% (95% CI)
Switzerland	1	83 (81–85)	1	64 (61–67)
Denmark	2	79 (77–81)	2	61 (59–64)
Netherlands	3	78 (75–80)	11	47 (44–50)
Britain	4	76 (73–79)	7	51 (48–55)
Finland	5	75 (73–78)	9	49 (46–52)
France	5	75 (73–77)	18	38 (36–40)
Turkey	5	75 (73–77)	15	41 (38–43)
Belgium	8	74 (73–76)	5	54 (52–56)
Sweden	8	74 (71–76)	10	48 (45–51)
Australia	10	73 (71–76)	4	55 (52–58)
Czech Republic	10	73 (71–75)	16	39 (36–41)
Norway	12	72 (70–74)	5	54 (51–56)
Taiwan	12	72 (70–74)	27	17 (15–18)
Slovenia	14	70 (68–73)	14	44 (41–47)
South Africa	14	70 (68–72)	7	51 (49–54)
Portugal	16	69 (66–72)	23	26 (23–29)
Philippines	17	68 (65–71)	16	39 (36–42)
Israel	18	67 (64–70)	12	46 (43–49)
Germany	19	66 (64–68)	12	46 (44–48)
Slovakia	20	62 (59–66)	22	28 (24–31)
South Korea	20	62 (60–65)	24	25 (23–28)
Lithuania	22	61 (58–64)	28	13 (11–15)
Japan	23	60 (57–63)	20	30 (27–33)
Croatia	24	58 (56–61)	19	31 (28–34)
United States	24	58 (55–61)	3	56 (54–59)
Chile	26	56 (52–59)	25	23 (20–26)
Bulgaria	27	46 (43–49)	20	30 (27–33)
Russia	28	45 (42–48)	29	11 (9–13)
Poland	29	43 (40–46)	25	23 (21–26)

* Respondents who answered the satisfaction question “does not apply” were not included in the denominator. Countries are rank-ordered according to the percentage of respondents who said they strongly agreed or agreed that “All things considered, doctors in [your country] can be trusted.” Countries with the same rank were tied on that measure. CI denotes confidence interval. Data are from the International Social Survey Programme, 2011–2013.



Coordinamento e continuità di cura

La continuità di cura presso un unico medico di base è utile, ma è necessario che il medico di base sia il coordinatore del paziente ed utilizzi al bisogno anche specialisti, non essendo sempre l'unico medico in campo.

- Hussey PS et al. Continuity and the costs of care for chronic disease. *JAMA Intern Med* doi:10.1001/jamainternmed. 2014.245
- Chen LM and Ayanian JZ. Care continuity and care coordination. What counts? *JAMA Intern Med* 174, 749-50, 2014)

La responsabilità professionale del medico

Nel corso della sua vita professionale, il medico deve oggi confrontarsi con tre realtà relativamente nuove, che si sono realizzate e affermate negli ultimi decenni: una giurisprudenza ad hoc, un incremento significativo dei procedimenti di rivalsa per colpa e dei relativi risarcimenti, un diverso status sociale del medico che incide a sua volta sull'alleanza tra medico e paziente.

1. UNA GIURISPRUDENZA AD HOC. Osserva il magistrato romano Dr. Marco Rossetti nel Quaderno del Massimario su Responsabilità Sanitaria e Tutela della Salute, Ufficio del Massimario, 2011, edito dalla Corte Suprema di Cassazione, che, contrariamente al passato, allorquando il medico era il dominus e operava per conto del paziente per il suo bene secondo scienza e coscienza senza la necessità del suo consenso, oggi si ritiene che il dominus sia il paziente, mentre il medico e il Servizio Sanitario Nazionale sono prestatori d'opera e di servizi di cui egli si avvale per tutelare o ripristinare la sua salute.

In questa veste il medico non può prendere iniziative di cura che non siano condivise dal paziente, in quanto quest'ultimo è titolare di due diritti costituzionali: diritto alla salute e diritto all'autodeterminazione (artt. 2, 13, 32). A questa svolta epocale hanno certo contribuito un servizio sanitario ad impronta pubblica e socialista e l'incremento enorme della tecnologia e della specializzazione dei medici, per cui il paziente non ha più solo un medico che si prende cura di lui, ma un insieme di figure professionali che egli più spesso non può scegliere e che ruotano su di lui determinando, di fatto, una sempre maggiore "spersonalizzazione" del rapporto, che si incentra più sulla struttura di riferimento piuttosto che sul medico "di fiducia". In questo mutato contesto relazionale è mutato, conseguentemente, anche il concetto di responsabilità professionale dei medici e la giurisprudenza è venuta elaborando negli anni nuove regole ad hoc per la responsabilità medica, considerata oggi come un sottosistema della responsabilità civile.

Come sottolinea Marco Rossetti (vedi sopra), si consideri infatti che:

(a) mentre secondo i principi generali del diritto civile l'onere di provare l'esistenza della colpa del danneggiante incombe sul danneggiato; nel caso della responsabilità medica la giurisprudenza ritiene che il paziente possa invocare la presunzione di colpa, anche quando non sia stato concluso nessun contratto tra quest'ultimo e il medico. Attualmente sembra sia in corso un ripensamento di questa posizione, innescato dal cosiddetto Decreto Balduzzi 2012 (D.L. 158/2012 e Legge 189/2012) e recentemente rafforzato da una sentenza emanata dal Tribunale di Milano il 17 luglio 2014. Questa sentenza si discosta dalla sentenza N. 589/1999 (e da altre seguenti, inclusa quella di Cassazione n. 4030/2013, che ne hanno ricalcato l'impostazione fino a farne una prassi corrente, una vera e propria "giurisprudenza normativa" secondo il Presidente Giorgio Santacroce) che ha riportato l'obbligazione del medico nell'ambito della responsabilità contrattuale imponendo di conseguenza al medico l'onere della prova di non colpevolezza. La sentenza del Tribunale di Milano afferma che il paziente che si ritiene danneggiato deve produrre prova della colpevolezza del medico e/ o della struttura e chiedere il risarcimento entro 5 anni per il medico (non più 10 anni come era in uso fino ad oggi) ed entro 10 anni se il risarcimento si chiede alla struttura sanitaria. Oggi è fondamentale che il legislatore intervenga a chiarire la situazione per evitare che il medico riceva trattamenti differenti a seconda del Tribunale dove sia convenuto in giudizio (cfr. Occorsio V. e Pittella D., Il Sole 24 Ore, 15 ottobre 2014, pag. 44).

(b) in base alla prevalente interpretazione delle disposizioni contenute nel codice penale disciplinanti il nesso di causalità materiale che deve sussistere tra la condotta illecita e l'evento di danno, quest'ultimo si può ritenere “causato” dal danneggiante quando vi sia la prova positiva che, senza la condotta del responsabile il danno non si sarebbe prodotto; nel caso di responsabilità medica, invece, la giurisprudenza ritiene configurabile l'esistenza del nesso causale anche quando vi sia incertezza circa l'effettiva causa del danno, a condizione che il medico abbia posta in essere una condotta astrattamente idonea a causare il danno;

(c) è altresì principio generale, in tema di responsabilità civile, che il danneggiante non possa rispondere dei danni quando nella sua condotta non siano ravvisabili profili di colpa; in tema di responsabilità medica, tuttavia, la giurisprudenza ha spostato a monte la valutazione in termini di colpa della condotta del medico, esigendo non soltanto che sia diligente l'esecuzione dell'intervento, ma anche che il paziente sia diligentemente informato della natura e dei rischi della prestazione medica; con la conseguenza che, in difetto di informazione, il medico potrà essere chiamato a rispondere delle conseguenze sfavorevoli dell'intervento;

(d) un quarto, apprezzabile scostamento del “sistema” della responsabilità medica rispetto ai principi della responsabilità civile è rappresentato dall'estensione della colpa per omissione. In ambito extracontrattuale, ognuno ha l'obbligo di astenersi dal violare l'altrui sfera giuridica (*neminem laedere*), ma nessuno può essere costretto ad attivarsi per preservare gli altrui beni. Il medico, invece, anche quando opera al di fuori di un rapporto contrattuale, è tenuto a conformare la propria condotta agli stessi principi di correttezza e buona fede che presiedono all'adempimento delle obbligazioni contrattuali, ed ha l'obbligo di attivarsi, anche ben oltre il limite dell'apprezzabile sacrificio, per accettare e curare non solo le patologie per le quali sia stato ricoverato, ma anche qualsiasi altra patologia dalla quale il paziente sia affetto, ove obiettivamente riscontrabile.

Tabella. Differenze tra la “responsabilità medica” e la responsabilità civile generale (di Marco Rossetti, vedi testo)

	Responsabilità civile (generale)	Responsabilità medica
Prova della colpa	Incombe sull'attore	La colpa del medico si presume <i>ex art. 1218 c.c.</i> anche in assenza di un contratto
Prova del nesso causale	Incombe sull'attore, secondo le regole della “causalità umana” <i>ex artt. 40 e 41 c.p.</i>	Il nesso causale tra condotta del medico e danno si presume, quando il sanitario abbia tenuto una condotta astrattamente idonea a causare il danno, anche in assenza di certezze circa l'effettiva eziogenesi dell'evento dannoso
Accertamento della colpa	E' necessario dimostrare che la condotta negligente, imperita o imprudente sia stata causa del danno	Può bastare a radicare un giudizio di colpa l'omissione di informazione al paziente, a nulla rilevando che l'intervento sia stato diligentemente eseguito
Contenuto del <i>neminem laedere</i>	Astenersi da violare l'altrui sfera giuridica	Attivarsi per diagnosticare e curare i mali diversi da quelli per cui ha avuto inizio la terapia, secondo le regole della responsabilità contrattuale

La tabella riassume le differenze tra responsabilità civile generale e “responsabilità medica”. Non basta quindi che l’atto medico sia diligente, ma è necessario che il paziente sia informato, ossia che ne conosca i dettagli per poter dare o negare il consenso.

La diligenza del medico non vuol dire che egli debba eseguire una terapia piuttosto che un’altra, ma che il suo comportamento sia stato diligente, ossia adeguato per attenzione e preparazione professionale. Per non essere colpevole il medico deve comportarsi come un bravo medico.

Può dunque concludersi che, per la Corte di Cassazione, il medico “medio” di cui all’art. 1176, comma 2, c.c. da utilizzare come termine di paragone per misurare il livello di diligenza esigibile, non è un medico mediocre ma al contrario deve essere un medico bravo, anzi, molto bravo: un medico che si aggiorna, che va ai convegni, che studia, che si preoccupa della sorte del cliente anche quando non è tenuto ad essere presente in ospedale, che consiglia al paziente tutte le alternative terapeutiche possibili e ragionevoli.

Per il diritto quindi l’asticella della diligenza professionale minima, ex art. 1176 comma 2, c.c., per il medico è collocata (giustamente) molto, ma molto in alto, e non sarà superfluo ricordare che questo approdo è stato il frutto di una evoluzione risalente, difficile e spesso ostacolata.

Oggi non solo si ammette che qualsiasi scelta terapeutica del medico sia sindacabile dal giudice, ma si ritiene che anche modesti errori possano essere fonte di responsabilità.

È però anche doveroso oggi riconoscere che questa straordinaria evoluzione delle regole di giudizio in materia di responsabilità medica ha riguardato solo ed unicamente l’attività sanitaria. Ancora oggi, infatti, al di là delle affermazioni di principio nei giudizi di responsabilità civile a carico di altri professionisti (penso, ad esempio, a magistrati ed avvocati), la giurisprudenza si è mostrata incline a valutare con particolare mitezza i profili di colpa di questi ultimi.

Il consenso informato

Le norme in vigore indicano quanto segue:

- il medico ha l’obbligo di informare sempre e comunque il paziente, tenendo conto delle sue capacità di comprensione ed adottando forme adeguate quando l’informazione ha ad oggetto una prognosi infausta: tale obbligo viene meno nel solo caso in cui il paziente chieda espressamente di non essere informato;
- l’informazione sub (a) deve risultare per iscritto;
- dinanzi al dissenso alle cure manifestato da un paziente capace d’intendere e di volere il medico deve astenersi dall’intervenire;
- se il paziente è incapace di intendere e di volere, il medico deve:
 - intervenire sempre nei casi d’urgenza;
 - “tenere conto” della volontà precedentemente manifestata dal paziente, a condizione che tale volontà sia stata espressa “in modo certo e documentato”;
 - astenersi da ogni accanimento terapeutico;
 - infine, nel caso di malati terminali ed incoscienti, il medico deve “proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile evitando ogni forma di accanimento terapeutico. Se il sostegno vitale include anche l’idratazione e l’alimentazione è ancora oggetto di discussione.”

Oggi la giurisprudenza afferma espressamente che l’obbligo del consenso sussiste non solo in relazione alla necessità di intraprendere interventi devastanti o complessi, ma per ogni attività medica che possa comportare un qualche rischio: quindi il medico ha l’obbligo di informare il paziente sia quando intende compiere attività chirurgica sia quando intende compiere esami diagnostici o strumentali.

L’informazione fornita deve essere completa (Corte di Cassazione, sentenza n. 19731 del 19 settembre 2014) e comprendere, in particolare:

- la natura dell’intervento o dell’esame (se sia cioè distruttivo, invasivo, doloroso, farmacologico, strumentale, manuale, ecc.);
- la portata e l’estensione dell’intervento o dell’esame (quali distretti corporei interessi);
- i rischi che comporta, anche se ridotti (come effetti collaterali, indebolimento di sensi od organi, ecc.);
- la percentuale verosimile di successo ;
- la possibilità di conseguire il medesimo risultato attraverso altri interventi, ed i rischi di questi ultimi;
- le eventuali inadeguatezze della struttura ove l’intervento dovrà essere eseguito.

Occorre infatti evidenziare che il dovere di informazione che ricade sul medico non si limita solo all'atto terapeutico o chirurgico che deve essere realizzato e condiviso, ma si estende anche alle carenze ed inefficienze della struttura in cui il medico opera e alla quale si è rivolto il paziente: sul punto la Corte di Cassazione nel 2004 e nel 2011 ha avuto modo di precisare che il medico ha il dovere di informare il paziente anche delle eventuali carenze e/o inefficienze della struttura; altrimenti si determina un vizio nell'informazione che determina il vizio del consenso rilasciato dal paziente.

Il giudice di legittimità ha dunque posto criteri rigorosi all'obbligo di informazione; esso comprende tutti i rischi prevedibili, anche se la loro probabilità è minima, mentre non comprende i rischi anomali, cioè quelli che possono essere ascritti solo al caso fortuito.

È quindi in colpa (da inadempimento contrattuale) sia il medico che non fornisca al paziente le necessarie informazioni, sia quello che le fornisca in modo insufficiente o errato.

Il consenso, inoltre, deve essere continuato. Esso non può essere prestato una tantum all'inizio della cura, ma va richiesto e riformulato per ogni singolo atto terapeutico o diagnostico, il quale sia suscettibile di cagionare autonomi rischi.

Infine deve escludersi che l'informazione (e quindi il consenso che su essa si fonda) possa essere data a persona diversa dal paziente, quando questi sia maggiorenne e capace.

Il problema del rapporto tra completezza dell'informazione e tutela psichica del paziente è stato affrontato dal Comitato Nazionale per la Bioetica che, in un proprio studio del 20.6.2002 dedicato a "Informazione e consenso all'atto medico", ha fissato due linee guida; "(a) il curante deve possedere sufficienti doti di psicologia tali da consentirgli di comprendere la personalità del paziente e la sua situazione ambientale, per regolare su tali basi il proprio comportamento nel fornire le informazioni; (b) le informazioni, se rivestono carattere tale da poter procurare preoccupazioni e sofferenze particolari al paziente, dovranno essere fornite con circospezione, usando terminologie non traumatizzanti e sempre corredate da elementi atti a lasciare allo stesso la speranza di una, anche se difficile, possibilità di successo".

Il consenso pertanto:

- deve essere completo
- deve essere continuo
- deve essere personale e non delegabile
- deve tenere conto della pietas

Il medico ha una grave responsabilità: conciliare tutto questo.

Se non c'è consenso valido, il medico è ritenuto colpevole di ogni esito negativo dell'intervento di cura a prescindere. E' questa una grave penalizzazione oggi solo di poco abbandonata.

Spetta al medico la prova di aver adeguatamente informato il paziente in tutti i suoi aspetti. Quindi è bene che tutto avvenga per iscritto.

La Corte ha articolato il seguente sillogismo:

- l'obbligo gravante sul medico di informare il paziente ha natura contrattuale, e la sua violazione costituisce perciò inadempimento (art. 1218 c.c.);
- colui il quale chieda, in giudizio, il risarcimento del danno da inadempimento di un obbligo contrattuale, deve provare solo l'esistenza del contratto, mentre spetterà al convenuto dimostrare o di aver adempiuto, ovvero che l'inadempimento non è dipeso da propria colpa;
- ergo, nel giudizio per il risarcimento del danno alla salute, asseritamente causato dall'imperizia del medico, deve essere quest'ultimo a provare di aver adempiuto all'obbligo di informazione.

