

Girolamo Sirchia

# Pensieri sani

Vol. 3



Centro Trasfusionale Ospedale Maggiore Policlinico Editore

2015

*In copertina*

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

## **Indice**

### **SANITÁ**

Servizi sanitari.....	6
Le professioni sanitarie.....	22

### **SALUTE**

Salute pubblica.....	30
Tabacco.....	41
Tumori.....	46
Cardiovascolare – Ipertensione – Diabete.....	48
Attività fisica - Alimentazione.....	51
Anziani.....	61
Farmaci – Vaccini – Altre terapie.....	63

*Milano, febbraio 2016*

*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

# Una nuova visuale delle priorità in sanità

L'impianto dei servizi sanitari sta andando incontro a importanti modifiche concettuali.

Al riguardo, sono apparsi alcuni interessanti articoli sul New England Journal of Medicine, British Medical Journal e nell'ambito della priority setting partnership (PSPs).

Questi punti di vista partono dalla considerazione che il valore realizzato finora dai diversi sistemi sanitari è inferiore all'atteso e molto costoso (oggi addirittura insostenibile).

La causa di tutto ciò risiede nel fatto che i valori e le priorità sinora perseguiti sono quelle definite dai medici e non dai pazienti ([www.lindalliance.org](http://www.lindalliance.org), Deane KHO, et al. BMJ Open 2014;4:e006434. doi:10.1136/bmjopen-2014-006434, BMJ 2015;350:g7848) e che persino l'evidence-based medicine poggia su presupposti in parte scorretti (Chandra A, et al. N Engl J Med 2015;372(3):203-205).

La sanità del futuro probabilmente dovrà basarsi sulle priorità definite dai pazienti insieme ai medici, come sostenuto dalla James Lind Alliance.

\*\*\*

## Il Servizio Sanitario Nazionale va rivisto

Una lunga serie di provvedimenti e riforme mal fatte e di prassi anomale non hanno negli anni migliorato il Servizio Sanitario Nazionale, che oggi per molti aspetti è abbastanza insoddisfacente, sia per chi ci lavora, sia per gli utenti. Eccone alcune:

1. aziendalizzazione dei presidi sanitari, con relativa importazione in sanità di tecniche e impostazioni di aziende di beni e servizi con cui la sanità ha cospicue differenze. Tra gli inconvenienti il predominio degli amministrativi sui medici;
2. l'invadenza della politica nella sanità pubblica, con le nomine dei partiti. Conseguenza non la qualità e il merito di amministratori e amministrati, ma l'appartenenza politica è il valore;
3. riforme basate su ideologie anziché sulla realtà con disegno di "modelli" non sperimentati e altre invenzioni inutili o dannose;
4. nessuna attenzione o addirittura ostilità nei confronti del personale specie medico e dei clienti, cioè dei principali attori del Servizio Sanitario Nazionale;
5. il medico è stato emarginato e svilito progressivamente da vincoli inutili, cattiva fama, appiattimento, mancanza di aggiornamento e di motivazioni, colpevolizzazione;
6. conflitti tra le categorie (ospedalieri e generalisti, medici e infermieri ecc);
7. nessuna attenzione agli sprechi e ai cattivi comportamenti;
8. insensibilità alle differenze per quantità, qualità e costo tra le varie aree del Paese (gli Standard ancora non esistono);
9. insufficiente misura di efficienza e qualità;
10. insufficiente attenzione agli investimenti essenziali (ricerca e sviluppo, strutture e strumentario, aggiornamento del personale, ecc).

Di fronte a questa serie di inconvenienti non bisogna né lasciarsi prendere dallo sconforto né rifugiarsi nel semplicismo di Gino Bartali “l’è tutto sbagliato l’è tutto da rifare”: Forse basterebbe qualche provvedimento ad avviare il cambiamento, ad esempio:

1. ipotizzare per Ospedali e ASL Enti not for profit (Fondazioni) di diritto privato con Consigli di Amministrazione costituiti da personale dipendente, benefattori e pazienti, che nominino il Direttore Generale;
2. far sì che la retribuzione del personale dipenda in parte dai risultati economici della gestione;
3. lasciare alle Regioni la programmazione ed il controllo (stretto) sui risultati della gestione con ampi poteri di intervento correttivo, se necessario, evitando che esse intervengano nella gestione ordinaria;
4. trasformare i piccoli Ospedali in Ospedali di prossimità per ricoveri a bassa intensità di cura, legandoli in rete a Ospedali di riferimento e offrendo a questi ultimi la possibilità di dimissioni rapide e protette e di riabilitazione;
5. istituzione nei centri fortemente abitati di Case della Salute per anziani e cronici e di walk-in poliambulatori per le urgenze (come valvole di sfogo per Pronto Soccorso, per i medici di medicina generale, per i soggetti che non hanno medici di medicina generale);
6. massima attenzione alla motivazione del personale, specie medico, attraverso:
  - a) libera professione fuori dall’Ospedale, una volta esaurito il debito orario;
  - b) carriera e stipendi basati sul merito (professional and non professional skills);
  - c) possibilità di ricerca e didattica;
  - d) riconoscimenti economici proporzionali ai risultati;
  - e) libera professione intramoenia limitata a prestazioni per pazienti interni, retribuita e autorizzata dall’Amministrazione dell’Ente.
7. rivalutazione del medico ogni 5 anni in base ad un portfolio autogestito, ma valutato da organismi autorevoli in una logica di Continuous Professional Development (CPD) e aggiornamento continuo on job;
8. autonomia dei Dipartimenti per delega dell’Amministrazione centrale (vedi Allegato);
9. valutazione sistematica della soddisfazione dei dipendenti e dei pazienti, con gestione dei suggerimenti e dei reclami. Uso dei risultati ai fini dei riconoscimenti al personale;
10. compartecipazione alla spesa degli utenti per ogni servizio reso (in misura moderata). La sanità non può essere totalmente gratuita per tutti. Per gli indigenti provvedono Istituzioni benefiche, filantropiche, religiose e altri.

Se dovessi decidere, io comincerei con qualcuna delle possibilità più sopra elencate (o altre ancora) in forma sperimentale prima di trasferirle su tutta la realtà esistente.

## **Il dipartimento ospedaliero**

La struttura dipartimentale dei grandi Ospedali ha un senso se è ben chiaro qual è il significato del Dipartimento. Questo significato è duplice:

- 1) da un lato assicurare la buona gestione amministrativa e finanziaria;
- 2) dall'altro assicurare il governo clinico ovvero la qualità dei risultati dell'attività medica e quindi l'interesse del paziente.

Al fine di ottenere gli obiettivi più sopra ricordati deve essere compito del Capo Dipartimento negoziare con l'Amministrazione dell'Ospedale gli obiettivi del Dipartimento stesso e il suo budget. A questo fine egli dovrà assicurare:

- 1) un piano strategico biennale e quinquennale dell'attività del Dipartimento;
- 2) la commisurazione delle forze umane ed economiche agli obiettivi;
- 3) la realizzazione della certificazione di qualità ISO o simili, tesa ad assicurare non la qualità, ma la macchina organizzativa indispensabile ad operare in regime di qualità;
- 4) il governo clinico vero e proprio, inteso come la realizzazione di quelle operazioni misurabili e verificabili che consentono di ottenere il risultato di eccellenza in ognuna delle attività del Dipartimento e che comprendono le procedure migliori, la verifica costante sull'applicazione delle procedure, l'identificazione delle Linee Guida e la loro implementazione, la misura degli outcomes, la preparazione del personale, etc., ovvero tutto quanto serve ad assicurare che le prestazioni erogate dal Dipartimento siano quelle della massima qualità possibile alla luce delle conoscenze e delle risorse impiegate, con il massimo beneficio per i pazienti, non trascurando altresì la qualità percepita da parte del paziente, che è uno dei parametri fondamentali del successo.

Essenziale alla gestione amministrativa è una figura capace di assicurare il controllo di gestione e quindi di capire dove si spende e qual è il valore del denaro impiegato. A questo fine il Capo Dipartimento deve giovarsi di uno specialista amministrativo che può rappresentare il suo Vice e che rappresenta altresì il collegamento con l'Amministrazione centrale.

L'impianto suddetto consente, da un lato, la massima autonomia ai medici e quindi la loro piena valorizzazione, mentre dall'altro permette di assicurare la gestione efficiente, che può essere valutata sui risultati senza inutili controlli di tipo burocratico, che nulla aggiungono alla buona gestione.

Tutto il personale deve essere assoggettato a verifiche quinquennali e devono essere previsti adeguati incentivi per coloro che operano meglio e che si distinguono per la qualità e la quantità del lavoro.

La struttura dipartimentale dei grandi Ospedali ha un senso se è ben chiaro qual è il significato del Dipartimento. Questo significato è duplice: 1) da un lato assicurare la buona gestione amministrativa e finanziaria 2) dall'altro assicurare il governo clinico ovvero la qualità dei risultati dell'attività medica e quindi l'interesse del paziente. Al fine di ottenere gli obiettivi più sopra ricordati deve essere compito del Capo Dipartimento negoziare con l'Amministrazione dell'Ospedale gli obiettivi del Dipartimento stesso e il suo budget. A questo fine egli dovrà assicurare: 1) un piano strategico biennale e quinquennale dell'attività del Dipartimento 2) la commisurazione delle forze umane ed economiche agli obiettivi 3) la realizzazione della certificazione di qualità ISO o simili, tesa ad assicurare non la qualità, ma la macchina organizzativa indispensabile ad operare in regime di qualità 4) il governo clinico vero e proprio,

inteso come la realizzazione di quelle operazioni misurabili e verificabili che consentono di ottenere il risultato di eccellenza in ognuna delle attività del Dipartimento e che comprendono le procedure migliori, la verifica costante sull’applicazione delle procedure, l’identificazione delle Linee Guida e la loro implementazione, la misura degli outcomes, la preparazione del personale, etc., ovvero tutto quanto serve ad assicurare che le prestazioni erogate dal Dipartimento siano quelle della massima qualità possibile alla luce delle conoscenze e delle risorse impiegate, con il massimo beneficio per i pazienti, non trascurando altresì la qualità percepita da parte del paziente, che è uno dei parametri fondamentali del successo. Essenziale alla gestione amministrativa è una figura capace di assicurare il controllo di gestione e quindi di capire dove si spende e qual è il valore del denaro impiegato. A questo fine il Capo Dipartimento deve giovarsi di uno specialista amministrativo che può rappresentare il suo Vice e che rappresenta altresì il collegamento con l’Amministrazione centrale. L’impianto suddetto consente, da un lato, la massima autonomia ai medici e quindi la loro piena valorizzazione, mentre dall’altro permette di assicurare la gestione efficiente, che può essere valutata sui risultati senza inutili controlli di tipo burocratico, che nulla aggiungono alla buona gestione. Tutto il personale deve essere assoggettato a verifiche quinquennali e devono essere previsti adeguati incentivi per coloro che operano meglio e che si distinguono per la qualità e la quantità del lavoro.

\*\*\*

# Proposta: concentriamoci sulle Case della Salute

La Casa della Salute (vedi anche Bodenheimer T et al1, Bodenheimer T et al2, American Academy of Family Physicians3 e i precedenti scritti sul blog <http://www.girolamosirchia.org>, categoria sanità, voce Casa della Salute) è uno strumento innovativo dei servizi sanitari che negli Stati Uniti viene promosso dal Governo e dalle Associazioni dei Medici Generalisti. Esso si muove con un approccio olistico, centrato sul paziente e sul lavoro di squadra dei medici e del restante personale sanitario per migliorare l'accesso alle cure, al coordinamento, alla comprensività, alla qualità e alla sicurezza; esso prende in carico i pazienti e li segue per tutta la vita in ogni momento delle loro necessità assistenziali e sanitarie, cominciando dalla promozione della salute, prevenzione, diagnosi precoce fino alla riabilitazione e all'assistenza sociale e sanitaria. Anche in Italia si guarda con interesse a questo nuovo strumento, ma ancora mancano esperienze sufficienti a disegnare il modello ottimale e ad inserirlo nel nostro Servizio Sanitario Nazionale. Auspico che il Ministero della Salute e le Regioni si accingano a questo compito e disegnino una Casa della Salute che, unitamente ad altri presidi come il walk-in centre aperto a Milano (vedi altri scritti sul blog <http://www.girolamosirchia.org>, categoria sanità, voce walk-in centre), possa determinare sia un sensibile miglioramento della sanità che un migliore utilizzo delle risorse.

1. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. *Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model*. JAMA 2002;288:1775-1779.
2. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. *Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2*. JAMA 2002;288(15):1909-1914.
3. American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Physicians, American Osteopathic Association. *Joint principles of the patient-centered medical home. Patient-Centered Primary Care Collaborative*. [http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/practice\\_management/pcmh/initiatives/PCMHJoint.pdf](http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/practice_management/pcmh/initiatives/PCMHJoint.pdf). Published February 2007. Accessed July 23, 2014.

\*\*\*

## Il Servizio Sanitario Nazionale italiano può migliorare?

Il servizio sanitario nazionale (SSN) presenta oggi alcune vistose insufficienze in termini di equità, qualità ed efficienza, e pur non essendo eccessivamente costoso rischia di diventare presto insostenibile sul piano economico. Le principali cause di questa situazione ritengo siano le seguenti:

1. Non essendo stati definiti standard di quantità, qualità e costo dei singoli servizi sanitari che le regioni debbano assicurare uniformemente,[1] esiste una iniqua variabilità fra le varie aree del Paese per cui alcuni cittadini in base al luogo di residenza non hanno accesso a servizi adeguati con conseguenti pericoli per la salute o migrazioni sanitarie con relativi disagi.[2]

2. L'accesso ai servizi è difficile in alcune condizioni con tempi di attesa troppo lunghi e spesso la necessità di ricorrere a erogatori privati o alla cosiddetta libera professione 'intra-moenia' che tante perplessità etiche continua a sollevare.
3. L'aggiornamento dei medici è mal strutturato e poco efficace e non è verificabile.
4. Gli investimenti in tecnologia innovativa sono mal programmati, assai variabili da zona a zona e spesso non accompagnati da una adeguata preparazione del personale addetto.
5. La gestione di tipo pubblico dei servizi è inefficiente e costosa, come è naturale attendersi quando si insiste ad applicare regole pensate per la pubblica amministrazione a organizzazioni che necessitano di gestione imprenditoriale. A ciò si aggiunga l'invasione della politica nella sanità pubblica che notoriamente premia più l'appartenenza partitica che il merito, la qualità e l'efficienza.
6. Il SSN non è disegnato sui bisogni dell'utente ma su altri interessi. Ciò accade per la debolezza dell'utente che si trova nella situazione di avere scelte limitate o assenti e non attivare quindi meccanismi di mercato. Utenza peraltro che spesso approfitta della gratuità dei servizi e ne usa in eccesso e in modo inappropriato.

Le numerose "riforme" attuate dalle regioni non hanno sortito risultati apprezzabili in quanto non hanno inciso sulle vere cause della disfunzione. Ciò non meraviglia perché il politico di professione non ha la possibilità di contrastare interessi organizzati e clientele politiche pena la perdita del consenso. Questo è il motivo per cui io ritengo che gli esecutivi ministeriali o regionali non dovrebbero essere costituiti da politici ma da tecnici esperti nel rispettivo settore.

Per migliorare davvero sono, a mio avviso, necessarie poche incisive operazioni e precisamente:

a) I grandi ospedali di riferimento e le strutture territoriali ad essi annesse (poliambulatori specialistici, Walk-in centres, strutture di ricovero a medio termine per la dimissione protetta) devono essere trasformati in fondazioni di diritto privato e dotati di un piccolo Consiglio di Amministrazione (CdA) costituito da rappresentanti dei benefattori, dei capitali no profit, dei dipendenti, ecc. che nomini ed eventualmente rimuova un direttore generale e un collegio di direzione capaci di assicurare una gestione imprenditoriale sulla struttura e una forte motivazione al personale avendo piena libertà e autonomia ancorché sottoposte alla programmazione e al controllo del CdA e della regione.

Il Decreto legislativo n. 288 del 16 ottobre 2003 sul Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'art. 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003 n. 3 aveva lo scopo di trasformarli in fondazioni di diritto privato e di costituire una rete nazionale di strutture di alta qualificazione e di riferimento.

La legge tuttavia è stata affondata grazie a due interventi esterni, il primo ad opera della commissione sanità della Camera (che pretese di aggiungere al termine fondazione la specifica di natura pubblica) e il secondo da una sentenza della Corte Costituzionale (n. 270/2005) che, su ricorso di alcune regioni, stabilì che lo statuto delle fondazioni in oggetto doveva essere redatto dalle regioni di appartenenza e non dallo Stato. Non è stato colto dalla Corte il valore di una rete sopraregionale di strutture di riferimento, valore che è stato ad esempio dimostrato dall'IRCCS Spallanzani di Roma in occasione dell'epidemia di Sars, di Influenza Aviaria e di Ebola o dalla rete degli IRCCS oncologici ai fini di assistenza e di ricerca. Sta di fatto che oggi gli IRCCS hanno perso ogni valore aggiunto rispetto ai normali ospedali regionali e l'Italia non ha saputo creare strutture di riferimento e reti di assistenza e di ricerca.

Per quanto riguarda i collegi di direzione sopra menzionati ho più volte auspicato che essi siano costituiti dai capi dipartimento dell'ospedale e continuo a ritenere che questi ultimi debbano guidare un dipartimento che ottenga dal CdA i poteri e le risorse necessarie a svolgere in modo autonomo il ruolo di governo clinico che gli spetta, ossia a rispondere in termini di quantità, qualità e costo delle prestazioni effettuate al budget negoziato con l'amministrazione centrale dell'ospedale senza inutili vincoli e interferenze che hanno dimostrato di saper solo smorzare il potenziale dei medici e del dipartimento stesso. Auspico in altri termini che il dipartimento acquisisca caratteristiche simili a quelle delle divisioni industriali delle grandi aziende private.