Il diritto del paziente a rifiutare le cure

La sentenza di Cass. 23.2.2007, n. 4211 fissò tre principi:

- il paziente può legittimamente rifiutare le cure;
- il dissenso alle cure deve essere inequivoco ed attuale;
- il dissenso precedentemente manifestato non impedisce al medico di effettuare cure salvavita quando ricorrono tre condizioni:
 - sia peggiorato il quadro clinico del paziente;
 - il paziente non sia in grado di manifestare la propria volontà;
 - possa ragionevolmente presumersi che, se fosse stato informato, il paziente non avrebbe confermato il dissenso.

Tale orientamento è stato successivamente ribadito dalla importante decisione pronunciata da Cass.

16.10.2007, n. 21748: dinanzi ad un paziente che rifiuti le cure dopo essere stato non solo informato, ma anche inutilmente indotto a recedere dal proprio intento, il medico deve astenersi dall'intervenire. Nella

stessa decisione è stato affrontato il principale problema connesso alla liceità del rifiuto di cure salvavita: a chi spetti esprimere tale rifiuto quando il paziente sia incapace di intendere e di volere.

Alle decisioni che precedono si è recentemente aggiunta quella pronunciata da Cass. 15.10.2008 n. 23976, la quale ha ribadito il principio secondo cui il paziente ha sempre il diritto di rifiutare le cure mediche che gli vengono somministrate, anche quando tale rifiuto possa causarne la morte, precisando che il dissenso alle cure mediche, per essere valido ed esonerare così il medico dal potere-dovere di intervenire, deve essere espresso, inequivoco ed attuale: non è sufficiente, dunque una generica manifestazione di dissenso formulata ex ante ed in un momento in cui il paziente non era in pericolo di vita, ma è necessario che il dissenso sia manifestato ex post, e cioè dopo che il paziente sia stato pienamente informato sulla gravità di rifiutare le cure anche quand'anche venisse a trovarsi in pericolo di vita.

2. LA RESPONSABILITA' PENALE E RELATIVI RISCARCIMENTI. Osserva il Professor Avvocato Paolo D'Agostino dell'Università di Torino (comunicazione personale, 2014): occorre registrare che, a fronte di una sempre maggiore esposizione della classe medica (e, più in generale, sanitaria), alla responsabilità civile si è contrapposta una radicale riduzione delle condanne penali per i casi di malasanità. Sul punto basti segnalare il rapporto fatto dalla Commissione parlamentare di inchiesta della Camera su "errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali" nel periodo 2009-2012 che, se da un lato ha evidenziato come negli ultimi anni si sia assistito ad un incremento dei procedimenti penali per casi di presunta malasanità, dall'altro solo in pochissimi casi si è giunti ad una condanna del sanitario. Lo studio ha rilevato che i procedimenti per lesioni colpose a carico di personale sanitario sono 901 e rappresentano circa l'1,68% sul totale dei 53.741 procedimenti per lesioni colpose nelle circa 80 Procure della Repubblica valutate. In particolare 85 si riferiscono ad episodi registrati durante la gravidanza. I procedimenti per omicidio colposo a carico di personale sanitario sono 736. Rappresentano l'11,8% del numero complessivo di 6.586 procedimenti per omicidio colposo nelle circa 90 Procure della Repubblica valutate.

Dall'analisi della commissione si rileva inoltre una notevole differenza tra la percentuale dei casi riferibili a ipotesi di colpa professionale: l'1,68% per le lesioni e ben l'11,18% per l'omicidio. "Differenza che – spiega la commissione – potrebbe esser dovuta al fatto che, nel secondo caso, la lesione è più facilmente rilevabile perché il passaggio da uno stato di integrità fisica alla 'malattia' è netto e, allo stesso tempo, è più semplice ricostruire il nesso causale con una condotta colposa".

Anche se sono pochi in termini assoluti i procedimenti per lesioni colpose (85) e i procedimenti per omicidio colposo (75), riferibili alla gravidanza e al parto, essi risultano tuttavia più rilevanti in termini percentuali (circa il 10%). E l'analisi evidenzia che le Procure in cui la media nazionale viene superata sono tutte al Sud, con prevalenza delle regioni Campania e Calabria, "anche se – sottolinea la commissione – a bilanciare questo dato concorre la circostanza che alcune eccellenze (Procure in cui la percentuale di sinistri è inferiore alla media nazionale) sono anch'esse nelle regioni meridionali (es. Bari, Caltanissetta, l'Aquila, Lecce)".

Ma i problemi della sanità italiana non si esauriscono nei casi di presunto errore a danno al paziente.

Incongruenze e malagestione evidenti impegnano grandemente la Magistratura. Infine il Presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta rileva: "Crescono le denunce per malpractice e, di conseguenza, – aggiunge – cresce la medicina difensiva da parte dei medici che cercano così di autotutelarsi, visto che il sistema assicurativo spesso preclude loro la possibilità di stipulare polizze. Un problema evidenziato di recente da ostetrici e ginecologi italiani, che subiscono una mancanza di politiche di tutela nei loro confronti, al punto da esser spinti ad uno sciopero, mai verificatisi in precedenza".

La materia è oggi assai attuale e diverse sono le proposte per risolvere il problema. Alcuni auspicano che le Regioni o lo Stato organizzino e gestiscano un sistema assicurativo e che venga rideterminato e imposto un tetto all'ammontare dei risarcimenti, oggi ancora troppo elevati.

3. LO STATUS SOCIALE DEL MEDICO E IL RAPPORTO CON I PAZIENTI.

La "statalizzazione" della sanità, nata nel 1978 con la creazione del Servizio Sanitario Nazionale (L. 833/1978), ha indubbi vantaggi: copertura universale, gratuita (o quasi) al punto di erogazione dei servizi, relativamente poco costosa e quindi sostenibile. Per contro essa ha trasformato gran parte dei medici in dipendenti pubblici (o analoghi), ivi compresi i medici convenzionati che oramai sono ad essi assimilabili. Si è così molto spersonalizzato il rapporto medico – paziente; in molti casi il paziente non sceglie più il medico (o la sua è una scelta condizionata dalla possibilità di accesso). Il paziente inoltre è spesso diffidente nei confronti del medico e cerca verifiche rivolgendosi ad altri medici, ai conoscenti, alla stampa, alla rete internet. Confuso dalla massa di informazioni e dalla pubblicità che lo bombarda, privo di un riferimento medico certo, impressionato dalla cattiva stampa che affligge la sanità, finisce spesso per decidere male, per

rifugiarsi in pratiche mediche o pseudo-mediche inutili o nocive. Sul versante del medico, questa situazione crea demotivazione. A ciò si aggiunga che per i medici dipendenti (specie ospedalieri) il loro ruolo si è progressivamente marginalizzato: oggi il governo del sistema è affidato ad una dirigenza amministrativa di nomina politica, e quindi spesso ad una scelta basata sull'appartenenza piuttosto che sul merito.

In uno stato di sudditanza più o meno pesante, il medico ospedaliero oggi è vincolato nelle scelte (si pensi all'organizzazione del lavoro e dei servizi, agli acquisti di farmaci e presidi sanitari, alle scelte del personale, ecc.), pur mantenendo la responsabilità piena del suo operato: l'indissolubile binomio potere-responsabilità è stato rotto e troppo spesso chi risponde non decide e viceversa.

Il peso di mansioni improvvise di tipo burocratico e di responsabilità unitamente alla demotivazione e alla diminuzione dello stato sociale sono causa del burn-out che oggi affligge molti medici.

Conclusioni

A questo punto è doveroso fare un bilancio ovvero valutare dal punto di vista del paziente e dei suoi interessi se l'attuale situazione è soddisfacente, ovvero se l'equilibrio tra garanzie per il cittadino ed efficienza dell'assistenza sanitaria è rispettato. Scrive Marco Rossetti nel succitato Quaderno del Massimario 2011: "Ogni sistema organico di norma, come quello della responsabilità civile, deve perseguire un giusto equilibrio tra garanzia ed efficienza. Norme troppo garantiste verso il convenuto compromettono l'efficienza del sistema, ma per contro norme marcatamente volte a velocizzare e semplificare il processo compromettono le garanzie del convenuto".

In tema di responsabilità medica, per lunghi anni l'interpretazione giurisprudenziale ha privilegiato l'effetto di garanzia per i medici su quello di efficienza: ad esempio concependo il medico come dominus del rapporto col paziente ed unico titolare del diritto di scelta terapeutica, addossando al paziente l'onere della prova della colpa del sanitario, concependo in modo ampio la nozione di intervento di "speciale difficoltà" e la conseguente limitazione di responsabilità ex art. 2236 s.c.

Agli inizi degli anni '90 è iniziata una revisione di questa vecchia impostazione, che ha portato ad una progressiva riduzione dei tempi di garanzia per i medici, a beneficio di quelli di efficienza. E' giunto ora il momento di chiedersi se questo processo non abbia a sua volta passato il segno, comprimendo le garanzie del convenuto al di sotto del minimo accettabile.

Un sistema così concepito, a mio modesto avviso, non è più un sistema di responsabilità per colpa, ma un sistema di responsabilità "di posizione", dove il sanitario finisce per rispondere dell'insuccesso dell'intervento per il solo fatto di rivestire la qualifica di sanitario".

Dal punto di vista della clinica il problema andrebbe attentamente riconsiderato, perché non credo che stiamo facendo il bene del paziente, che oggi vediamo esposto in un mondo che lo ha privato di un riferimento certo per la sua salute. Egli deve decidere facendo scelte che non sa fare ed è esposto ad un bombardamento mediatico che spesso lo induce a fare scelte contrarie al suo bene.

Anche la scelta del medico o della struttura sanitaria sono un buon esempio di scelta a volte non informata, così come lo sono alcune pratiche paramediche e l'assunzione di alcuni farmaci veri o presunti tali. Ciò accade anche perché, come già si è detto, il medico ha perduto gran parte del suo ruolo sociale di rispettato referente ed è divenuto il target di scandali per presunta malpractice o interessi illeciti e schiere di avvocati compiacenti addirittura sollecitano i pazienti ad intentare rivalse. Nella nostra società, inoltre, è molto cresciuto un atteggiamento di intolleranza dell'errore e di cultura del biasimo, passando dalla domanda di cura alla pretesa di guarigione.

Per contro le azioni ed omissioni dell'apparato organizzativo e gestionale sono assai meno evidenti ed è difficile che vengano perseguitate dalla legge: in altri termini esiste una malpractice medica, ma non si parla di malpractice istituzionale. Anche in questo campo, tuttavia, sembra che qualcosa stia cambiando.

Recentemente la Corte di Cassazione con sentenza n. 46336 del 12 novembre 2014 ha ritenuto che la causa di morte di un paziente fosse imputabile alla inadeguatezza della struttura ospedaliera e della sua organizzazione piuttosto che dei medici (assolti perché il fatto non sussiste). Solo poco tempo prima, peraltro, la Cassazione con sentenza n. 18304 del 27 agosto 2014 si era espressa in maniera diversa, condannando un medico che operava in una struttura sanitaria inadeguata perché non aveva indirizzato la paziente verso un Centro più attrezzato, anche se ciò avrebbe potuto comportare per il medico provvedimenti disciplinari anche gravi da parte della struttura sanitaria stessa.

A chi giova tutto ciò? Siamo sicuri di operare per il bene del paziente?

Non credo. Così facendo inoltre abbiamo spinto i medici sulla difensiva. Oggi è meglio non fare, perché il sillogismo "Chi fa sbaglia, chi sbaglia paga, e quindi non fare = non pagare" diviene un suggerimento per i

medici; oppure in molti casi è meglio fare troppo (specie superflue indagini strumentali) che non fare, per non essere accusati di colpevoli omissioni.

Ma quanto costa la medicina difensiva ad un Servizio Sanitario Nazionale già in affanno per scarsità di risorse? Secondo l'Agenas quasi 10 miliardi di Euro l'anno (Convegno Agenas dell'11 novembre 2014, Roma). A chi giova aggiungere spreco a spreco? Non certo ai cittadini.

In attesa che si rifletta su questi fatti e, sperabilmente, si migliori, offre ai medici alcuni suggerimenti. Per tutelarsi dai rischi collegati alle accuse di colpa nell'esercizio dell'attività professionale, il medico ha questi strumenti:

1. ottenere il preventivo consenso informato del paziente al suo intervento medico. Attenzione: il paziente deve essere informato su tutti i dettagli e sugli esiti presunti e dimostrare di aver capito bene e di voler accettare in pieno e per iscritto il suddetto intervento, sia esso di cura o di prevenzione (cfr Volk RJ et al. Should CMS cover lung cancer screening for the fully informed patient? JAMA 312, 1193-94, 2014);
2. registrare con cura ogni atto medico sulla cartella clinica del paziente, in modo che risulti ben comprensibile a tutti l'iter che ha portato alla condotta adottata dal medico;
3. dimostrare di essere aggiornato. Solo in questo caso la sua attività può essere considerata autonoma e quindi accettabile dalla Magistratura in assenza di regole che valgano per tutti i casi e che è impossibile formulare;
4. dimostrare di essersi attenuto alla buona pratica corrente, a Raccomandazioni e Linee Guida affidabili (ad esempio cfr Institute of Medicine Clinical guidelines we can trust – www.iom.edu/cpgstandards. March 2011) così da non ricadere nei casi di negligenza, imprudenza, imperizia o colpevole omissione.

Il valore in sanità

Dato che il medico è il più grande ordinatore di spesa, un importante contributo ad eliminare gli sprechi in sanità può essere in teoria ottenuto se la retribuzione dei medici viene basata sul valore delle sue prestazioni, ossia sugli outcomes conseguiti per dollaro speso, che essenzialmente è il rapporto qualità/costo. Se il medico si attiene per le sue prescrizioni alle Linee Guida, alle Raccomandazioni e all'evidenza scientifica, la retribuzione basata sul valore è possibile, anche se difficile, in quanto la misura della qualità delle prestazioni è ancora abbastanza elusiva e si deve presumere che il medico sia continuamente aggiornato e abbia sviluppato una mentalità scientifica. In altri termini siamo ancora all'inizio, ma la via alla riduzione dei costi (e degli sprechi) e al miglioramento della qualità in sanità sembra tracciata. Ovviamente molto resta ancora da fare, inclusa la valutazione di come evitare che i costi vengano contenuti a spese della qualità, un pericolo che è sempre in agguato.

(Goldstein L. *The argument against reimbursing physicians by value*. JAMA Intern Med 174, 845-46, 2014)

Questa visione pessimistica circa i medici è tuttavia discutibile, in quanto la maggior parte dei medici si avvicina al paziente con l'obiettivo di aiutarlo a guarire, spesso ignorando il costo delle sue prescrizioni. Il medico tiene molto alla sua reputazione e nessuno vuole essere tacciato di venalità a spese della salute del malato, e ciò è ancora vero oggi, quando il paziente è curato da un team di professionisti e non da un solo medico. Quando il lavoro del team è ben organizzato e quando i rapporti tra i suoi componenti sono buoni, la potenza curativa del gruppo è assai maggiore di quella di ognuno dei suoi componenti, e questa sinergia aumenta il valore della prestazione migliorandone la qualità e riducendone i costi; questo è il risultato che premia tutto il gruppo e lo motiva, assai più di quanto possa fare un incentivo monetario o una penalizzazione.

(Lee T. *Improving value is improving health care, not rationing*. JAMA Intern Med 174, 847-48, 2014)

La responsabilità medica

Per tutelarsi dai rischi collegati alle accuse di colpa nell'esercizio dell'attività professionale, il medico ha questi strumenti:

1. ottenere il preventivo consenso informato del paziente al suo intervento medico. Attenzione: il paziente deve essere informato su tutti i dettagli e sugli esiti e dimostrare di aver capito bene e di voler accettare in pieno il suddetto intervento;
2. registrare con cura ogni atto medico sulla cartella clinica del paziente, in modo ben comprensibile a tutti;
3. dimostrare di essere aggiornato. Solo in questo caso la sua attività può essere considerata autonoma e quindi accettabile dalla Magistratura in assenza di regole che valgano per tutti i casi e che è impossibile formulare;
4. dimostrare di essersi attenuti alla buona pratica corrente, a Raccomandazioni e Linee Guida se esistenti, e quindi di non ricadere nei casi di negligenza, imprudenza, imperizia e colpevole omissione.

Il medico deve sempre ricordarsi che egli è un collaboratore del paziente, al quale unico spetta la decisione di fare o non fare un atto medico, in quanto solo lui è il titolare di due diritti costituzionali: autodeterminazione e diritto alla salute. Infine se il medico è accusato di malpractice tocca al medico e non al paziente l'onere della prova.

Malgrado queste precauzioni alcune situazioni si prestano a chiaro-scuri e a dubbi. Ad esempio, se l'autonomia del medico viene condizionata da vincoli di spesa o altri atti amministrativi voluti da altri, e ciò provoca presumibilmente danni alla salute del paziente o intacca la cosiddetta alleanza terapeutica, come ci si dovrà comportare? E che dire degli sprechi generati dalla medicina difensiva? Di chi è la colpa? Molto resta quindi da fare per migliorare l'attuale situazione circa la responsabilità medica.