**b)** Passare al metodo dell'assistenza indiretta: il paziente paga le prestazioni che riceve e le regioni lo rimborsano del tutto o in parte in tempi brevissimi. Per i veri indigenti le prestazioni restano gratuite. E' noto che l'indiretta riduce di molto le prestazioni inutili o inappropriate e quindi gran parte degli sprechi della sanità.

Il passaggio all'assistenza indiretta è una svolta drastica che deve esser attuata in modo progressivo limitandola inizialmente ad alcune prestazioni quali ad esempio la specialistica ambulatoriale e la farmaceutica convenzionata, ed estesa eventualmente al medico di famiglia e ad altri servizi sanitari. Essa inoltre presuppone grande efficienza e tempestività nei rimborsi ai cittadini da parte delle regioni.

**c)** Il SSN non deve coprire le malattie e gli accidenti che sono causati da attività ludiche o sportive che ogni interessato potrà coprire con assicurazioni private o con polizze aggiuntive del SSN.

**d)** La medicina territoriale sarà incentrata sulla "Casa della Salute" di cui ho già scritto in precedenza (vedi blog [girolamosirchia.org](http://girolamosirchia.org)) e sui medici generalisti con essa collegate e si avvarrà anche di ospedali di prossimità a bassa intensità di cura per curare malati cronici e anziani e assicurare loro una dimissione protetta e tempestiva da parte dei grandi ospedali di riferimento. Anche le Case della Salute e gli ospedali di prossimità potranno essere pubblici o privati.

**e)** E' urgente attivare un sistema di aggiornamento dei medici basato sul Continous Professional Development,[3] già previsto nella Finanziaria per il 2005 (art. 173, comma d), che prevede che ogni medico gestisca un proprio portfolio della conoscenza e della professionalità e possa documentare ad un ente terzo indipendente la sua preparazione professionale ma anche le sue capacità di relazione con pazienti e colleghi e più in generale con la società in cui vive, così da essere rivalidato ogni cinque anni ed offrire alla società stessa, inclusa la magistratura, e ai pazienti garanzia del proprio operato.

Vogliamo rendere il nostro servizio sanitario nazionale equo, efficace e sostenibile? Se la risposta è positiva credo sia necessario procedere con coraggio e competenza ad effettuare sostanziali modifiche come quelle che qui ho suggerito o altre di documentata efficacia.

[1] Art. 169, Legge 30 dicembre 2004 n. 311. *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)*. GU Serie Generale n. 306 del 31-12-2004. Suppl Ordinario n. 192.

[2] Campari M. *La variabilità dei consumi*. In: *Salute e Territorio. I livelli essenziali di assistenza*. Edizioni ETS s.r.l., Pisa, N. 164, 2007.

[3] Sirchia G. *Spunti per una sanità migliore*. Edizioni Piccin 2010. Pagg. 9, 79 – 81.



# Tagli alla sanità

Si è consumato per l'ennesima volta il solito copione: dopo aver stabilito di incrementare gli stanziamenti per la sanità con razionalizzazione della spesa, Governo e Regioni hanno deciso di effettuare i soliti tagli più o meno lineari della spesa senza toccare i veri nodi del Servizio Sanitario Nazionale, ossia le cause di spesa inappropriata che raggiunge almeno il 20% del Fondo Sanitario e che sono semplicemente tre: l'invadenza della politica nella sanità con le nomine di partito per premiare gli amici, gli abusi di utenti e dipendenti e la scarsa produttività del sistema. Queste due ultime cause legate alla assenza di responsabilizzazione e motivazione proprie del sistema pubblico italiano, dove nessuno risponde del suo operato ed il disimpegno è molto comune.

In un precedente articolo (pubblicato sul mio blog [www.girolamosirchia.org](http://www.girolamosirchia.org), categoria sanità) ho avanzato alcune idee per incidere su questi nodi cruciali, ma credo vi siano diversi modi per intervenire. Perché ciò non avviene? Certo l'incapacità di disegnare riforme incisive è un fatto, ma sono convinto che la causa principale sia rappresentata da una serie di interessi che attraversano tutti i partiti e molte categorie: innanzi tutto la politica, che ha nella sanità una sua importante area di nutrimento. Le nomine del personale, gli appalti, il potere sono fattori che incidono grandemente sulla spesa, giacchè sappiamo che essi influiscono grandemente e in modo negativo sulla qualità ed efficienza dei servizi. Ma anche a molti utenti il sistema va bene così: tutti i servizi sono gratis, le assenze per malattia giustificate, le scappatoie per i sussidi numerose. E' vero che le cose non funzionano bene, ma ci si può sempre lamentare e ottenere qualche vantaggio in più. Il personale lavora male e senza soddisfazione, con paghe modeste: ma si può lavorare poco e senza responsabilità, assentarsi dal lavoro, e via dicendo senza perdere il posto. Ovviamente non tutti i dipendenti ragionano così e le generalizzazioni sono sempre sbagliate, ma una bella fetta di persone dimostra con i propri comportamenti di ragionare così. Un comportamento peraltro presente in tutti i servizi pubblici a causa delle eccessive tutele che questi riservano ai propri dipendenti (per inciso perché questi privilegi per i dipendenti pubblici? Perché il contratto di lavoro è diverso da quello dei privati? Non si diceva che i diritti e doveri di tutti i cittadini italiani devono essere uguali?).

Infine vi sono le imprese che operano all'ombra dei partiti e che vincono gli appalti con una costanza degna di nota. Sono tante queste imprese, e altrettanto i professionisti consulenti di cui il potere si avvale. Una rosa di favoriti molto ampia, che opera nei più svariati campi delle attività produttive. Come mai nessuno ha indagato sul fatto che sempre gli stessi hanno accesso agli incarichi o appalti della Pubblica Amministrazione e questi variano in rapporto al colore politico di questa?

Allora il dubbio è che l'Italia non vuole cambiare. Sembra che a molti Italiani vada bene così. C'è sempre la possibilità di lamentarsi, di gridare allo scandalo, di invocare interventi radicali, ma poi tutto resta com'è. Questa è l'Italia e ognuno di noi è corresponsabile di questa realtà.

\*\*\*

# Misurare i servizi sanitari

L’Institute of Medicine ha definito con 15 indicatori la qualità di un Servizio sanitario, e quindi la possibilità di confrontare i servizi. Ecco i parametri:

1. Aspettativa di vita
2. Misura del benessere soggettivo
3. Sovrappeso e obesità
4. Dipendenze (tabacco, alcol, ecc)
5. Gravidanze non volute
6. Livello di vita sociale (educazione, reddito, casa, qualità di acqua e aria, parchi, ecc)
7. Servizi preventivi (screening, vaccinazioni, ecc)
8. Accesso ai servizi di diagnosi e cura (liste di attesa, tickets)
9. Sicurezza delle cure
10. Diagnosi e cure basate sull’evidenza e appropriatezza
11. Coinvolgimento dei pazienti e loro familiari nella diagnosi e nelle cure
12. Carico di spesa sui pazienti per la salute in rapporto al reddito
13. Carico di spesa sulla collettività per la salute e l’assistenza sociale
14. Cointvolgimento delle persone nel mantenimento e cura della loro salute
15. Cointvolgimento della comunità nel mantenimento e miglioramento della salute

E’ lasciato ad ogni Servizio sanitario decidere i parametri singoli da usare per raggiungere questi 15 obiettivi. Questi permettono di porre fine all’auto-referenzialità degli attuali Servizi sanitari attraverso dati obiettivi.

*(Institute of Medicine. Vital signs: core metrics for health and health care progress. 2015.*

<http://www.iom.edu/coremetrics>

\*\*\*

# Le fusioni

Molti ritengono che l’accorpamento e fusione di strutture anche sanitarie comporti vantaggi e risparmi. Più spesso non è così, ma l’esatto contrario: i costi aumentano e la qualità diminuisce. In altri termini non si realizzano le merger-specific efficiencies attese perché non sono state ben studiate e ben pianificate le conseguenze della fusione.

Se poi il risultato è di ridurre la competizione tra gli erogatori di servizi sanitari, si otterrà solo un aggravio economico per chi deve pagare i servizi stessi.

*(Leemore D e Lee TH. The good merger. NEJM 372, 2077-79, 2015)*

\*\*\*

# Le organizzazioni responsabili in USA

Negli USA l’Affordable Care Act (ACA, la riforma sanitaria di Obama) ha previsto la sperimentazione di Organizzazioni responsabili (Accountable Care Organizations – ACO), ossia di erogatori sanitari che ottengono extra-finanziamenti se si assumono il rischio di avere più qualità con minori costi e con il gradimento dei loro pazienti. Dopo 2 anni di sperimentazione 32 Pioneer ACO hanno ottenuto risultati migliori di prima con costi inferiori del 4% circa. Questi primi risultati devono ora essere verificati su ampia scala, e già si capisce che il sistema potrà funzionare solo se il finanziamento extra sarà sostanzioso, giacché esso comporta impegno e rischio e anche innovazioni gestionali importanti.

*(Casalino LP. Pioneer Accountable Care Organizations. JAMA 313, 2126-27, 2015)*

\*\*\*

## Il Servizio Sanitario Nazionale va migliorato

Tra le cose che avrei voluto affrontare e portare a termine durante il mio mandato al Ministero della Salute (anni 2001-2005) e anche alla luce degli sviluppi registrati nei successivi 10 anni, oggi concentrerò i miei sforzi di miglioramento del Servizio Sanitario nei seguenti ambiti:

1. La gestione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)
2. Il potenziamento della medicina territoriale attraverso:
  - 2.1 La realizzazione di walk-in centers e
  - 2.2 Le Case della Salute

### 1. Gestione dei LEA

Quando nel 2001 definimmo i LEA ci limitammo ad elencarli, ma ben sapevamo che questo era solo un primo passo cui doveva seguire la definizione di uno standard della quantità, qualità e costo di ogni prestazione sanitaria (e una sua periodica revisione) che ogni Regione dovrebbe assicurare per garantire un Servizio Sanitario Nazionale uniforme su tutto il territorio nazionale e quindi l’equità del servizio. Oggi non è così e le disparità sono macroscopiche, con liste d’attesa a volte inaccettabili, qualità talora men che soddisfacente e costi a volte elevati. La necessità di definire standard di quantità, qualità e costo delle singole prestazioni (almeno le più importanti) è stata inserita nella Legge finanziaria per il 2005 [art. 169, Legge 30 dicembre 2004, n. 311. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005). GU Serie Generale n. 306 del 31.12.2004. Suppl. Ordinario n. 192], ma la cosa non ha avuto il seguito desiderato.

**2. La Casa della Salute** è una struttura territoriale che effettua la presa in carico dei malati cronici e la costruzione e gestione di un piano di cura personalizzato. E’ importante che l’anziano venga seguito in tutto il suo percorso sanitario e sociale iniziando dalla prevenzione proattiva fino alle fasi più avanzate della vita evitando per quanto possibile il ricovero in ospedale o RSA. La Casa della Salute deve operare in collaborazione stretta con i Medici di Medicina Generale che operano da soli nel loro studio e che mantengono una funzione essenziale. Oggi manca un modello italiano di Case della Salute e auspico che il

Ministero della Salute con le Regioni lo definiscano al più presto onde evitare che esistano in Italia forme diverse di questo presidio che è, a mio avviso, il più importante passo per il potenziamento delle cure territoriali.

**3. I walk-in centers.** La Regione Lombardia ha realizzato uno di questi Centri a Milano in occasione dell’Expo 2015. Esso si propone di offrire un servizio di diagnosi e cura per le persone che visitano Milano provenienti da altre città, per i milanesi che desiderano una visita medica quando è loro più comodo e in genere per tutti coloro (medici generalisti o cittadini) che vogliono una second opinion. Questa struttura deve operare idealmente dalle 8 alle 24 ogni giorno della settimana e deve disporre in loco o tramite Pronta Disponibilità di internista (o generalista), chirurgo generale ed eventualmente anestesista e di altri vari servizi specialistici, nonché di laboratorio di ematochimica d’urgenza e bioimmagine con variazioni dettate di volta in volta dalla collocazione del presidio. La indispensabile presenza di specialisti in questo 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.