Corte suprema di Cassazione – Responsabilità Sanitaria e tutela della salute – Quaderni del Massimario, 2011

SALUTE

Salute pubblica

Importanza di alcuni fattori sul rischio di salute

L'influenza sul numero di morti e sul carico di malattia di alcuni modi di vivere e di nutrirsi sono riportate nelle due tabelle seguenti. Si nota che il fattore più pericoloso è l'ipertensione arteriosa, ma il fumo di tabacco viene subito dopo.

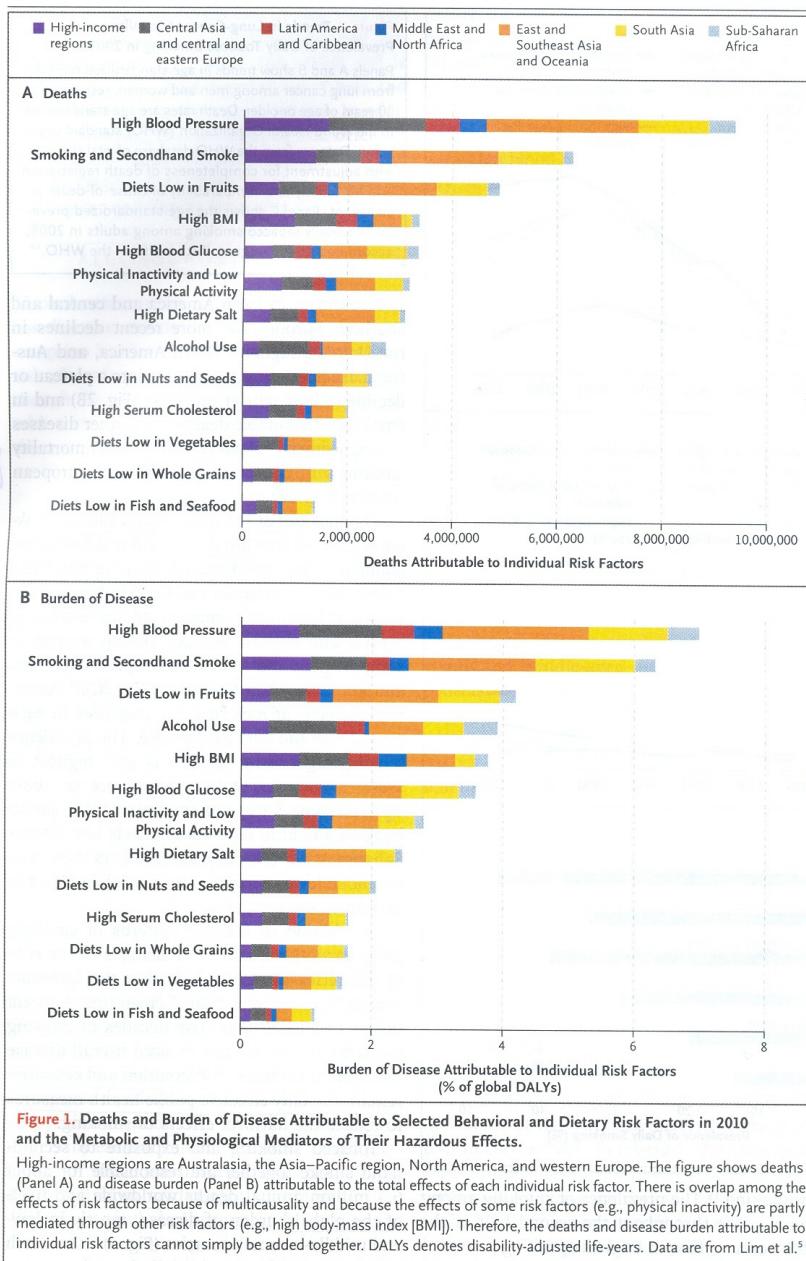


Figure 1. Deaths and Burden of Disease Attributable to Selected Behavioral and Dietary Risk Factors in 2010 and the Metabolic and Physiological Mediators of Their Hazardous Effects.

High-income regions are Australasia, the Asia-Pacific region, North America, and western Europe. The figure shows deaths (Panel A) and disease burden (Panel B) attributable to the total effects of each individual risk factor. There is overlap among the effects of risk factors because of multicausality and because the effects of some risk factors (e.g., physical inactivity) are partly mediated through other risk factors (e.g., high body-mass index [BMI]). Therefore, the deaths and disease burden attributable to individual risk factors cannot simply be added together. DALYs denotes disability-adjusted life-years. Data are from Lim et al.⁵

(*N Engl J Med* 369;10 – September 5, 2013)



Una “finestra per la salute” Potente motore della devoluzione scozzese

Nel Regno Unito è in corso una devoluzione, che vede la Scozia sulla via dell’indipendenza. L’argomento che sostiene più di altre la rivendicazione scozzese è la salute pubblica. La Scozia infatti è stato il primo luogo del Regno Unito che ha implementato la legislazione di divieto di fumo in tutti i luoghi pubblici e che ha regolato la vendita al dettaglio di tabacchi e alcolici (registro dei luoghi di vendita, tassa di scopo sui grandi venditori, proibizione di vendita ai giovani sotto i 18 anni). Oggi la Scozia si sta avviando verso i pacchetti di sigarette anonimi e il prezzo minimo dell’unità alcolica, con l’obiettivo di una Scozia senza fumo per il 2034. Tutto ciò contrasta visibilmente con la relativa inerzia della rimanente parte del Regno Unito sulle misure di tutela della salute pubblica e prevede un deciso intervento dello Stato in questo ambito in una sorta di “finestra per la salute” della normativa e dei pubblici poteri sostenuti da tre fattori: problemi (specie la crisi economica, i determinanti sociali della salute e le diseguaglianze di salute dei cittadini), proposte di miglioramento, politica (ossia opinione pubblica, istituzioni e interessi organizzati, incluse le organizzazioni mediche), con l’appoggio del Partito Nazionale Scozzese. La salute pubblica è stata quindi una potente leva per l’indipendenza scozzese.

(Smith KE. *Scotland and the public health politics of independence. BMJ 2013;347:f7595*)

Semplici regole di vita

Camminare (i famosi 10.000 passi al dì), alimentarsi poco e con dieta mediterranea, tenere sempre attivo il cervello (lavorare, leggere) prevengono i deficit cognitivi e la demenza.

(BMJ 2014;349:g4820)

Dobbiamo offrire più salute

La salute dipende per un 10% dal Servizio Sanitario, ma soprattutto dall'ambiente in cui viviamo e dai determinanti sociali, quali il cibo che assumiamo, la disponibilità di abitazioni salubri e sicure, le opportunità di educazione e lavoro (Doran et al. Housing and health care. New York's boundary-crossing experiment. NEJM 369, 2374 – 77, 2013). Un governo avveduto e attento al benessere dei cittadini deve considerare tutti questi aspetti per migliorare la salute pubblica, ossia deve innanzitutto conoscere la realtà del Paese, studiare le possibilità di miglioramento, redigere piani fattibili di intervento e dotarli di risorse adeguate. Purtroppo siamo molto lontani da questo comportamento ideale: l'Italia concede troppo agli interessi organizzati che interferiscono con la salute pubblica (tabacco, industria alimentare, gioco d'azzardo),* ha poca sensibilità per l'ambiente e l'educazione, non riesce ad assicurarsi in modo sufficiente il lavoro e altri determinanti sociali. Ancor più grave, riserva a questi temi poca attenzione. Pensiamo ad esempio ai senza tetto e alle persone povere ricoverate in residenze sanitarie assistenziali a spese del Comune. Le loro condizioni di salute sono precarie e basterebbe attivare residenze protette comprensive di assistenza sanitaria e sociale (cosiddetta supportive housing) per evitare disagi e spese di gran lunga superiori, compresi il ricorso ai pronto soccorso e le ospedalizzazioni (Doran et al.) Limitare la nostra visione della salute ai servizi sanitari tradizionali si sta rivelando sempre più inefficace e costoso. E' tempo di aprire la mente ad orizzonti più ampi per assicurare maggior benessere a tutti i cittadini, utilizzando meglio le risorse esistenti, che in buona parte vengono oggi male utilizzate o sprecate. Ancora una volta è la capacità di più ampia visione e di superare l'attaccamento allo status quo che può consentirci di vivere meglio.

Come diceva Benjamin Disraeli “la prima preoccupazione di un primo ministro deve essere la salute del popolo”.

* Anche in UK il fenomeno è salito di recente alla ribalta con la prova che l'industria è riuscita a fermare l'iniziativa di governo del prezzo minimo per unità alcolica. (Gornall J. Under the influence. BMJ 2014; 348: f7646).

La spesa sanitaria

Il principale fattore di aumento della spesa sanitaria (almeno il 50%) è dovuto alla nuova tecnologia e alla sua diffusione. Lo sviluppo di nuova tecnologia è massimo nelle nazioni più ricche, che investono maggiormente nello sviluppo tecnologico. Gli altri fattori (inclusi i cambiamenti epidemiologici) hanno poca influenza sulla spesa sanitaria: un effetto però lo ha la capacità dei Governi di negoziare con i fornitori i prezzi dei prodotti, di organizzare bene i servizi sanitari per aumentare efficienza e qualità, ricordando che gli sprechi sono molto elevati (circa il 30% della spesa) a causa della variabilità troppo alta, della scarsità della prevenzione, dei troppo elevati costi amministrativi, dell'eccesso di cure per acuti.

Il Governo di fronte alla sanità deve capire due cose:

1. l'interesse della popolazione è di favorire, non ostacolare lo sviluppo tecnologico, perché ciò migliora lo stato di salute: basta pensare ai progressi enormi compiuti nelle malattie cardiovascolari, in oncologia e in pediatria;
2. bisogna far crescere continuamente efficienza e qualità procedendo a piccoli passi, condividendo le scelte, studiando e sperimentando le soluzioni, premiando il merito, investendo nella educazione e motivazione del personale, tenendo sempre in prima evidenza la salute ed il benessere dei cittadini tutti senza discriminazioni e con equità.

Il Servizio Sanitario che migliora la salute della Nazione costa, e la spesa non può essere contenuta con tagli e riduzioni acritiche e ciniche che rallentano il progresso, ma con innovazioni gestionali, qualità dei servizi e attenzione alle classi sociali più svantaggiate. L'obiettivo finale è quindi l'attenzione al valore del denaro (value for money) e al benessere della popolazione, nel contesto di una società che migliori i determinanti sociali di tutti i cittadini e non solo i servizi sanitari. Questi devono essere reingegnerizzati e monitorati; il Servizio Sanitario Nazionale presenta molti vantaggi, ma anche esso invecchia e i suoi valori devono essere potenziati con cambiamenti saggi e ben studiati, che includano la medicina territoriale, la cura della cronicità, l'integrazione tra le diverse aree della sanità e il coinvolgimento dei pazienti e del personale sanitario.

(Blumenthal D et al. *Health care spending. A giant slain or sleeping?* New Engl J. Med. 369, 2551-57, 2013)

È urgente lavorare di più sugli stili di vita dei ragazzini

Perché i ragazzini già a 10-12 anni cominciano a fumare, a bere alcolici, o a drogarsi? La risposta non è facile e le ragioni ancora poco chiare; esse includono, tra l'altro, il facile accesso all'alcol e alle sigarette, la pubblicità, la cultura sociale dei coetanei, l'attitudine dei familiari. Molto tuttavia resta da capire, soprattutto l'aggregazione dei suddetti fattori. Servono investimenti per la salute pubblica, che malgrado la sua enorme importanza per la nazione continua ad essere la cenerentola degli stanziamenti governativi.

(Appleby J – *Health related lifestyles of children: getting better?* BMJ 2014; 348: p 3025)

La lotta alle droghe

Un problema crescente è costituito dalle droghe (cioè sostanze psicoattive) sintetiche: ben 73 sono quelle apparse nel 2012, che seguono le 49 del 2011 e le 41 del 2010. Nel 2013 la Nuova Zelanda ha deciso di creare un “mercato controllato” di queste sostanze per evitare che il loro uso senza regole e senza controlli determini gravi danni soprattutto ai giovani. Le droghe vengono classificate in 3 classi: A (esempio cocaina), B (esempio cannabis), C (esempio codeina), e viene lasciato ai produttori l’onere di dimostrare che i loro prodotti hanno bassa nocività prima di immetterli sul mercato. Dopo una valutazione pagata dai produttori, il prodotto viene autorizzato alla vendita per adulti dall’autorità sanitaria; è vietata la pubblicità e sono limitati i punti vendita in analogia alle disposizioni sul tabacco.

Tutto ciò che non rispetta questa legge è considerato illegale e le sanzioni sono molto pesanti sia per i produttori che per i consumatori.

La legge neozelandese si presta a molte critiche, ma è un tentativo di superare il generale proibizionismo delle droghe che non ha sortito effetti utili: più che proibire sembra logico controllare e regolare. Si tratta di un esperimento i cui risultati sono molto attesi.

(*Newberry J et al. New Zealand's regulation of new psychoactive substances. BMJ 2014;348:g1534*)

Qual è l'animale più pericoloso al mondo?

È la zanzara, soprattutto a causa della malaria che trasmette e che provoca ogni anno un numero di morti dell’ordine di circa 600.000, della febbre gialla (30.000 morti l’anno), dengue, West Nile ed altri virus. Queste malattie sono presenti soprattutto nelle zone tropicali, ma costituiscono una seria e crescente minaccia anche per i nostri Paesi. E’ necessario che si cominci da ora ad organizzare interventi che prevengano la crescita delle zanzare e le loro punture. Ognuno di noi deve attrezzarsi per evitare di essere punto, ma è anche compito dei Comuni mettere in atto efficaci interventi di disinfezione. Ciò non accade, e sembra anzi che le azioni comunali siano diminuite anziché rafforzate. La lotta alle zanzare è una priorità per la salute pubblica e tutti hanno il dovere di contribuirvi.

(*Kamerow D. The world's deadliest animal. BMJ 2014;348:g3258*)

I costi dell'inquinamento atmosferico

L’OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) ha calcolato che il costo dell’inquinamento dell’aria in termini di salute e mortalità precoce per i suoi 34 Stati membri ammonta a circa US\$1.700 miliardi l’anno. Circa la metà dell’inquinamento è causato dalle emissioni dei motori diesel e, più in generale, dal traffico veicolare.

(*BMJ 2014;348:g3527*)

Evitiamo la stretta di mano in ambito sanitario

È noto fin dal 1947 che la stretta di mano in ambito sanitario costituisce un pericoloso mezzo per trasmettere agenti infettanti. È quindi tempo di sostituire la stretta di mano con altri segni di cordialità, come la giustapposizione del palmo della mano sul cuore.

Il corretto lavaggio delle mani associato all'abolizione delle strette di mano costituiscono oggi un imperativo per ridurre il rischio di infezioni in ambito sanitario.

(Sklansky M et al. *Banning handshake from the health care setting. JAMA 311, 2477-78, 2014*)

Nuove speranze per le terapie delle malattie psichiatriche

Vi è evidenza che nella depressione resistente al trattamento si osserva spesso un aumento dei marcatori dell'infiammazione (Proteina C reattiva o PCR, interleukina 6 e Tumor Necrosis Factor) e la stessa cosa si nota in casi di autismo e schizofrenia.

Sembra che il tasso di PCR nel sangue possa predire quali pazienti affetti da depressione cronica grave siano suscettibili o resistenti al trattamento farmacologico con antidepressivi.

Nella schizofrenia si è notato che l'associazione di anti-infiammatori (celecoxib) alla terapia antipsicotica ha un effetto positivo se iniziata precocemente.

Nell'autismo sembra che la provocazione della febbre abbia effetto positivo in quanto l'iperpressia provocherebbe il rilascio di segnali anti-infiammatori, tesi quindi a ridurre l'infiammazione.

Ovviamente siamo solo all'inizio di un nuovo capitolo delle terapie delle malattie psichiche e le conclusioni non possono che dipendere da ulteriori e più approfondite ricerche.

(Friedrich MJ. *Research for psychiatric disorders targets inflammation. BMJ 312, 474 – 76; 2014*)

La depressione grave

La prevalenza della depressione grave è 6,7% negli USA. Ma il valore si raddoppia nei soggetti diabetici.

(Ducat L. et al. *The mental health comorbidities of diabetes. JAMA 312, 691-92, 2014*)

Lo stress “tossico” dell’infanzia

Vi è oggi ampia evidenza che i bambini esposti a situazioni stressanti (abusì, malnutrizioni, carenze affettive) precocemente sviluppano nelle età seguenti difficoltà di apprendimento e danni alla salute. Infatti quanto più giovane è il cervello tanto più esso è plastico, ossia soggetto a mutamenti da causa ambientale oltre che genetica. Sono in particolare i circuiti cerebrali più nobili (emozione, comportamento, linguaggio, memoria) a soffrire di difficoltoso sviluppo: le esperienze stressanti non si dimenticano. Dobbiamo quindi imparare a curare lo stress infantile, e qui i genitori adeguatamente sostenuti e indirizzati hanno un grande ruolo perché il bambino si sente rassicurato da loro e lo stress diminuisce. Ma quando viene a mancare l’opera dei genitori, lo stress può diventare cronico e dare luogo a stati di malattia psico-fisica assai dannosi (detti tossici) per le giovani generazioni. E’ questo un campo dove è necessario approfondire la ricerca scientifica in modo urgente.