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 di dimostrata capacità ed esperienza manageriale in ambito sanitario, coadiuvato da personale sanitario e amministrativo esperto.

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 esso sia dotato di uno sportello amministrativo per il disbrigo di pratiche inerenti.

Questi Poliambulatori-Guardia Medica sono ispirati 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, che sono molto comuni anche negli USA, 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 preventivato[2]. 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.

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]. 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 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 è iniziato con un Poliambulatorio-Guardia Medica nel centro storico della città, e quindi in posizione baricentrica e facilmente raggiungibile da ogni periferia.

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 Astanteria-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.

**Per un intervento di miglioramento a più ampio raggio sottoporrei alla discussione le seguenti proposte**

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha urgente bisogno di vere riforme. Oggi presenta alcune vistose insufficienze in termini di quantità, qualità ed efficienza delle prestazioni erogate e, pur non essendo eccessivamente costoso, rischia di diventare presto insostenibile sul piano economico. Le principali cause di questa situazione ritengo siano le seguenti:

1. Non essendo stati definiti standard di quantità, qualità e costo delle singole prestazioni sanitarie che le regioni debbano assicurare uniformemente,[4] esiste una iniqua variabilità fra le varie aree del Paese per cui alcuni cittadini in base al luogo di residenza non hanno accesso a servizi adeguati con conseguenti pericoli per la salute o migrazioni sanitarie con relativi disagi.[5]
2. L'accesso ai servizi è difficile in alcune condizioni con tempi di attesa troppo lunghi e spesso la necessità di ricorrere a erogatori privati o alla cosiddetta libera professione 'intra-moenia' che tante perplessità etiche continua a sollevare.
3. L'aggiornamento dei medici è mal strutturato e poco efficace e non è verificabile.
4. Gli investimenti in tecnologia innovativa sono mal programmati, assai variabili da zona a zona e spesso non accompagnati da una adeguata preparazione del personale addetto.
5. La gestione di tipo pubblico dei servizi è inefficiente e costosa, come è naturale attendersi quando si insiste ad applicare regole pensate per la pubblica amministrazione a organizzazioni che necessitano di gestione imprenditoriale. A ciò si aggiunga l'invasione della politica nella sanità pubblica che notoriamente premia più l'appartenenza partitica che il merito, la qualità e l'efficienza.
6. Il SSN non è disegnato sui bisogni dell'utente ma su altri interessi. Ciò accade per la debolezza dell'utente che si trova nella situazione di avere scelte limitate o assenti e non attivare quindi meccanismi di mercato. Utenza peraltro che spesso approfitta della gratuità dei servizi e ne usa in eccesso e in modo inappropriato.

Le numerose "riforme" attuate dalle Regioni non hanno sortito risultati apprezzabili in quanto non hanno inciso sulle vere cause della disfunzione.

Per migliorare davvero sono, a mio avviso, necessarie poche incisive operazioni e precisamente:

**a)** I grandi ospedali di riferimento e le strutture territoriali ad essi annesse (poliambulatori specialistici, Walk-in centres, strutture di ricovero a medio termine per la dimissione protetta) devono essere trasformati in fondazioni di diritto privato e dotati di un piccolo Consiglio di Amministrazione (CdA) costituito da rappresentanti dei benefattori, dei capitali no profit, dei dipendenti, ecc. che nomini ed eventualmente rimuova un direttore generale e un collegio di direzione capaci di assicurare una gestione imprenditoriale della struttura e una forte motivazione del personale avendo piena libertà e autonomia ancorché sottoposte alla programmazione e al controllo del CdA e della regione.

Il Decreto legislativo n. 288 del 16 ottobre 2003 sul Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'art. 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003 n. 3 aveva lo scopo di trasformarli in Fondazioni di diritto privato e di costituire una rete nazionale di strutture di alta qualificazione e di riferimento.

La legge tuttavia è stata affondata a causa di due interventi esterni, il primo ad opera della Commissione Sanità della Camera (che pretese di aggiungere al termine Fondazione la specifica di natura pubblica) e il secondo da una sentenza della Corte Costituzionale (n. 270/2005) che, su ricorso di alcune Regioni, stabilì che lo statuto delle Fondazioni in oggetto doveva essere redatto dalle Regioni di appartenenza e non dallo Stato. Non è stato colto dalla Corte il valore di una rete sopraprovinciale di strutture di riferimento, valore che è stato ad esempio dimostrato dall'IRCCS Spallanzani di Roma in occasione dell'epidemia di Sars, di Influenza Aviaria e di Ebola o dalla rete degli IRCCS oncologici ai fini di assistenza e di ricerca. Sta di fatto che oggi gli IRCCS hanno perso ogni valore aggiunto rispetto ai normali ospedali regionali e l'Italia non ha saputo creare strutture di riferimento e reti di assistenza e di ricerca.

Per quanto riguarda i collegi di direzione sopra menzionati ho più volte auspicato che essi siano costituiti dai capi dipartimento dell'ospedale e continuo a ritenere che questi ultimi debbano guidare un dipartimento che ottenga dal CdA i poteri e le risorse necessarie a svolgere in modo autonomo il ruolo di governo clinico che gli spetta, ossia a rispondere in termini di quantità, qualità e costo delle prestazioni effettuate al budget negoziato con l'amministrazione centrale dell'ospedale senza inutili vincoli e interferenze che hanno dimostrato di saper solo smorzare il potenziale dei medici e del dipartimento stesso. Auspico in altri termini che il dipartimento acquisisca caratteristiche simili a quelle delle divisioni industriali delle grandi aziende private.

**b)** Introdurre il metodo dell'assistenza indiretta: il paziente paga le prestazioni che riceve e viene rimborsato tramite conguaglio fiscale o altro meccanismo. Per i veri indigenti le prestazioni restano gratuite. E' noto che l'indiretta riduce di molto le prestazioni inutili o inappropriate e quindi gran parte degli sprechi della sanità.

Il passaggio all'assistenza indiretta è una svolta drastica che deve esser attuata in modo progressivo limitandola inizialmente ad alcune prestazioni quali ad esempio la specialistica ambulatoriale e la farmaceutica convenzionata, ed estesa eventualmente al medico di famiglia e ad altri servizi sanitari con vantaggi per i cittadini e per gli stessi erogatori di servizi.