(Kuehn BM. A. *Acad of Pediatrics: toxic stress threatens kids’ long-term health. JAMA 312, 585-86, 2014*)

Meno è meglio

Less is more è una campagna che vuole sottolineare come in medicina può essere meglio curare meno, giacché spesso il trattamento eccessivo può causare danni: ad esempio nel diabete in trattamento con insulina che viene monitorato mediante la determinazione di emoglobina glicata (HbA1c), è frequente il convincimento che l’obiettivo sia un HbA1c inferiore a 7%. Questa dizione incoraggia a pensare che più basso è questo valore meglio è: ma non è così. L’obiettivo deve essere l’intervallo 6,5 – 7% giacché valori troppi bassi comportano il rischio di ipoglicemia, specie negli anziani.

Analogamente l’obiettivo dell’iperteso non deve essere “valori inferiori a 140/90 mmHg” ma compresi tra 120 e 140 mmHg per la pressione massima e 80-90 per la minima, giacché anche in questo caso valori eccessivamente bassi sono pericolosi.

(Lee S.J. *So much insulin, so much hypoglycemia. JAMA Intern Med 174, 686 – 688, 2014*)

Camminare è la migliore medicina

I benefici dell’attività fisica vanno ben al di là dell’effetto sul metabolismo e sulla funzione cardiovascolare per interessare il tono dell’umore, le capacità cognitive, il sonno, il comportamento, la resistenza delle ossa, la capacità di sopportare traumi e interventi chirurgici. Non per caso quindi l’attività fisica è un predittore di mortalità. Tutto ciò è noto fin dai tempi antichi e già Ippocrate segnalava che “camminare è la migliore medicina”.

(Golomb BA. *Statins and activity. Proceed with caution. JAMA Intern Med 174, 1270-72, 2014*)

Il medico e i determinanti sociali della salute

E' ormai accertato che l'ambiente sociale influisce sulla salute dell'uomo. Ecco perché è necessario che il medico di oggi nell'incontro con il paziente ne valuti i "determinanti sociali", ossia indagini gli elementi elencati nella seguente Tabella:

Common Current Topics and Proposed Comprehensive Topics for the Patient Social History.	
Common current topics	
Racial or ethnic background	
Marital status and children	
Occupation	
Highest level of education	
Tobacco, ethanol, drugs ("TED")	
Seatbelt and helmet use	
Firearms in the home	
Victim of domestic violence	
Proposed new topics	
Individual characteristics	
Self-defined race or ethnicity	
Place of birth or nationality	
Primary spoken language	
English literacy	
Life experiences (education, job history, military service, traumatic or life-shaping experiences)	
Gender identification and sexual practices	
Leisure activities	
Life circumstances	
Marital status and children	
Family structure, obligations, and stresses	
Housing environment and safety	
Food security	
Legal and immigration issues	
Employment (number of jobs, work hours, stresses or concerns about work)	
Emotional health	
Emotional state and history of mental illness (e.g., depression, anxiety, trauma, post-traumatic stress disorder)	
Causes of recent and long-term stress	
Positive or negative social network: individual, family, organizational	
Religious affiliation and spiritual beliefs	
Perception of health care	
Life goals and priorities; ranking of health among other life priorities	
Personal sense of health or fears regarding health care	
Perceived or desired role for health care providers	
Perceptions of medication and medical technology	
Positive or negative health care experiences	
Alternative care practices	
Advance directives for cardiopulmonary resuscitation	
Health-related behaviors	
Sense of healthy or unhealthy behaviors	
Facilitators of health promotion (e.g., healthy behaviors among close social contacts)	
Triggers for harmful behaviors and motivation to change (may be determined through motivational interviewing)	
Diet and exercise habits	
Facilitators or barriers to medication adherence	
Tobacco, alcohol, drug use habits	
Safety precautions: seatbelts, helmets, firearms, street violence	
Access to and utilization of health care	
Health insurance status	
Medication access and affordability	
Health literacy and numeracy (may be ascertained with specific tools; e.g., "The Newest Vital Sign")	
Barriers to making appointments (e.g., child care, work allowance, affordability of copayment, transportation)	

Questa operazione è più facile se diluita in più incontri, e dopo aver stabilito un buon rapporto con il paziente. Se acquisire le informazioni non è facile, ancor più difficile è modificare i contesti. Il medico, tuttavia, pur non potendo cambiare alcune realtà, è di grande aiuto al paziente nel sostenerne la capacità di migliorare dove ciò è possibile, nell'indirizzarlo ai Centri specialistici di assistenza, nel modificarne alcuni stili di vita non salutari, nell'aumentare la sua collaborazione e la sua compliance alle prescrizioni.

E' tempo che la competenza del medico si allarghi alla sfera sociale e che si cominci dall'inserire questi insegnamenti nel curriculum degli studi di medicina e tra i criteri di valutazione dei medici. La nuova generazione di medici deve essere pronta a capire le mutate realtà ed esigenze dei pazienti per poter offrire una cura più appropriata e personalizzata e quindi meno costosa e più gradita ai pazienti.

(Behforouz HL et al. *Rethinking the social history*. N Engl J Med 371, 1277-79, 2014)

È urgente migliorare la salute mentale dei popoli

Vi è una pressante richiesta alle Nazioni Unite di includere le malattie mentali tra gli obiettivi del nuovo Piano 2013-2020 che sostituirà quello ormai terminato degli "obiettivi per il nuovo millennio". Circa 450 milioni di persone nel mondo hanno oggi problemi di salute mentale e ben sappiamo che le persone con malattie mentali esercitano un effetto negativo sull'economia, in quanto ad esse si deve un aumento dell'assenteismo dal lavoro e dell'abbandono scolastico, della spesa sanitaria e della disoccupazione. Si può calcolare che il costo della perdita economica si aggiri in totale nel mondo intorno ai 12.000 miliardi di Euro all'anno.

Le malattie mentali sono particolarmente preoccupanti per i giovani, ma per tutti i pazienti esse determinano discriminazioni, ridotta sopravvivenza, ignoranza, povertà e sottosviluppo. I trattamenti sanitari per queste persone sono gravemente carenti anche nei Paesi evoluti: nel Regno Unito 2/3 dei soggetti affetti da depressione non vengono curati. E' quindi urgente considerare maggiori investimenti per la salute mentale così da ottenere nel 2020 un aumento dei servizi del 20% e una riduzione dei suicidi del 10%.

(Thornicroft G e Patel V. *Including mental health among the new sustainable development goals*. BMJ 2014;349:g5189)

Tabacco

Tobacco endgame

Malgrado la progressiva diminuzione della prevalenza dei fumatori nel mondo occidentale (che si è dimezzata negli ultimi 50 anni), oggi la situazione è in stallo. Dati gli ingenti danni provocati dall'uso del tabacco (negli USA ogni anno \$132 miliardi in costi sanitari e \$157 miliardi in giornate di lavoro perdute, più i costi di danni ambientali, assicurazioni, ecc. che si aggiungono alla morte di 480.000 persone/anno) è necessario adottare una nuova strategia che porti a cessare la produzione e la vendita dei prodotti del tabacco: la cosiddetta Tobacco Endgame (fine della storia del tabacco). Tale strategia ha bisogno di tempo (10 anni almeno) e mira a rendere l'uso del tabacco sempre meno accettabile socialmente: cioè a stigmatizzare socialmente coloro che fumano, rendendo l'uso del tabacco sempre meno normale (de-normalizzazione del tabacco).

Gli USA hanno già iniziato questo percorso: l'Affordable Care Act consente di applicare una sopratassa sull'assicurazione sanitaria per i fumatori, e molti datori di lavoro si rifiutano di assumere i fumatori. Anche la drastica diminuzione dei punti vendita di tabacchi (inclusi le farmacie e i supermercati) è funzionale allo scopo, così come tutti i provvedimenti atti a far cessare la pubblicità anche occulta all'uso del tabacco e l'uso del tabacco in diversi luoghi anche all'aperto (campus scolastici e sanitari, parchi, luoghi assembrati, auto anche private, ecc.). Anche l'uso della sigaretta elettronica viene oggi assimilato a quello della vera sigaretta, e in quanto tale si applica alla prima la normativa in uso per la seconda. Se l'obiettivo verrà raggiunto si potranno liberare ingenti risorse aggiuntive per la sanità e quindi per migliorare i servizi resi alla popolazione.

- US Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking: 50 years of progress. A report of the Surgeon General, 2014*
- Brennan AT and Schroeder SA. *Ending sales of tobacco products in pharmacies. JAMA 311, 1105-06, 2014.*

Liberiamoci dal tabacco e dai suoi danni

Il fumo che deriva dalla combustione del tabacco è tossico. L'uso di sostituti della nicotina, compresa la sigaretta elettronica, è meno dannoso, anche se non del tutto innocuo. Il pericolo, però, è che il fumatore li usi entrambi (uso duale). Il medico deve spingere il fumatore a smettere, inviandolo ai Centri Antifumo. Se il paziente non vuole smettere, il medico deve insistere perché usi la sigaretta elettronica o altri sostituti e se possibile monitorizzi il paziente nel tempo. Ricordiamoci sempre che un fumatore su 100 all'anno muore a causa del tabacco e che i giovani sotto i 21 anni sono quelli a più alto rischio di assuefazione e di danno.

Uno Stato avveduto deve prendersi cura della salute pubblica, e nel caso del tabacco deve contrastarne l'uso con tutti i possibili mezzi; aumento delle accise, restrizione dei punti vendita, divieto di vendita ai minori di 21 anni con pesanti sanzioni ai vendori che violano questo divieto, divieto di pubblicità diretta o indiretta (vedi film e fiction televisive!), campagne continue, facilitazioni per chi vuole smettere di fumare, stretta vigilanza sui divieti di fumare nei locali pubblici e luoghi di lavoro, nelle stazioni ferroviarie, campus scolastici e ospedalieri, sanzioni per coloro che disperdoni i mozziconi nell'ambiente, divieto di fumo anche all'aperto nei luoghi assembrati, nei parchi e sulle spiagge, divieto di fumo nelle auto anche private.

La speranza è che nel giro di 10 anni si possa estirpare definitivamente il tabacco ed il suo uso, che è la prima e più importante causa di malattia e di morte della nostra epoca.

- (Fiore MC et al. *Smoke, the chief killer. Strategies for targeting combustible tobacco use. New Engl J Med 370, 297-99, 2014*)

Il Tobacco Endgame

Per “tobacco Endgame” si intendono le iniziative finalizzate ad eliminare definitivamente le dinamiche strutturali, politiche e sociali che sostengono l’epidemia del tabacco, che è oggi il singolo prodotto di consumo più dannoso che mai sia stato immesso sul mercato, e che oggi si ritiene debba essere eliminato dal mercato. Dobbiamo quindi cambiare le nostre strategie: non basta limitarci a scoraggiare i fumatori dal fumare. Dobbiamo agire con più coraggio nel contrastare la poderosa macchina che i venditori di sigarette hanno messo in campo e arrivare ad una certa data ad avere una Nazione libera dal tabacco. In particolare oggi che il Servizio Sanitario sta soffrendo per scarsità di fondi, non possiamo più tollerare di spendere denaro per curare malattie completamente evitabili come quelle determinate dal fumo di tabacco.

Le Nazioni più evolute stanno programmando il Tobacco Endgame, con tappe e date certe. La maggioranza delle popolazioni è in favore di questo programma, perché ne capisce il valore. In Inghilterra ed Australia il tempo necessario si aggira sui 10 anni da oggi. Bisogna quindi che si cominci ad annunciare che questo programma di Tobacco Endgame è iniziato, cosicché siano chiare le motivazioni umanitarie e si dia tempo all’industria del tabacco e a tutti coloro che vi lavorano di programmare la riconversione ad altro lavoro.

(Malone R. *it is time to plan the tobacco endgame. BMJ 348, 25, 2014)*

Eliminare la malapianta

In considerazione dei gravi danni sociali e ambientali che il tabacco provoca, con i relativi enormi costi umani ed economici (6 milioni di morti premature ogni anno nel mondo), molti oggi sostengono che è arrivato il momento di implementare strategie radicali per eliminare l’uso del tabacco, il cosiddetto Tobacco Endgame[1]. Personalmente io aderisco a questo progetto: oggi possiamo fare un piano per eliminare la malapianta ed il suo uso, nonché l’uso dei suoi surrogati, compresa la sigaretta elettronica, il cui maggior pericolo è quello di vanificare lo sforzo di rendere il fumo un comportamento “non normale” (denormalizzazione del fumo) se non lo si regolamenta esattamente come il fumo di tabacco: fumare (o svappare) è un’abitudine sozza (come diceva Italo Svevo), sia dal punto di vista materiale (“si puzza come un portacenere”) che sociale (pessima l’immagine della persona assuefatta alle droghe, inclusa la nicotina, che a proprie spese nutre un gruppo di persone che trae profitto dai danni che provoca all’umanità). La finalità occulta di queste ultime, oggi, è quella di vendere sigarette elettroniche per un uso duale (vapori + fumo di tabacco) e per iniziare i giovani alla nicotina, non certo quella di aiutare i fumatori a smettere; un piano sinistro, come ci si può aspettare dai venditori di danni e di morte. E’ importante che la gente capisca bene i pericoli che corre e le segrete trame di chi trae profitto dal male che genera. Fumare (o svappare) non è segno di autonomia, di libertà o di distinzione: è segno di scarsa consapevolezza e poca personalità, di debolezza per resistere al conformismo stimolato dai produttori con abili tecniche di marketing ed enormi investimenti.

[1]Fairchild AL et al. *The renormalization of smoking? E-cigarettes and the tobacco “endgame”*. New Engl J Med 370, 293-95, 2014)

Note per i fumatori

- L'assuefazione al fumo è una malattia cronica e come tale va trattata.
- Dopo i 35 anni l'assuefazione al fumo comporta una perdita di 3 mesi di vita ogni anno.
- La cessazione dal fumo comporta benefici sostanziali e rapidi: il rischio di morte da fumo comincia a diminuire subito e continua a calare per 10-15 anni.
- Per coloro che smettono prima dei 35 anni la sopravvivenza è analoga a quella dei non fumatori.
- Il consiglio del medico curante aumenta la percentuale di fumatori che smettono, ma senza altri aiuti molti di essi riprendono a fumare entro 1 anno.
- La gravità della assuefazione si può valutare (in base ad esempio al tempo che intercorre tra la fine di una camminata e l'accensione della sigaretta, al numero di sigarette fumate al dì, al tempo che intercorre tra risveglio e prima sigaretta).
- Per aiutare a smettere di fumare adottate alcune precauzioni, quali aumentare l'attività fisica, non bere alcolici, non frequentare fumatori, ma la cosa più importante è rivolgersi al Servizio per la Cessazione del Fumo. Oggi vi sono diverse terapie cognitive (terapie di gruppo) e farmacologiche, usate spesso in combinazione (sostituti della sigaretta che apportano nicotina, varenicrina, e altri). Non è ancora ben chiaro se la sigaretta elettronica sia utile a questo fine.
- Agopuntura e ipnosi non hanno dimostrato alcuna utilità per smettere di fumare.
- I sostituti della nicotina (inclusa sembra la sigaretta elettronica) pare siano abbastanza utili per prevenire le ricadute (ripresa del fumo), e possono essere utilizzati anche per molti mesi come strumento di riduzione del danno. Essi tuttavia non devono essere usati in gravidanza perché la nicotina è tossica per i polmoni ed il cervello del feto.

(Zwar AN et al. Supporting smoking cessation. BMJ 348, 29-33, 2014)

Note per i fumatori – 2

I rischi per la salute nell'età media sono più elevati in coloro che hanno cominciato a fumare precocemente

- Smettere di fumare giova alla vita. I fumatori precoci che smettono di fumare a 30, 40 e 50 anni di età recuperano rispettivamente, 10, 9 e 6 anni di vita.
- Smettere di fumare è sempre utile, ma è molto utile se si smette prima dei 40 anni di età.
- Il rapporto numero di ex fumatori/fumatori nell'età media è un utile indicatore della qualità delle politiche anti-fumo di una nazione.
- Tra queste politiche arrivare progressivamente alla triplicazione delle accise del tabacco è molto efficace, come lo dimostrano i risultati ottenuti in Francia in meno di 15 anni (tra il 1990 e il 2005). Molto efficaci sono anche il divieto di fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro e il divieto di pubblicità diretta ed indiretta al fumo (specie quella televisiva).

'Nel 2012 i produttori di sigarette hanno guadagnato 50 miliardi di US dollari, circa 10.000 US dollari per ogni morte causata dal tabacco.

(Jha P, Peto T. Global effects of smoking, of quitting and of taxing tobacco. New Engl J Med 370, 60-68, 2014)

Estirpare senza indugio la mala pianta

Un marketing molto abile dei produttori, sostenuto da ingenti risorse, spregiudicato al punto di negare l'evidenza scientifica e di costruire dati ingannevoli, martellante e durato per circa un secolo, ha fatto sì che l'uso del tabacco nel mondo sia in continua crescita malgrado i danni innumerevoli che il tabacco provoca alla salute, all'ambiente, all'agricoltura e all'economia. I messaggi principali che sostengono il marketing sono sostanzialmente tre: fumare è normale ed è parte della vita quotidiana; fumare non fa bene, ma quanti sono i fattori nocivi cui la vita ci espone e non sempre così piacevoli; fumare è una scelta individuale condivisa da un grande numero di persone preminenti della società. I messaggi sfruttano il conformismo degli uomini, che notoriamente seguono i comportamenti della maggioranza, particolarmente quando i soggetti sono poco consapevoli e non dotati di forte personalità, come accade ad esempio nei giovani.

I Governi dei Paesi Occidentali si sono resi conto da tempo dei danni sociali ed economici del tabacco e hanno tentato di porvi rimedio. Ma la loro reazione è spesso timida in quanto si trova a contrastare interessi organizzati assai potenti, difficoltà e ristrettezze economiche. Infatti è intuitivo che un contro-marketing all'uso del tabacco avrebbe verosimilmente un effetto se effettuato con adeguati mezzi e risorse. Ma questi sono scarsi e quindi questa soluzione è di fatto inapplicabile. Io credo che le strade più efficaci e percorribili sono oggi due:

1. coinvolgimento dei giovanissimi in un piano educativo; un'alleanza con la scuola elementare e media, adeguatamente sostenuta, che potrebbe preparare cittadini consapevoli del fatto che fumare è dannoso agli individui e alla società ed è il risultato di un'azione cinica dei produttori che traggono profitti enormi dai danni altrui. L'80% del mercato internazionale del tabacco è in mano a 5 produttori che lo scorso anno hanno dichiarato utili netti per 5 miliardi di dollari con un giro d'affari di oltre 147 miliardi di dollari;
2. restringere progressivamente gli spazi per l'uso del tabacco, rendendo così chiaro che la società è costretta a tollerare il fumo, ma lo disapprova e che fumare è un atto criticabile e sconveniente che non fa parte della vita della maggioranza dei cittadini, che sono consapevoli e socialmente evoluti.

Ecco alcune iniziative che mi sembrano di applicazione relativamente facile ed economica:

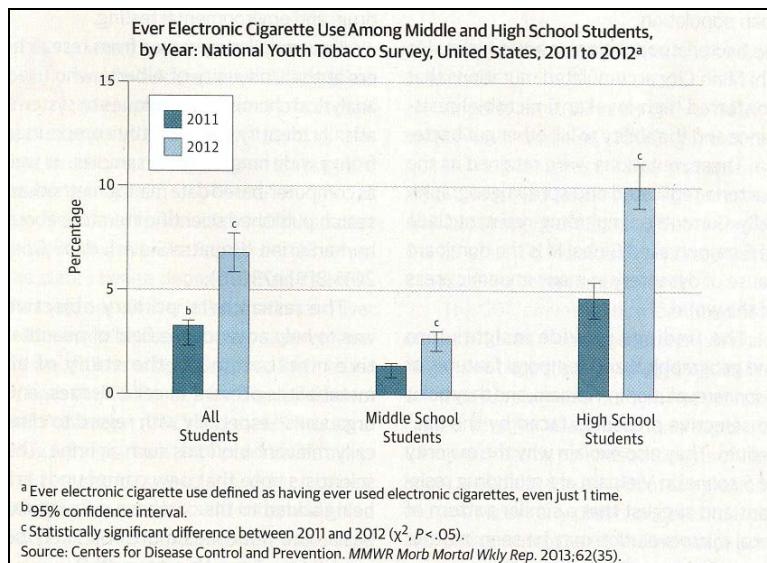
1. Efar rispettare con adeguata vigilanza i divieti esistenti (locali pubblici e luoghi di lavoro, stazioni, scuole)
2. estendere progressivamente il divieto di fumo ai luoghi assembrati anche se all'aperto (stadio, cinema e ristoranti all'aperto) e ai parchi (pericolo di incendi)
3. innalzare le accise progressivamente fino a raddoppiare il prezzo attuale
4. vietare la dispersione nell'ambiente dei mozziconi, in quanto contaminanti classificabili come rifiuti tossici
5. eliminare i distributori automatici di sigarette e usare lo zoning ed il contingentamento per gli esercizi che vendono tabacchi
6. vietare il fumo nelle auto private per il rischio di incidenti e per proteggere i passeggeri dai danni del fumo (assai elevati in piccoli spazi chiusi).

Con una strategia ben disegnata e avvalendosi della collaborazione e il coinvolgimento delle scuole e della società civile, ma anche di altre Istituzioni sia italiane che straniere, si può vincere la guerra contro il tabacco. Ma ci vogliono volontà, coraggio e senso di responsabilità di chi governa.

Dati concernenti il fumo del tabacco (slides presentate al Convegno "Tabagismo. Impatto multidimensionale su Salute, economia, Ambiente", Roma, 20 marzo 2014 dal Prof. Giacomo Mangiaracina <https://girolamosirchia.files.wordpress.com/2014/03/impatto-ambientale1.pdf> e dalla Prof.ssa Maria Luisa Agneni <https://girolamosirchia.files.wordpress.com/2014/03/danno-multidimensionale.pdf>)

L'uso della sigaretta elettronica nei giovanissimi

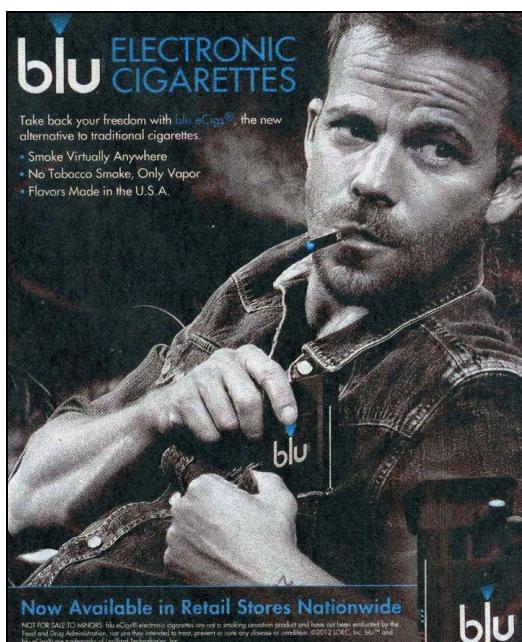
I dati del National Youth Tobacco Survey dimostrano che nell'anno 2011-2012 la percentuale di studenti che ha fumato sigarette elettroniche è cresciuto dal 3,3% al 6,8% ed è aumentato il numero di quelli che la usano abitualmente, anche associandole alle sigarette vere (figura)



(Jama 310, 1786, 2013)

La solita storia

Siamo alle solite! Oggi è la sigaretta elettronica che viene reclamizzata con l'immagine di “maschio, bello e sexy”, esattamente come è stato fatto per decenni per le sigarette.
Attenzione! Non cadete nel tranello!



Attenzione alla sigaretta elettronica

Il marketing della sigaretta elettronica ripercorre quello della sigaretta tradizionale. Il prodotto viene presentato come “cool” (come non solo socialmente accettabile, ma socialmente superiore), con testimoni del mondo dello spettacolo e dello sport, come sicuro e innovativo, e viene propagandato anche sui social networks, come gioco elettronico, e sostenuto con conspicui finanziamenti. Anche le Multinazionali del tabacco sono entrate nel mercato delle e-sigarette con ingenti mezzi. Il gioco è sempre lo stesso: mirare ai giovani per far loro credere che la e-sigaretta è di moda tra le persone evolute e di successo, che fumare è comunque e sempre un atto che distingue ed eleva nella considerazione degli altri; la e-sigaretta viene presentata come moderna e sicura, un modo per evitare i danni del tabacco.

I produttori di e-sigarette hanno bisogno di legittimarsi, di coinvolgere Associazioni contro il tabacco e Istituzioni come l’Università al fine di evitare che i Governi limitino l’uso del prodotto. Essi si propongono addirittura come partner nella lotta contro il tabacco e come sostenitori della salute pubblica.

Tutto ciò va contrastato con fermezza, per i seguenti motivi:

1. la pressione sui non-fumatori (specie giovani) li può indurre ad iniziare il fumo. La somiglianza delle e-sigarette con le sigarette tradizionali evoca modelli che sono stati fortemente combattuti e archiviati e risveglia il desiderio del tabacco, cosicché si instaura il doppio uso;
2. l’industria del tabacco è entrata nel mondo della sigaretta elettronica e cerca di legittimarsi nuovamente agli occhi della società e dei legislatori come collaboratore per la salute pubblica, ma ovviamente non rinuncia a sostenere in tutti i modi i suoi vecchi e nuovi prodotti, che sono lesivi della salute pubblica.

Tutto ciò impone ai Governi di regolamentare l’uso della sigaretta elettronica, assimilandola non ad un prodotto farmaceutico, ma ai prodotti del tabacco, di vigilare attentamente e contrastare in modo efficace la loro diffusione, specie nei giovani, respingendo ogni offerta di collaborazione da parte dei produttori.

(de Andrade M et al. *Promotion of electronic cigarettes: tobacco marketing reinvented?* BMJ 2013;347:f7473)

La sigaretta elettronica: che fare?

La sigaretta elettronica è un dispositivo in cui un liquido contenente nicotina di varia potenza viene vaporizzato e inalato. Essa può rappresentare un mezzo di riduzione del danno nei fumatori e aiutarli a smettere di fumare, ma anche un pericolo per i giovanissimi che possono essere iniziati all’uso della nicotina per poi passare alla sigaretta vera e propria dopo che si sono assuefatti.

La sigaretta elettronica, inoltre, può re-legittimare l’uso del tabacco nella società, e ancora non è chiaro quanto siano dannose e in che modo, specie quelle addizionate di additivi che ne rendono più gradevole il sapore; si sa ad esempio che nel vapore sono presenti alcuni cancerogeni come la formaldeide e l’acetaldeide, ma sono state anche descritte complicanze cliniche come tosse, asma, mal di gola, palpitazioni cardiache e dolori toracici.

Le regole del mercato non sono ben definite: in alcune nazioni le sigarette elettroniche sono proibite, in USA e in Europa sono assoggettate a limiti e regole non ancora validate.

Mentre i decisori sono ancora incerti, i produttori non perdono tempo, e riappaiono molti dei vecchi metodi di promozione manifesta ed occulta che già abbiamo conosciuto per il tabacco e che vedremo forse nel prossimo futuro per la marijuana. E’ quindi necessario non abbassare la guardia e continuare con vigore la difesa della salute pubblica e dei giovani dagli interessi di gruppi organizzati.

(Gostin LO, Glasner AY. NE-cigarettes vaping and youth. JAMA 312, 595-96, 2014)

No ai mozziconi

(una nuova norma di civiltà)

Molti fumatori italiani usano gettare a terra i mozziconi di sigaretta. Ogni giorno in Italia vengono prodotti circa 140 milioni di mozziconi, pari ad almeno 50 miliardi l'anno, e gran parte di questi finiscono nelle fogne, nelle falde acquifere, nei fiumi e nei mari ove costituiscono oggi il maggior inquinante.

I mozziconi rilasciano i veleni contenuti nel residuo fumato ossia buona parte delle 4000 sostanze prodotte, di cui almeno 40 mutagene e/o cancerogene, inoltre rilasciano le fibre di acetato di cellulosa dei filtri, che col tempo si frantumano in particelle di pochi micron. Queste vengono ingerite dai piccoli animali marini che le scambiano per plancton e finiscono nella catena alimentare con danni alla salute di animali e uomini. Alcuni pesci e uccelli inoltre ingeriscono i mozziconi interi traendone gravi danni fisici.

Noi vorremmo che dalla Calabria partisse l'esempio di un'alleanza dei Comuni contro i mozziconi. In Italia alcuni Comuni hanno già aperto la strada, ma molti altri ancora non hanno preso iniziative. I mozziconi possono essere raccolti in appositi contenitori tascabili e conferiti in rifiuti indifferenziati o meglio utilizzati per produrre energia o prodotti per edilizia. Su questo tema vorremmo si mobilitassero tutti gli Italiani. Il 10 gennaio 2015 la legge per la tutela dei non fumatori compie 10 anni dalla sua prima applicazione. Vorremmo che quella data fatidica che ha reso l'Italia apprezzata nel mondo venisse festeggiata con questa nuova iniziativa e poi con molte altre ancora nel futuro, così da dare continuità ad un'azione di civiltà: il contrasto al tabacco, che tanti danni continua a provocare agli umani e all'ambiente che ci circonda. I danni alla salute sono più noti, ma altrettanto devastanti sono i danni all'ambiente (sfruttamento intenso dei terreni, disboscamenti, uso di pesticidi assai tossici, danno agli animali) e alle finanze pubbliche.

Questa iniziativa è scaturita da un Progetto elaborato dalla Consulta Nazionale sul Tabagismo, portato all'attenzione del Ministro per gli Affari Regionali e le Autonomie e che sperabilmente verrà condiviso da altri Enti e Istituzioni nel prossimo futuro.

Dossier informativo (<https://girolamosirchia.files.wordpress.com/2014/11/dossier-cicche-e-impatto-ambientale-1.pdf>)

Per un contrasto più deciso al fumo di tabacco

Fumare è una assuefazione pericolosa per sé e per gli altri [salute, danni ambientali (incendi), inquinamento], sostenuta da produttori senza scrupoli, che lucrano enormemente sulla debolezza e inconsapevolezza delle persone e sull'inerzia delle Istituzioni.

I fumatori, specie quelli accaniti, sono inconsapevoli. Non si soffermano sui rischi che corrono:

- il rischio di danno (specie tumore polmonare) è dose dipendente. Non è mai troppo tardi per smettere. Chi ha sviluppato un tumore se continua a fumare peggiora la situazione (tumori polifocali)
- il rischio cardiovascolare è elevato
- in realtà il fumo genera numerosissime patologie come è atteso, sapendo che i tossici vengono a contatto con tutti gli organi e tessuti del corpo, e i globuli rossi trasportano e cedono meno ossigeno.

Anche i medici sembrano a volte insufficientemente consapevoli, non approfondiscono e non spiegano al fumatore la realtà in tutta la sua crudezza. Su queste inconsapevolezze incidono ancora una volta le omissioni informative dei produttori, dello Stato, dei medici, configurando una vera e propria malpractice, una inattività colpevole contro la salute pubblica che andrebbe perseguita per legge.

Proprio questa inconsapevolezza, questa debolezza informativa della popolazione giustifica a mio avviso l'intervento dello Stato a difesa della salute pubblica, sia attraverso il marketing sociale, sia con il Nudge

(spinta gentile), sia con interventi normativi. Pensatori liberali contrastano questa posizione invocando la libera scelta dei cittadini, ma come ignorare che tale realtà è ben lungi dall'essere libera, influenzata come è da azioni dei produttori continue e su diversi fronti, sostenute da enormi risorse economiche, che tutto piega, convince e corrompe (basta pensare che il giro d'affari delle sole Aziende occidentali sfiora 150 miliardi di dollari l'anno e cresce ogni anno del 3% circa).

Azioni proposte

Ci sono almeno due componenti nel bisogno di fumare del fumatore:

1. la nicotina, cioè la droga cui è assuefatto
2. l'assuefazione a fattori ambientali (compagni, luogo, ecc.) e il conformismo.

Questo insieme di comportamenti e situazioni è altrettanto e più importante da superare: con la forza di volontà si può cessare di fumare (superare il 1° punto), ma questa spesso non è sufficiente a superare il 2° punto.

- Finora abbiamo insistito molto sul 1° punto, ricercando farmaci e presidi che bloccino la fame dei recettori di nicotina.