**c)** Il SSN non dovrebbe coprire le malattie e gli accidenti che sono causati da attività ludiche o sportive che ogni interessato può coprire con assicurazioni private o con polizze aggiuntive del SSN.

**d)** La medicina territoriale sarà incentrata sulla "Casa della Salute" di cui ho già scritto in precedenza (vedi anche blog [girolamosirchia.org](http://girolamosirchia.org)) e sui Medici Generalisti con essa collegate e si avvarrà anche di ospedali di prossimità a bassa intensità di cura per curare malati cronici e anziani e assicurare loro una

dimissione protetta e tempestiva da parte dei grandi ospedali di riferimento. Anche le Case della Salute e gli ospedali di prossimità potranno essere pubblici o privati.

e) E' urgente attivare un sistema di aggiornamento dei medici basato sul Continous Professional Development,[6] già previsto nella Finanziaria per il 2005 ( 173, comma d), che prevede che ogni medico gestisca un proprio portfolio della conoscenza e della professionalità e possa documentare ad un ente terzo indipendente la sua preparazione professionale ma anche le sue capacità di relazione con pazienti e colleghi e più in generale con la società in cui vive, così da essere rivalidato ogni cinque anni ed offrire alla società stessa, inclusa la magistratura, e ai pazienti garanzia del proprio operato.

Vogliamo rendere il nostro servizio sanitario nazionale equo, efficace e sostenibile? Se la risposta è positiva credo sia necessario procedere con coraggio e competenza ad effettuare sostanziali modifiche come quelle che qui ho suggerito o altre di documentata efficacia.

- [1] *Healthcare for London. A framework for action* (DOWNLOAD: <http://www.nhshistory.net/darzilondon.pdf>)
- [2] *Torjesen I. Monitor investigates reasons behind closure of “popular” Darzi walk-in centres. BMJ 2013;346:f3570*
- [3] *BMJ 2013;347:f5949*
- [4] *Art. 169, Legge 30 dicembre 2004 n. 311. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005). GU Serie Generale n. 306 del 31-12-2004. Suppl Ordinario n. 192.*
- [5] *Campari M. La variabilità dei consumi. In: Salute e Territorio. I livelli essenziali di assistenza. Edizioni ETS s.r.l., Pisa, N. 164, 2007.*
- [6] *Sirchia G. Spunti per una sanità migliore. Edizioni Piccin 2010. Pagg. 9, 79 – 81.*

\*\*\*

## Ambiguità in sanità

Si discute da anni su come risparmiare in sanità. Giusto eliminare gli sprechi. Ma giusto anche fare chiarezza su alcune ambiguità del nostro Servizio Sanitario Nazionale e delle politiche di governo. In particolare:

1. Tutti sanno che alcuni stili di vita non salutari comportano danni alla salute e patologie assai costose. Fumo di tabacco e alcolici sono ai primi posti fra queste. Ma il contrasto che viene attuato a queste assuefazioni è efficace? Non sembrerebbe, dato che il fenomeno è in aumento. Ancora: la dieta mediterranea sta perdendo terreno in Italia in favore di un'alimentazione occidentale a base di carne, zuccheri raffinati, grassi saturi e trans, prodotti confezionati di scarso valore nutrizionale ma ricchi di calorie. È il vistoso effetto di una macchina industriale che ci ha imposto un diverso modo di vivere, a scapito della salute pubblica, ma assai vantaggioso per alcuni interessi organizzati. Sappiamo che tutto ciò provoca aumento dell'obesità e del diabete con costi enormi. Come contrastiamo questi fenomeni? Non so rispondere. Non vedo nessuna efficace azione di governo in tal senso. Anzi Europa e USA si accingono a firmare un trattato transatlantico di libero scambio per lo sviluppo e gli investimenti (TTIP, Transatlantic Trade and Investment Partnership) che darà ai grandi gruppi industriali mano libera per favorire i loro interessi economici a spese della salute pubblica e dell'ambiente. In Germania molti protestano, in Italia tutto tace. Da noi non esiste nemmeno la più pallida idea di una Health in all policy, che impone che tutti i provvedimenti di legge

tengano conto dell'impatto sulla salute. Da noi ci si compiace di dire che Philip Morris apre uno stabilimento di produzione in Emilia e compera tutto il tabacco prodotto in Italia!

Più in generale l'Italia ha poca attenzione per la prevenzione, che notoriamente ha un elevato ritorno sugli investimenti. Se ci pensate, siamo un Paese di vecchi, ma inadatto ai vecchi: la prevenzione dell'invecchiamento invalidante, dell'ipertensione, del diabete e la costruzione di programmi personalizzati e proattivi per queste persone, affinché possano evitare le gravi complicanze di queste affezioni, sono presenti solo in qualche area del Paese. Non abbiamo un modello ufficiale di Casa della Salute, ossia di quel presidio territoriale che deve realizzare tutto ciò; in realtà tutte le cure territoriali sono inadeguate da anni. Il medico generalista deve essere stimolato e messo in condizioni di lavorare meglio. Suggerisco ad esempio di attivare nel territorio urbano Walk-in Centers che altro non sono se non ambulatori polispecialistici, aperti 16 ore al giorno, 7 giorni a settimana, per aiutare i medici di famiglia con consulenze o approfondimenti diagnostici strumentali in qualunque momento della giornata, e comunque offrire a chiunque lo desideri diagnosi e cure. Si continua poi a registrare una enorme variabilità fra le varie aree del Paese, con inaccettabili differenze nella quantità, qualità e costo delle singole prestazioni erogate. Vogliamo una volta per tutte fissare gli standard minimi dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e monitorarli per evitare le disparità di trattamento, le migrazioni sanitarie e tutte le iniquità che ne conseguono, compreso il ricorso al privato o alla libera professione intramoenia per ottenere una cura in tempi ragionevoli e di qualità adeguata? Ancora: vogliamo incominciare a investire nel personale sanitario, aggiornandolo, motivandolo e soprattutto rispettandolo, ossia evitando di continuare in questa perniciosa aziendalizzazione di Asl e Ospedali, che ha marginalizzato i sanitari, privandoli di ogni potere organizzativo e gestionale. Sembra che ancora non si sia capito che non si può fare buona sanità senza buon personale sanitario.