Io credo che ora dobbiamo investire molto sul 2° punto, cioè sulla dipendenza da fattori ambientali. Come? Prima di tutto riducendo la possibilità di fumo e rendendola più difficile: la disponibilità è la madre dell'uso (Califano). In particolare:

- vietare progressivamente l'uso in vari luoghi: parchi, stadio, gazebo, auto private, spiagge, scuole, Ospedali, Pubblica Amministrazione. Ciò viene accolto: perché si può andare a Sidney in aereo senza fumare (20 ore di volo) e prima bisognava prevedere sugli aerei l'area fumatore? Idem per il treno. Oggi nessuno fuma, si sa che è così e la sofferenza del fumatore è contenuta
- vendere i tabacchi in poche rivendite, in aree non visibili al pubblico. No ai distributori automatici
- sanzionare chi disperde mozziconi nell'ambiente come dispersione di rifiuti tossici, con multe elevate
- recuperare (o trattenere) le ore perse dai fumatori per uscire dal posto di lavoro per fumare
- fare divieto a tutta la Pubblica Amministrazione di accettare finanziamenti (anche donazioni) da produttori di sigarette o persone o organizzazioni da loro finanziate
- alzare le accise sulle sigarette, progressivamente (1 pacchetto a 10 Euro)
- investire molto di più nel marketing sociale e in particolare in:
 - campagne che dimostrino che fumare è un atto tollerato dalla società, ma non fa parte della vita quotidiana per l'80% degli Italiani (dato il conformismo degli umani è importante sottolineare che la grande maggioranza degli Italiani non fuma)
 - campagne che insistono sul fatto che il tabacco (o i mozziconi) sono pericolosi inquinanti ambientali e sono il primo inquinante delle falde e del mare. Mostrare i dati (140 milioni di mozziconi prodotti ogni giorno in Italia)
 - campagne che dimostrino come i fumatori costino molto alla società in sanità e giornate di lavoro perdute (circa 2 Euro al dì per fumatore, in parti uguali) e questi costi li sosteniamo tutti, anche se non fumiamo
 - campagne che rivelino gli investimenti dei produttori in pubblicità, lobby, corruzione (con documenti), ma anche con depistaggi, occultamento dei dati, ecc. Le loro false informazioni: i bar dovevano fallire se fosse passata la legge 1/2003. Migliaia di disoccupati tra i coltivatori di tabacco se si aumentano i vincoli; contrabbando. Tutte bugie. I produttori possono essere aiutati a convertire le colture (o a continuare la vendita del tabacco alla Philip Morris come già ora accade), il contrabbando aumenta di poco se si fa presente che molti prodotti sono contraffatti con uso di tabacco scadente e pericoloso (esistono i dati).

Conseguenze del fumo

In Inghilterra il fumo provoca ogni anno 460.000 ricoveri ospedalieri (NICE, 2013. BMJ 2013;347:f7105).

Riflessione. Con quello che oggi sappiamo (e sanno tutti) come può una persona consapevole continuare a fumare? E perchè il Governo non interviene seriamente a prevenire l'iniziazione al fumo dei giovani, ben sapendo che questa inerzia sarà causa di gravi danni alla salute dei cittadini e causa di spese elevate per il Servizio Sanitario Nazionale?

Il non fare non è da considerarsi in tal caso una colpa?

Tabacco e riviste scientifiche

L'industria del tabacco continua, come sempre ha fatto, a depistare l'opinione pubblica sui danni che il fumo di tabacco provoca. Ancora vengono finanziate "ricerche" che negano l'evidenza o la mettono in dubbio. Continua l'azione di lobby contro i provvedimenti che limitano i consumi di tabacco, l'assorbimento di piccole aziende che possano mettere sul mercato prodotti che possono ridurre le vendite. Anche le sigarette elettroniche e le nuove sigarette elettriche fanno parte del mercato delle Multinazionali del fumo. Molte tra le più qualificate riviste scientifiche hanno deciso di non pubblicare più ricerche finanziate dai produttori di sigarette per far sì che i giornali scientifici non siano più usati al servizio di questi mercanti di prodotti nocivi per la salute.

(Godlee F et al. Journal policy on research funded by the tobacco industry. BMJ 2013;347:f5193)

Antiaggreganti e fumo di tabacco

La prevenzione secondaria con antiaggreganti piastrinici è fondamentale in persone che hanno avuto incidenti cardiovascolari (infarto miocardico, ischemia cerebrale), ma nei fumatori la terapia è meno efficace nel ridurre il rischio di recidive. Gli antiaggreganti più recenti (prosugrel o ticagrelor) tuttavia non sembrano risentire dello stato di fumatore, ma sembrano comportare nei fumatori un rischio lievemente maggiore di complicazioni emorragiche. Al fine di utilizzare al meglio questi nuovi farmaci, sono pertanto urgentemente necessari nuovi studi clinici.

(Hirsch M. Smoking status and the effects of antiplatelet drugs. BMJ 2013; 347: f5909)

La marijuana seguirà l'esempio del tabacco?

La marijuana, come il tabacco, è una droga che nuoce alla salute. Essa è meno nociva del tabacco, ma con la crescente legalizzazione e apertura di vendita al pubblico i produttori stanno prendendo spunto dal business del tabacco per creare nel mondo un'altra sorgente di profitto. Essi infatti hanno raddoppiato nel tempo la concentrazione di tetraidrocannabinolo (THC) che è la sostanza che provoca euforia, hanno finalizzato i loro sforzi ai soggetti più vulnerabili (ragazzi e donne), stanno creando lobby tese a difendere il loro business e a creare modelli sociali di libertà e sex-appeal, sottacendo i danni che l'uso continuato della marijuana provoca (incidenti stradali, suicidi, tumori dell'albero respiratorio e del cervello, disturbi cardiovascolari, malattie mentali, deficit cognitivi), creando alleanze con i produttori di sigarette elettroniche, valorizzando gli effetti positivi della marijuana in medicina (riduzione della nausea da chemioterapia dei tumori, miglioramento

della waisting syndrome dell'AIDS, effetto analgesico e spasmolitico) e sostenendone anche gli usi di non provata efficacia (ad esempio l'effetto ansiolitico, mai dimostrato). Le loro attività sono favorite dal fatto che, contrariamente al tabacco, il mercato non è assoggettato a regole e quindi tutto è più facile. Un nuovo pericolo per la salute pubblica si affaccia quindi all'orizzonte.

(Richter KP, Levy S. *Big Marijuana – Lessons from Big Tobacco*. *N Engl J Med* 371, 399-401, 2014)

L'uso di marijuana

Molti oggi ritengono che l'uso di marijuana o di hashish (che si ottiene dalla resina dei fiori di marijuana) a scopo ricreativo debba essere legalizzato in quanto "piacere innocuo". Non è così (vedi Tabella), particolarmente negli adolescenti, che sono i principali consumatori di queste sostanze; in loro infatti si producono danni in alcune aree del cervello che mostrano meno fibre e giustificano gli effetti clinici, specie l'alterazione delle funzioni cognitive e di quelle motorie. Oggi inoltre la potenza della marijuana (cioè il suo contenuto di tetraidrocannabinolo o THC) è molto aumentata rispetto al passato (dal 3% degli anni '80 al 12% attuale) e di conseguenza sono cresciuti i danni biologici e sono inutilizzabili i dati raccolti nei decenni passati. Diverso il discorso circa l'uso della marijuana come agente terapeutico: qui il dibattito è ancora aperto e le conclusioni sono difficili.

Attenzione quindi a sposare teorie che sono contraddette dai dati clinici: la politica è una cosa, ma la biologia e la medicina sono tutt'altra cosa. La legalizzazione determinerebbe un maggior consumo e relative conseguenze cliniche.

Table 1. Adverse Effects of Short-Term Use and Long-Term or Heavy Use of Marijuana.

Effects of short-term use

Impaired short-term memory, making it difficult to learn and to retain information
Impaired motor coordination, interfering with driving skills and increasing the risk of injuries

Altered judgment, increasing the risk of sexual behaviors that facilitate the transmission of sexually transmitted diseases

In high doses, paranoia and psychosis

Effects of long-term or heavy use

Addiction (in about 9% of users overall, 17% of those who begin use in adolescence, and 25 to 50% of those who are daily users)*

Altered brain development*

Poor educational outcome, with increased likelihood of dropping out of school*

Cognitive impairment, with lower IQ among those who were frequent users during adolescence*

Diminished life satisfaction and achievement (determined on the basis of subjective and objective measures as compared with such ratings in the general population)*

Symptoms of chronic bronchitis

Increased risk of chronic psychosis disorders (including schizophrenia) in persons with a predisposition to such disorders

* The effect is strongly associated with initial marijuana use early in adolescence

(Volkow ND et al. *Adverse health effects of marijuana use*. *N Engl J Med* 370, 2219-27, 2014)

Tumori

Gli stili di vita per prevenire il cancro

L'International Agency for Research on Cancer raccomanda i seguenti stili di vita per prevenire il cancro:

1. Non usare tabacco
2. Non assumere alcolici
3. Evitare eccessive esposizioni al sole
4. Mantenere un peso corporeo normale
5. Effettuare regolare attività fisica
6. Fare con regolarità lo screening per i tumori dell'intestino, della cervice uterina e dell'utero
7. Vaccinarsi contro il papilloma virus
8. Allattare i bambini al seno
9. Limitare l'uso di contraccettivi ormonali

[Forse bisogna aggiungere lo screening per infezioni da HCV e HBV]

Prevenzione del tumore al seno

Al San Antonio Breast Cancer Symposium 2013 sono stati presentati dati molto interessanti per la prevenzione del tumore del seno nelle donne ad alto rischio (quelle con 2 o più familiari di I grado che hanno sviluppato il tumore prima dei 50 anni di età). La ricerca dimostra che un'alternativa valida alla mastectomia o all'uso di tamoxifene o raloxifene per 5 anni (che provocano effetti avversi significativi) è quella di utilizzare l'anastrozolo (o l'exemestane), anti-ormoni che bloccano la produzione di estrogeni ed in tal modo dimezzano il rischio di sviluppare il tumore del seno, ma anche altri tumori, senza effetti collaterali significativi.

(Hampton J. New trials highlight breast cancer therapy and prevention. JAMA 311, 453-54, 2014)

Diagnosi precoce del tumore polmonare nei forti fumatori

La US Preventive Services Task Force ha pubblicato una linea-guida su questo tema. Il fumo e l'età superiore a 55 sono i fattori di rischio più elevati per il tumore, la cui mortalità cresce con il tempo della diagnosi: la sopravvivenza a 5 anni è massima quando il tumore è scoperto allo stadio IA (71-90%), è 42-75% nei casi in stadio IB, è 10% allo stadio IV. La Tac a bassa dose consente di effettuare uno screening efficace così da fare la diagnosi in stadio I nel 55-85% dei casi positivi (con i metodi tradizionali questa percentuale è solo del 15%). Lo screening annuale è indicato solo nei forti fumatori (quelli che fumano 30 o più pacchetti di sigarette l'anno) di età superiore a 55 anni di età, e in quelli che hanno cessato il fumo da meno di 15 anni. Gli inconvenienti di questo screening sono i falsi positivi e relativi test invasivi di accertamento, l'esposizione alle radiazioni (circa 1 mSv), il costo. Proprio questi inconvenienti fanno sì che non tutti gli esperti condividano l'implementazione di questa linea-guida.

(Davis AM, Cifu AS. *Lung cancer screening*. JAMA 312, 1248 – 49 , 2014)

La tomosintesi nello screening mammografico

Continua il dibattito circa l'utilità dello screening mammografico ai fini di controllo del tumore del seno. I risultati sono infatti discordanti, e i fattori causali molteplici, inclusi la tecnologia impiegata, il tipo di casistica valutata, ecc. Recentemente è stata utilizzata una nuova tecnica radiologica di screening, detta tomosintesi, che sembra superiore alla mammografia digitale nel reperire cancri lobulari e cancri piccoli e invasivi, cioè i tumori più letali; una tecnica più sensibile e meno soggetta a falsi risultati. La domanda è: dobbiamo abbandonare la mammografia digitale in favore della tomo sintesi? È troppo presto per rispondere a questa domanda: servono ulteriori ricerche cliniche ma certo le prospettive vanno in questa direzione.

(Pisano ED, Yaffe MJ. *Should tomosynthesis replace digital mammography?* JAMA 311, 2488-89, 2014)

Cardiovascolare

Ipertensione

Diabete

Aggiungete poco zucchero

L'aggiunta di zucchero in misura maggiore del 15% delle calorie assunte giornalmente (50 g di zuccheri al dì) sembra essere un fattore indipendente di rischio aggiuntivo per alcune malattie croniche quali cardiovasculopatie, diabete, cirrosi epatica, demenza, obesità.

Attenzione quindi alle bevande zuccherate (succo di frutta, bibite gassate dolci) e ai dolciumi di ogni tipo: meno ne assumete e meglio è.

Troppi zuccheri ci rendono non solo grassi, ma anche malati.

(Schmidt LA. New unsweetened truths about sugar. *JAMA Intern Med.* 174, 525-26, 2014)

Attenti al sale

Troppi sali nella dieta [più di 5g (1 cucchiaino da tè) al giorno] è dannoso, giacchè aumenta la pressione arteriosa e le sue conseguenze sull'apparato cardiovascolare (ictus, ischemia cardiaca). Il sale è spesso "invisibile", giacchè contenuto nel cibo dei ristoranti e in quello confezionato. La raccomandazione è di evitare per quanto possibile di ricorrere a questo tipo di alimentazione e di cucinare cibi freschi.

Le fibre alimentari

L'ingestione di fibre in misura di 25g/die per le donne e 35g/die per l'uomo sembra ridurre la mortalità per malattie cardiovascolari, riduce il tasso ematico di glucosio e lipidi, aumenta il senso di sazietà, riduce la stitichezza e la diverticolosi intestinale. Le fibre insolubili sono le più efficaci (riso non brillato, farine integrali, crusca, vegetali): una porzione di granaglie integrali e 2-4 porzioni di frutta o vegetali forniscono 7g di fibre ognuna. Una dieta ricca di fibre e povera di zuccheri raffinati, grassi saturi e trans e carne è la ricetta della buona salute.

(Baron RB. Eat more fibre. *BMJ* 348, 7, 2014)

Il trattamento con statine per ridurre il colesterolo

Le nuove linee guida 2013 dell'ACC/AHA sul trattamento con statine dell'ipercolesterolemia si concentrano non solo e non tanto sui tassi di LDL-C ematici, quanto sul rischio cardiovascolare delle persone.

La raccomandazione è di non curare gli indicatori (che, in quanto surrogati degli esiti clinici, non sempre correlano con questi ultimi) ma i pazienti, o meglio gli aspetti clinici di questi ultimi. Ecco pertanto le nuove indicazioni all'uso preventivo delle statine:

1. Persone con rischio clinico di patologia cardiovascolare accertato
2. Persone con livelli di LDL-C > 190 mg/dL
3. Persone diabetiche di età compresa tra 40 e 75 anni e con livelli di LDL-C tra 70 e 189 mg/dL senza segni clinici di patologia cardiovascolare
4. Persone di 40-75 anni senza segni clinici di patologia cardiovascolare e diabete, che abbiano un rischio cardiovascolare a 10 anni di 7.5% o più e LDL-C di 70-189 mg/dL.

(Stone NJ et al. *Circulation* on line 12 novembre 2013)

Ottimi i semi di lino

I semi di lino sono efficaci per abbassare la pressione arteriosa (PA) negli ipertesi: 30 grammi al giorno di semi di lino macinati per 6 mesi o più riducono la PA sistolica di 15 mmHg e di 7 mmHg la diastolica secondo uno studio pubblicato in Hypertension (2013, doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.113.02094).

Attenzione all'ipoglicemia iatrogena

I soggetti diabetici in trattamento devono stare attenti a non incorrere in episodi di ipoglicemia, che sono più frequenti di quanto si pensi. L'ipoglicemia è un evento pericoloso: può essere causa di incidenti, perdita del lavoro, situazioni debilitanti, complicanze cliniche.

L'ipoglicemia da insulina è responsabile di circa $\frac{1}{3}$ di tutti gli accessi di adulti anziani al Pronto Soccorso in USA, ma ricordiamoci che anche gli ipoglicemizzanti orali possono essere causa di ipoglicemia.

Per gli ipertesi è importante il controllo frequente della pressione arteriosa

Coloro che soffrono di ipertensione arteriosa (pressione arteriosa massima maggiore di 140 mm Hg) devono curarsi per tutta la vita, monitorando molto spesso la loro pressione arteriosa. Infatti le complicanze della malattia ipertensiva sono temibili: infarto del miocardio, malattia coronarica, scompenso cardiaco, ictus. Tuttavia bisogna stare attenti a che la pressione arteriosa massima non scenda sotto i 120 mm Hg, giacchè in tal caso i rischi di incidenti cardiovascolari non vengono ridotti a causa dell'ipotensione ortostatica e delle complicanze da farmaci. L'obiettivo è mantenere la pressione arteriosa massima tra 120 e 140 mm Hg, effettuando frequenti controlli.

(Rodriguez C et al. JAMA Intern Med doi:10.1001/jamainternmed.2014.2482)

Attività fisica Alimentazione

Lasciate a casa la macchina

Se si usa meno la macchina in favore dei mezzi pubblici è più facile raggiungere l'attività fisica giornaliera raccomandata per la salute e nel contempo migliorare il clima.
E' questo uno degli obiettivi del Piano dell'Organizzazione Mondiale della Sanità 2013-2020.

(*Laverty AA e Millet C. Healthier commuting – leave your car at home. BMJ 2014;349:g5020*)

L'esercizio fisico è una medicina

Nel 2012 è stato dimostrato che i muscoli scheletrici giocano un ruolo attivo nella regolazione dell'equilibrio metabolico grazie alla loro capacità di comunicare per via endocrina con il tessuto adiposo. Essi infatti durante la contrazione producono diverse miochine (IL-6, IL-15 e irisina) che agiscono sul tessuto adiposo. L'irisina, in particolare, viene secreta nella circolazione da parte dei muscoli in risposta alla contrazione e ha la capacità di trasformare il tessuto adiposo bianco in tessuto bruno e attivare la termogenesi, di migliorare la tolleranza di glucosio e diminuire il peso corporeo. L'irisina quindi esercita un effetto anti-diabete e anti-obesità. Del tutto recentemente è stato dimostrato nell'uomo che l'esercizio muscolare aumenta i livelli circolanti di irisina in modo direttamente proporzionale e spiega perché l'esercizio muscolare sia in grado di migliorare rapidamente la fitness respiratoria e la massa cardiaca negli adulti sedentari. L'effetto si osserva anche se il movimento muscolare intenso viene eseguito per soli 10 minuti ma viene ripetuto per 10-15 volte al giorno.

(*Daskalopoulou S. et al. Plasma irisin levels progressively increase in response to increasing exercise workloads in young, healthy, active subjects. Eur. J. Endocrinology, 171, 343-352, 2014*)

Cause dell'obesità

Il consumo di cibi fritti 4 o più volte la settimana raddoppia l'effetto sul peso corporeo nei soggetti con alto rischio genetico di obesità, a dimostrazione che obesi si rischia di diventare quando i fattori genetici si associano a fattori ambientali (alimenti molto calorici, stress, vita sedentaria, carenza di sonno). La genetica dell'obesità è assai complessa: almeno 15 geni ma anche microdelezioni cromosomiche sostengono questa complessità: la predisposizione all'obesità si manifesta in qualche caso come interferenza sui meccanismi di controllo cerebrali sull'appetito. Differenti tipi di obesità richiedono differenti approcci terapeutici: nei grandi obesi, ad esempio, le terapie mediche e il cambiamento degli stili di vita servono poco, ed è meglio ricorrere direttamente alla chirurgia bariatrica. Ciò indica anche che responsabilizzare il paziente per la sua obesità può essere sbagliato e che ogni caso va considerato individualmente, in attesa che la ricerca faccia più luce su questa complessa sindrome oggi epidemica.

Blakemore AIF, Buxton JL. Obesity, genetic risk, and environment. (BMJ 2014; 348: g1900)

Carne rossa e diabete

Il consumo di carni rosse aumenta il rischio di diabete di tipo 2 (T2DM). In realtà non è il colore della carne, ma il suo contenuto di acidi grassi saturi che è responsabile di questo fenomeno: infatti il rischio è maggiore per le carni processate ed è alto anche per i latticini ricchi di grassi. Questi ultimi si accumulano negli adipociti, nel fegato nei muscoli. Gli adipociti pieni di acidi grassi saturi attivano i macrofagi e generano una risposta infiammatoria che aumenta la resistenza all'insulina tramite l'aumento dello stress ossidativo e la produzione di ossigeno reattivo. Nel muscolo invece si accumulano palmitato e stearato, che aumentano il contenuto di diacilglicerolo, dotato di un potente effetto anti-insulina.

Il T2DM è una malattia dovuta ad una complessa interazione tra fattori genetici e fattori ambientali (stili di vita), quali il movimento fisico, la dieta, la quantità e distribuzione del grasso corporeo. La raccomandazione che possiamo fare oggi è di ridurre la quantità di carne rossa, ma soprattutto di consumare proteine di alta qualità associate ad un basso contenuto di grassi totali e saturi. Ciò vale soprattutto per gli anziani, che hanno bisogno di proteine nella dieta, ma non di molta energia, e quindi carne rossa a basso contenuto di grassi, pesce, pollame e derivati del latte poveri di grassi.

Ricordiamoci che il problema non è il tipo di carne, ma il tipo di grassi. In sintesi: poca carne magra fresca (non processata), pochi latticini magri.

(Evans WJ. *Oxygen-carrying proteins in meat and risk of diabetes mellitus. JAMA Intern Med* 173, 1335-36, 2013).

Eccessiva la pressione del marketing sui bambini

Il pesante marketing esercitato sui bambini li induce a consumare cibi e bevande non salutari; esso deve quindi essere ridotto se non eliminato perché contribuisce significativamente a determinare obesità e diabete nei bambini. Nel 2009 le società hanno speso 1,8 miliardi di dollari nei soli Stati Uniti.

Lo scrive alla Federal Trade Commission il deputato del Congresso USA Edith Ramirez a nome anche di un gruppo di senatori.

(JAMA 312, 1389, 2014)

Pochi zuccheri ai bambini

I dati suggeriscono che l'ingestione di cibi dolci nella prima infanzia promuove la predilezione per i cibi e le bibite dolci nelle età successive. Per questo non bisogna indulgere con alimenti dolci ai bambini.

I bambini devono mangiare solo ai pasti, ingerire porzioni moderate con almeno la metà dei cibi sotto forma di frutta e verdura, evitare i cibi confezionati e quelli dolci o dolcificati. Solo così essi possono nutrirsi in modo sano ed evitare patologie serie come obesità e diabete o carenze di importanti nutrienti.

Per dimagrire

Per calare di peso bisogna abolire i carboidrati nella dieta.

(Diabetes Care 2014, doi:10.2337/dc13-2900)

I grassi trans sono da evitare

I grassi trans sono grassi parzialmente idrogenati e si presentano spesso come margarina. Essi sono da ritenersi pericolosi per la salute, come e più dei grassi saturi di origine animale o vegetale. Dal 1990 è noto che essi aumentano il rischio cardiovascolare, incrementando il colesterolo LDL (lipoproteine a bassa densità) e riducendo quello delle lipoproteine ad alta densità (detto colesterolo buono). In realtà un'alimentazione sana deve evitare per quanto possibile sia i grassi trans che i grassi saturi (specie animali, come quelli presenti nella carne e nei formaggi). La dieta prevalentemente (o totalmente) vegetariana deve proprio all'assenza di questi grassi i suoi effetti benefici.

(Kuehn BM. FDA moves to further reduce trans fat in food. *BMJ* 310, 2386, 2013)

Aspartame

Il 10 dicembre 2013 l'EFSA (European Food Safety Authority) ha concluso che l'aspartame e i suoi metaboliti alle dosi utilizzate sono privi di effetti dannosi per l'uomo.

(eufic@eufic.org)

Dieta mediterranea e AHEI 2010

La dieta mediterranea e la dieta AHEI 2010 (che è una dieta mediterranea allargata) riducono di molto (30%) la mortalità, soprattutto quella legata ad infarto del miocardio e ad altri incidenti cardiovascolari.

L'Alternative Healthy Eating Index 2010 (AHEI 2010) è una variante della Dieta Mediterranea, che include 11 componenti:

Alimento	Quantità
1. Vegetali	molto
2. Frutta	molto
3. Noci e legumi	moderatamente
4. Carne rossa e processata	poco e saltuariamente
5. Bevande zuccherate	no
6. Vino rosso	poco (100 mL/dì)
7. Acidi grassi poli-insaturi e polifenoli	moderatamente
8. (olio d'oliva extravergine, non altri olii anche d'oliva)	
9. Grassi trans	poco
10. Omega-3 (pesce)	moderatamente
11. Farine integrali	molto
12. Sodio	poco

(Estruch R, Ros E. Eat healthy diet and drink wisely to post-pone dying if you survived a myocardial infarction? Yes, but randomized clinical trials are needed. *JAMA Intern Med* 173, 1819-20, 2013)

Diabete mellito tipo 2

Il consumo di zuccheri innalza la concentrazione di glucosio nel sangue (glicemia). Nei diabetici è opportuno:

- eliminare dolci, bibite con zuccheri aggiunti e alcolici;
- consumare carboidrati complessi giornalmente preferendo quelli integrali in piccole porzioni (circa 70 g);
- assumere alimenti ricchi di fibre (ad esempio i legumi che contengono anche proteine e carboidrati);
- prestare attenzione ai grassi di origine animale.

Dislipidemie e alterazioni delle transaminasi da steatosi epatica (fegato grasso)

Un'alimentazione ricca di grassi, tipica delle persone in sovrappeso, è spesso associata ad un quadro dislipidico (aumento dei livelli di lipidi in circolo: trigliceridi e colesterolo LDL). Una dieta a basso contenuto di grassi (soprattutto saturi) associata ad una regolare attività fisica contribuisce in maniera determinante a far ritornare nella norma i valori alterati.

Prediligere

- Latte scremato, yogurt magro, mozzarella, scamorza, ricotta;
- Pane e pasta integrali;
- Olio extravergine d'oliva e di semi;
- Carni bianche (petto di pollo, tacchino, coniglio, fegato) e carni rosse magre (roast beef, filetto, ecc.);
- Pesci (trota, sogliola, patesse, naseolo, persico, branzino);
- Prosciutto crudo e cotto senza grasso visibile e bresaola;
- Verdura e frutta (tranne quella zuccherina).

Eliminare

- Latte, yogurt intero, burro, lardo, strutto, panna, margarina, formaggi grassi e stagionati;
- Uova, prodotti confezionati con tuorlo d'uovo, fritti e prodotti da forno industriali;
- Carne grassa e frattaglie (fegato, cervella, rognone, ecc.);
- Crostacei e molluschi;
- Salumi grassi (salame, pancetta, mortadella, coppa, ecc.).

In caso di **ipertrigliceridemia** sono anche sconsigliati: zucchero da cucina, frutta molto zuccherina (fichi, uva, cachi, banane, ecc.) frutta sciroppata e frutta secca, birra, vino, superalcolici e bibite zuccherine (aranciata, coca cola, chinotto, acqua brillante), anche se dietetiche o dal sapore amaro.

Si consiglia un'assunzione limitata di:

Taleggio, certosino, carne rossa, pane, grissini, pane biscottato, crackers, pasta, riso, legumi e patate.

Le otto buone regole dell'INRAN

(Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione)

1. Controlla settimanalmente il peso e mantieniti sempre attivo.
2. Consuma più cereali, legumi, ortaggi e frutta.
3. Grassi: scegli la qualità e limita la quantità.
4. Zuccheri, dolci e bevande zuccherate: il meno possibile.
5. Bevi ogni giorno acqua in abbondanza.
6. Il sale? meglio poco.
7. Bevande alcoliche: se si, solo in quantità assai moderata.
8. Varia spesso le tue scelte a tavola e mantieni porzioni moderate.

Vai su www.inran.it, troverai le tabelle con le proprietà degli alimenti e le Linee Guida per mangiare bene e restare in salute.

Impariamo a volerci bene...



consigli per una sana alimentazione

www.donatorisangue.org

Associazione Amici del Policlinico e della Mangiagalli
Donatori di Sangue ONLUS

A cura di:
Anna Parravicini, Eloisa Consales

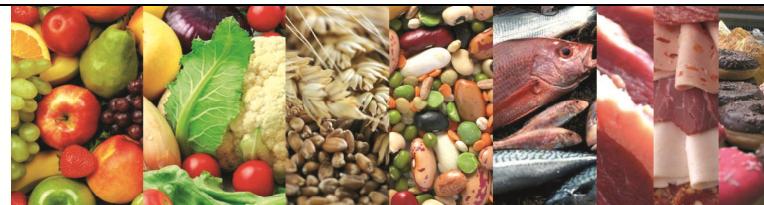
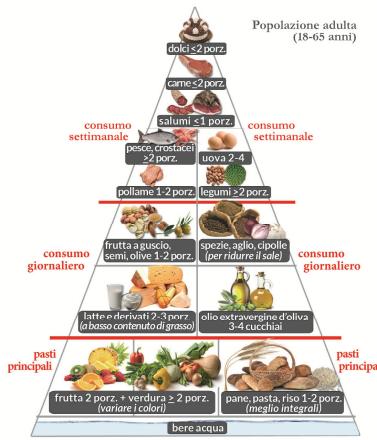
Con la consulenza di:
Tiziano Angelo Lucchi
responsabile Ambulatorio Malattie Metaboliche
Unità Operativa di Geriatria
Emanuela Orsi
responsabile Servizio Diabete e Malattie Metaboliche
Unità Operativa di Endocrinologia e Diabetologia
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico

Progetto grafico Daniela Graia

Caro donatore,

questa non vuole essere una dieta, ma una serie di consigli per adottare una alimentazione corretta. Perché il mangiare bene è in modo vario (insieme all'adozione di stili di vita corretti come non fumare, fare sistematicamente attività fisica e mantenere attiva la mente) costituisce la base di una vita in salute. Contrariamente, una scorretta alimentazione, oltre a minare il benessere psicofisico, costituisce uno dei maggiori fattori di rischio nell'insorgenza di patologie croniche. Il nostro organismo necessita di proteine, grassi, carboidrati, dell'energia da essi apportata e di nutrienti indispensabili, quali l'acqua, vitamine e minerali. In natura non esiste un alimento che da solo contenga tutte le sostanze necessarie a soddisfare le nostre necessità nutritive. Noi italiani abbiamo la fortuna di avere una dieta che garantisce in modo ottimale il fabbisogno nutritivo del nostro organismo: la dieta mediterranea.

Piramide della dieta mediterranea moderna



I costituenti della dieta mediterranea

La dieta mediterranea si basa sul prevalente uso di vegetali a foglia verde, olio extra vergine d'oliva, frutta, cereali integrali, legumi e noci, sul moderato uso di pesce e pollame e su un consumo limitato di latte e prodotti caseari, di carne, dolci e alcool. Prevede inoltre la marcata riduzione dei cibi processati e confezionati, dei cibi ricchi di potere calorico, di carboidrati raffinati, carne rossa, grassi saturi e sale da cucina, tipici del fast-food, privilegiando invece il consumo di prodotti locali su base stagionale. La dieta mediterranea riduce il rischio di varie patologie tra cui quelle cardiovascolari, i tumori e quelle degenerative come l'Alzheimer e il Parkinson.

Di tutto, ma poco... è la regola giusta

1. Servire porzioni piccole in piatti piccoli (la quantità di cibo sembrerà maggiore).
2. Masticare piccoli bocconi a lungo (ciò aiuterà anche la digestione).
3. Prestare attenzione a cene di lavoro o tra amici al ristorante non ordinare tutto il pasto all'inizio, ma scegliere il secondo dopo aver consumato il primo piatto.
4. Evitare luoghi come self service dove si tende ad assumere porzioni molto più grandi del necessario e a consumare un quantitativo maggiore di cibo. È noto infatti che una grande offerta genera sempre una domanda elevata.

In caso di alterazioni...

Sovrappeso

Chi è in sovrappeso, lo è perché mangia troppo e/o male (non esistono di norma difetti ormonali, ossa pesanti, metabolismo rallentato, ecc.). Si dimagrisce e si mantiene il risultato solo con la riduzione sistematica delle porzioni, privilegiando verdura e frutta. Meglio non assumere farmaci, integratori o seguire diete "faidate" (poco utili e dannose). Il calo ponderale ben programmato si aggira intorno a 2-3 kg al mese e ciò vale per tutte persone. In sintesi seguire i principi della dieta mediterranea, consumare porzioni piccole e incrementare l'attività fisica quotidiana sono gli strumenti migliori per perdere il peso in eccesso e prevenire le patologie correlate.

Iipertensione

Nella maggior parte dei casi l'ipertensione ha una base genetica, tuttavia il sovrappeso, l'inattività e un consumo eccessivo di sale possono favorire l'istaurarsi dell'ipertensione arteriosa in soggetti predisposti. Meglio quindi eliminare l'aggiunta di sale e di condimenti grassi. Il sapore può essere ottenuto utilizzando piuttosto erbe aromatiche. Evitare i cibi confezionati che contengono troppo sale, grassi saturi, tramezzini (grassi insaturi) e composti chimici vari. L'ideale è consumare tutti i giorni diverse porzioni di verdura e frutta (almeno 5). In sintesi:

- ridurre l'uso del sale in cucina (utilizzare sale iodato);
- evitare condimenti alternativi (dado, ketchup, ecc.);
- insaporire con erbe aromatiche, succo di limone o aceto;
- scegliere alimenti a basso contenuto di sale;
- evitare snacks salati, olive, salumi e formaggi;
- bere molta acqua;
- effettuare almeno 1 ora al giorno di camminata veloce.

Anziani

La prevenzione negli anziani

L'utilizzo di misure di prevenzione nei soggetti anziani deve essere condizionata da due fattori:

1. aspettativa di vita. Quando questa è limitata a causa di età avanzata, comorbilità e limiti funzionali, il rischio di eventi avversi delle misure di prevenzione può superare i vantaggi
2. il tempo necessario ad avere i benefici.

In linea di massima le misure di prevenzione sono giustificate quando il fattore 1 è superiore al fattore 2.

E' importante sottolineare che la sola età del soggetto non è sufficiente a decidere se effettuare o meno l'intervento di prevenzione: è l'attesa di vita che conta e questa può essere derivata da alcuni parametri come le condizioni funzionali di organi ed apparati e la comorbilità (Yourman LC et al. Prognostic indices for older adults: a systematic review. JAMA 307, 182-92, 2012; Lee SJ et al. Development and validation of a prognostic index for 4-year mortality in older adults. JAMA 295, 801-6, 2006).

Si dovrà procedere nel seguente modo negli anziani:

1. determinare l'aspettativa di vita usando l'indice di Lee et al con il calcolatore riportato sul sito <http://eprognosis.ucsf.edu>
2. determinare il tempo necessario ad osservare i benefici (Lee SJ et al. Time lag to benefit after screening for breast and colorectal cancer: meta-analysis of survival data from the United States, Sweden, United Kingdom and Denmark. BMJ 2013;346:e8441).

Se il fattore 2 è significativamente inferiore al fattore 1 l'intervento sembra giustificato.

(Lee SJ et al. Incorporating "lag time to benefit" into prevention decisions for older adults. JAMA 310, 2609-10, 2013)

Cambiano gli obiettivi della cura negli anziani

Nei pazienti anziani con multipatologie croniche l'obiettivo non è solo il miglioramento clinico, ma soprattutto il recupero funzionale e la partecipazione sociale (i pericoli sono l'isolamento e l'inattività fisica e mentale). Ciò si ottiene cambiando l'impostazione della cura, che deve integrare assistenza sanitaria con assistenza sociale, ponendo tutti gli strumenti nelle mani di un solo medico di tipo olistico, che sappia responsabilizzarsi di tutti i problemi della persona malata che gli viene affidata. Ancora una volta si conferma che "In medicina interna la medicina più usata (e più efficace ndr) è il medico stesso (Balint citato da Stevens R. J. Balint Soc. 37, 55-57, 2009)".

Anziani in Ospedale

Il Royal College of Physicians in Gran Bretagna ritiene che il trattamento riservato dagli Ospedali Generali agli anziani ricoverati debba costituire un parametro di qualità delle cure e un criterio di accreditamento e classificazione dell'Ospedale. E' necessario che questa valutazione venga effettuata da medici ben preparati tramite ispezioni che appurino anche se ai pazienti anziani è riservato rispetto e dignità, e questi temi devono figurare nel processo di rivalutazione dei medici che operano negli Ospedali inglesi. Il College si appresta anche a sviluppare un marchio di qualità per i Reparti che creano agli anziani un contesto amichevole e rispettoso. Sembra iniziato il percorso di consapevolezza che la popolazione degli anziani fragili con comorbilità richiede in Ospedale una particolare attenzione non solo in termini clinici, ma anche umani.

(Jacobucci G. Hospitals should be rated on care for older people. BMJ 2013;347:f5389)

Gli stili di vita salutari prevengono la disabilità

Uno studio condotto in Francia (a Digione) ha dimostrato che i comportamenti non salutari (fumo, inattività fisica, dieta inappropriata) aumentano negli anziani il rischio di disabilità e si sommano in questa loro capacità.

(Artaud F. et al. *Unhealthy behaviours and disability in older adults: Three-City Dijon cohort study*. BMJ 2013;347:f4240)

Le implicazioni pubbliche della vecchiaia

L'aumento dei soggetti anziani nella nostra società mette in allarme i nostri economisti, che parlano di una bomba a tempo per la spesa sociale. Essi infatti calcolano il cosiddetto "rapporto di dipendenza anziani" (old age dependency ratio) che è dato dal rapporto:

n° di pensionati

n° di soggetti di età tra 16 e 64 anni

che oggi si aggira sul 30%, ma che è destinato ad aumentare nei prossimi decenni. Ciò significa che per ogni pensionato ci sono solo due persone che producono e questa situazione è destinata a peggiorare. Tuttavia questo indicatore non è attendibile, in quanto nella situazione reale non basta considerare solo l'età assoluta, ma devono essere considerati gli anni di vita residui (cioè l'aspettativa di vita), che è molto cresciuta negli scorsi decenni e ha consentito agli anziani molti anni di vita attiva in salute. Meglio quindi considerare la dipendenza come rapporto tra:

n° di soggetti con attesa di vita < a 15 anni
(circa 70 anni di età)

= Età di dipendenza reale

n° di soggetti che lavorano

Usando questo indicatore si nota che, contrariamente all'altro, nei Paesi europei occidentali compresa l'Italia, il valore sta calando, si stabilizzerà fra due decadi circa e crescerà probabilmente in modo lento solo dal 2050, cosicché il pessimismo corrente non sembra giustificato.

Anche perché molti altri fattori (immigrazione, basso numero di nascite, lavoro dopo il pensionamento, ecc), possono interferire con l'andamento dell'indicatore, così come miglioramenti sono da attendersi dalle nuove tecnologie e conoscenze della medicina negli anziani, che stanno riducendo la morbilità e disabilità degli anni di vita che rimangono dopo la pensione. Tuttavia starà alla capacità dei governi di spingere la popolazione ad adottare stili di vita migliori (che prevengano ad esempio obesità e diabete, fumo di tabacco, inattività), se la vecchiaia non diventerà un pericolo per la società e una malattia per gli individui.

Ecco perché la salute pubblica e la comunicazione sociale devono essere considerate un buon investimento e non un costo improduttivo.

(Spijkerman J. e MacIness J. BMJ 2013;347:f6598)

Farmaci
Vaccini
Altre terapie

Gli integratori alimentari

Il mercato degli integratori alimentari è molto sviluppato: negli USA esso vale 32 miliardi di US dollari l'anno. Si accetta che gli integratori non debbano dimostrare la loro utilità clinica, ma non debbono comportare danni ai consumatori. Purtroppo non è sempre così. La Tabella seguente elenca una serie di eventi avversi potenziali legati al consumo di vari ingredienti e adulteranti che si trovano negli integratori alimentari.

Examples of Potential Adverse Reactions to Legal Ingredients and Adulterants in Dietary Supplements.*	
Symptoms and Syndromes	Examples of Potentially Responsible Supplement Ingredients
Arrhythmias	Ephedra (ephedra species), horny goat weed (epimedium species), oleander (<i>Nerium oleander</i>), stimulants†
Bleeding	Ginkgo (<i>Ginkgo biloba</i>), NSAIDs
Cancer	Anabolic steroids (linked to hepatoma), beta-carotene (lung cancer), vitamin E (prostate cancer)
Gynecomastia, acne, hirsutism, infertility	Anabolic steroids and precursors (e.g., high-dose androstenedione and DHEA)
Hepatotoxic effects	Aegeline, anabolic steroids, chaparral (larrea species), comfrey (<i>Symphytum officinale</i>), fo-ti (<i>Polygonum multiflorum</i>), germander (<i>Teucrium chamaedrys</i>), kava (<i>Piper methysticum</i>), usnic acid (<i>usnea</i> species)
Mood alterations	Anabolic steroids, belladonna (<i>Atropa belladonna</i>), ginseng (<i>Panax ginseng</i>), kratom (<i>Mitragyna speciosa</i>), St. John's wort (<i>Hypericum perforatum</i>), yohimbe (<i>Pausinystalia yohimbe</i>), stimulants†
Myocardial infarction	Ephedra (ephedra species), sibutramine
Nausea, vomiting, diarrhea, anorexia	Cholinesterase inhibitors (e.g., galantamine and huperzine A), echinacea (echinacea species), fenugreek (<i>Trigonella foenum-graecum</i>), guggul (<i>Commiphora wightii</i>), hawthorn (<i>crataegus</i> species), horny goat weed (epimedium species), neem (<i>Azadirachta indica</i>), oleander (<i>N. oleander</i>), SAMe, saw palmetto (<i>Serenoa repens</i>); see also hepatotoxic effects
Nephrolithiasis	Calcium
Osteoporotic fractures	Vitamin A
Palpitations, chest pain, tremor, anxiety or panic attack, hypertension	Ginseng (<i>P. ginseng</i>), hawthorn (<i>crataegus</i> species), sibutramine, thyroid hormones, yohimbe (<i>P. yohimbe</i>), stimulants (often combined with caffeine)†
Rash and allergic reactions	Bishop's weed (<i>Ammi majus</i>), chrysanthemum (<i>Chrysanthemum morifolium</i>), echinacea (echinacea species), English ivy (<i>Hedera helix</i>), fenugreek (<i>T. foenum-graecum</i>), guggul (<i>C. wightii</i>), NSAIDs, St. John's wort (<i>H. perforatum</i>), willow bark (<i>salix</i> species)
Stroke	DMAA, ephedra (ephedra species), ginkgo (<i>G. biloba</i>), sibutramine, stimulants†
Visual changes or hypotension	Phosphodiesterase inhibitors (e.g., sildenafil and >45 new analogues)

* Catherine Ulbricht and Philip Gregory provided input on the table. DHEA denotes dehydroepiandrosterone, DMAA 1,3-dimethylamylamine, NSAIDs nonsteroidal antiinflammatory drugs, and SAMe S-adenosylmethionine.
† Examples of stimulants found in dietary supplements include DMAA, ephedra (ephedra species), β -methylphenethylamine (MePEA), N, α -diethyl-phenylethylamine (DEPEA), N-caffeoildopamine, and N-coumaroyldopamine.

E' necessario che le Autorità Sanitarie modifichino il loro atteggiamento nei confronti di questi prodotti, verificando le prove della loro innocuità, che i produttori debbono sottoporre prima di immetterli in commercio per ottenere l'autorizzazione (oggi basta la notifica) e attivando una rete di vigilanza sui prodotti una volta messi in commercio.

(Cohen PA. Hazards of Hindsight. Monitoring the Safety of Nutritional Supplements. *N Engl J Med* 370, 1277-80, 2014)



Le statine

Le statine sono farmaci molto utili perché non solo riducono il rischio cardiovascolare nei soggetti ad elevato rischio e il rischio di recidive di tromboembolie, ma riducono di un terzo anche la mortalità nei soggetti con cancro alla prostata.

(BMJ 2013;347:f6979)

Farmaci: vantaggi e svantaggi

I farmaci moderni sono molto più efficaci di quelli antichi, ma bisogna sempre temere i loro effetti avversi. Un vero farmaco ha quasi sempre anche effetti negativi. La seguente Tabella riporta alcuni di questi per farmaci di uso comune

Table. Recently Reported Possible Adverse Effects Associated With Commonly Used Medications or Supplements

Medication or Supplement	Possible Adverse Effect ^a
Aspirin	Macular degeneration ⁴
Bisphosphonates (oral)	Atrial fibrillation ⁵
Calcium-channel blockers	Breast cancer ⁶
Calcium supplements	Cardiovascular death ^{7,8}
Fluoroquinolone antibiotics	Tendon rupture ² ; retinal detachment ¹ ; acute kidney injury ⁹
Folic acid	Prostate cancer ¹⁰
Macrolide antibiotics	Cardiovascular death ¹¹⁻¹³
Omega-3 fatty acids ^b	Prostate cancer ¹⁴
Proton pump inhibitors	Pneumonia ¹⁵ ; fractures ¹⁶ ; <i>C difficile</i> infection ^{7,18}
Statins	Cataracts ¹⁹ ; acute kidney injury ¹⁰ ; diabetes ^{2,22}

^a Possible adverse effects are not intended to be comprehensive but represent a sampling of unexpected or controversial adverse effects reported in the literature but not widely considered by clinicians who prescribe these drugs.

Similarly, references are limited to only 1 or a few representative citations.

^b Higher omega-3 blood levels (not supplements) linked to prostate cancer.

(Brett AS. Oral fluoroquinolone use and retinal detachment. JAMA 310, 2151-52 2013)

Vitamina C e calcolosi renale

L'assunzione di Vitamina C ad alte dosi per lungo tempo aumenta negli uomini il rischio di calcolosi renale da ossalati. Infatti la Vitamina C viene escreta dal rene immodificata e sotto forma di ossalato. Dato che l'uso di Vitamina C come supplemento non sembra aver nessuna indicazione clinica, è consigliabile evitarne l'assunzione specialmente negli uomini che hanno una storia di calcolosi renale.

(Thomas LDK et al. Ascorbic and supplements and kidney stone incidence among men: a prospective study. JAMA Intern Med, 173, 386-88, 2013; Fletcher RH. The risk of taking ascorbic acid. Idem p. 388-89).

La citisina per smettere di fumare

Fino ad una cinquantina di anni or sono, a partire dal secolo XIX e tuttora nei Paesi dell'Est, si usava in Europa la citisina (alcaloide della pianta Cytisus Laburnum con alte affinità per i recettori della nicotina) per smettere di fumare: in commercio esiste oggi un farmaco (Tabex Sopharma, prodotto in Bulgaria) che viene somministrato per 3-4 settimane e che, valutato scientificamente, si è dimostrato altrettanto efficace dei più noti farmaci disponibili sul mercato (sostituti nicotinici, bupropione, clonidina) e sostanzialmente innocuo. La citisina ha il grande merito di costare poco (100 compresse costano \$ 31,20.= inclusa la spedizione). Sarebbe auspicabile che venissero finanziati dagli Stati ulteriori studi controllati indipendenti per mettere sul mercato un composto che potrebbe avere un ruolo importante in una seria iniziativa anti-fumo.

(Prochaska JJ et al. *Cytisine, the world's oldest smoking cessation aid.* BMJ 2013;347:f5198)

Attenzione ai farmaci negli anziani

Bisogna che i medici considerino più spesso l'opportunità di interrompere la somministrazione di alcuni farmaci nei soggetti anziani in trattamento da molto tempo. Infatti è sempre più evidente che anche farmaci tollerati bene a lungo possono ad un certo momento determinare effetti avversi anche gravi. Negli anziani, in particolare, il medico deve sempre rivedere periodicamente il regime terapeutico al fine di semplificarlo o magari sostituire alcuni farmaci. Recentemente il caso degli inibitori di pompa protonica per trattare il reflusso gastroesofageo e l'ulcera peptica, che se usati a lungo aumentano il rischio di infezioni, di fratture ossee e di mortalità. Mai come in questi casi "less is more" (meno è più e meglio).

(Maggio M. et al. *Proton pump inhibitors and risk of 1-year mortality and rehospitalization in older patients discharged from acute care hospitals.* JAMA 173, 518-523, 2013)

La metformina nel diabete di tipo 2

La metformina è il farmaco più indicato per il trattamento di prima linea del diabete di tipo 2: esso non modifica la sensibilità all'insulina nel muscolo o nel tessuto adiposo, ma riduce la produzione endogena di glucosio e la glicemia, non provoca aumento di peso, riduce leggermente il colesterolo LDL e l'accumulo di grassi nel fegato, ha effetti collaterali (nausea) limitati. Il suo meccanismo d'azione è peraltro complesso e non del tutto chiaro. Al paziente che chiede come il farmaco agisce, il medico può rispondere che esso blocca un enzima (glicerofosfato-deidrogenasi mitocondriale) con riduzione della trasformazione del glicerolo e lattato in glucosio e quindi riduzione della immissione di glucosio nel sangue.

Oltre al farmaco, tuttavia, il paziente deve praticare una dieta adeguata e una sufficiente attività fisica, senza le quali il trattamento farmacologico ha minori possibilità di successo. Nei casi che non rispondono al trattamento suddetto, infine, si rende necessario aggiungere altri farmaci che rinforzino l'azione della metformina.

(Ferrannini E. *The target of metformin in type 2 diabetes.* New Engl J Med. 371, 1547-48, 2014)

Trattamento dell'infezione da HCV

L'introduzione sul mercato di due inibitori delle polimerasi e la loro combinazione (sofosbuvir + simeprevir) ha radicalmente cambiato il destino dei pazienti infettati con HCV, che in un'alta percentuale di casi comporta fibrosi epatica, cirrosi ed epatocarcinoma. Oggi una semplice terapia orale di pochi mesi (mediamente 2) senza apprezzabili effetti collaterali ha praticamente debellato questo terribile virus oncogeno. Il suo elevato costo tuttavia resta un ostacolo grave alla sua diffusione, ma le cose sono destinate a migliorare nel prossimo futuro.

(Brennan T, Shrank W. *New expensive treatments of hepatitis C infection. JAMA* 312, 593-94, 2014)

Nuova ed efficace terapia anti-HCV: un grande progresso

Il virus HCV è un virus oncogeno che determina nel fegato cirrosi e trasformazione tumorale. L'infezione è frequente e finora è stato difficile curarla. Oggi abbiamo finalmente a disposizione degli agenti anti-virali detti diretti che riescono a curare tutte le infezioni da HCV, e quindi a prevenire anche cirrosi ed epatocarcinomi. È un grande passo avanti della medicina. Oggi il suggerimento è di effettuare uno screening per HCV; se questo è positivo, le nuove terapie consentono di liberarsi da questo pericoloso nemico.

(Liang TJ, Ghany MG – *Therapy of hepatitis C – Back to the future. NEJM* 370, 2043-47, 2014)

Cura della malaria

L'artemisinina è l'anti-malarico più efficace di cui disponiamo. Sfortunatamente, tuttavia, sta crescendo la resistenza del Plasmodium falciparum a questo farmaco soprattutto in Asia a causa di una mutazione in Kelch13. Le terapie di combinazione con l'artemisinina sono ancora efficaci, ma non sappiamo per quanto. Oggi grande speranza è quindi puntata sul farmaco anti-malarico Spiroindolone KAE609, che agisce rapidamente ed efficacemente sul Plasmodio, anche se resistente all'artemisinina.

(White NJ et al. *Spiroindolone KAE609 for Falciparum and Vivax Malaria. N Engl J Med* 371, 403-10, 2014)