**2.** È tempo di assicurare un fine vita senza sofferenze per chi lo desidera: evitare il tormento dell'agonia, accompagnare alla morte in certe situazioni; lenire sempre il dolore è un obbligo per la società civile.

**3.** Interventi sanitari che si rendono necessari a seguito di attività ludiche o sportive non devono gravare sul Sistema Sanitario Nazionale, ma su una assicurazione obbligatoria contratta dagli interessati: chi può spendere per divertirsi può e deve spendere per assicurarsi contro eventuali conseguenze dannose per la salute. Si tratta di risparmi non di poco conto che potrebbero essere utilizzati per rafforzare servizi sociosanitari ancora deboli.

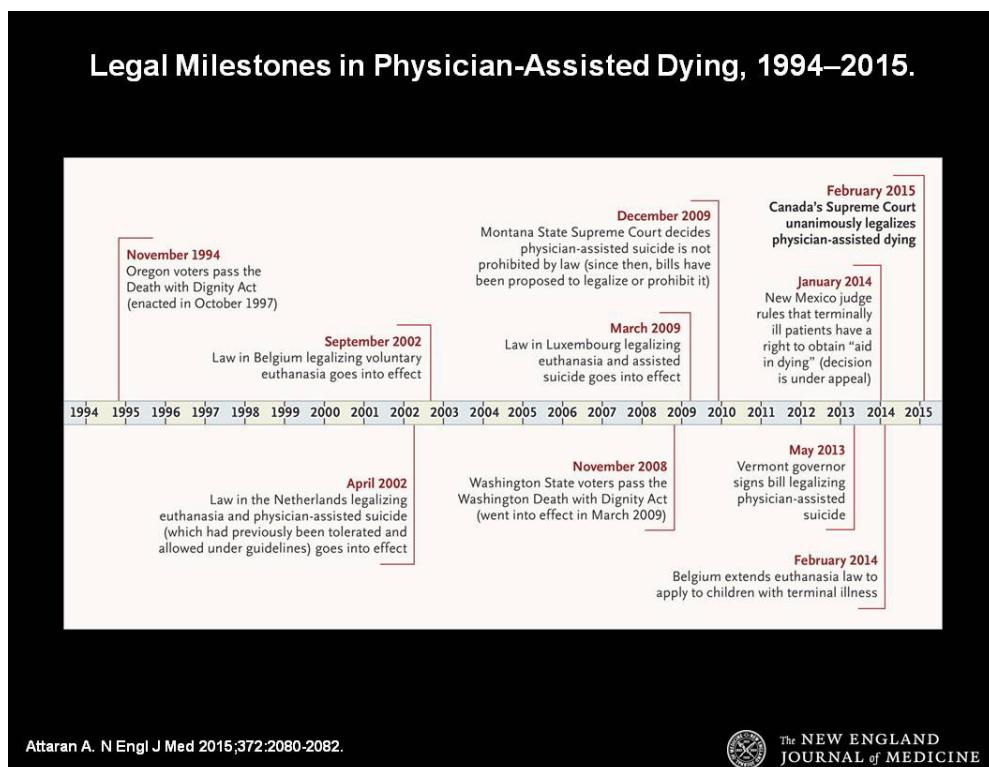
Provvedimenti di questo tipo potrebbero consentire di far meglio con minor spesa o almeno di spendere meglio. Ma perché allora non vengono né proposti né tanto meno realizzati? Io penso che una delle principali cause sia che ognuno di essi contrasterebbe interessi organizzati molto potenti di tipo economico, ideologico o altro. Ancora una volta l'interesse di tutti viene sacrificato a favore dell'interesse di qualcuno.

# Le professioni sanitarie

# Suicidio medicalmente assistito

Dal 2016 in Canada i pazienti in particolari situazioni avranno la possibilità di decidere di essere aiutati a morire. Il Canada si aggiunge così a 5 Stati USA, al Benelux e alla Svizzera in questa determinazione (vedi Tabella).

La Suprema Corte di Giustizia ha motivato l'unanimità della sua decisione con un concetto di “riduzione del danno”: il suicidio assistito dal medico è discutibile, ma è meno lesivo della dignità e della sicurezza cui tutte le persone hanno diritto.



(Attaran AD. *Unanimity on Death with Dignity. Legalizing Physician-Assisted Dying in Canada.* NEJM 372, 2080 – 82, 2015)

\*\*\*

## Il buon medico

Il buon medico è colui che non solo sostiene e supera delle verifiche periodiche, ma che continuamente si impegna per aumentare le proprie conoscenze e migliorare in modo misurabile la cura che fornisce ai pazienti ed i rapporti umani che riesce a stabilire con essi.

\*\*\*

## Una specie in estinzione: il medico curante

Il più grande problema oggi è forse quello del medico (e del pediatra) curante come era inteso una volta. Questo non c'è più. Il generalista ha difficoltà ad effettuare visite domiciliari, fa orari di studio limitati, non ha incentivi per conoscerti e seguirti, ma anche l'internista privato non c'è più: creando ostacoli normativi assurdi alla libera professione del medico, anche chi vuol pagare privatamente non trova più un internista che lo curi con continuità. Numerosi anziani anche abbienti sono oggi costretti ad andare in Pronto Soccorso se hanno un problema che si potrebbe a volte risolvere al telefono. Il problema sarebbe facilmente risolvibile se:

- (a) i medici potessero esercitare la libera professione senza inutili vincoli, una volta esaurito il loro debito orario da dipendente (come si fece nel 2004)
- (b) si attivassero le Case della Salute o i Walk-in Centres anche privati che assicurassero il coordinamento dei pazienti con Case Manager.

Questo non significa che la medicina territoriale pubblica debba essere sminuita. Anzi, essa va potenziata offrendo ai Medici di Medicina Generale la possibilità di un maggior guadagno a fronte di maggiori prestazioni, su base volontaria e anche in libera professione (ad esempio le visite domiciliari) e di migliore aggiornamento professionale.

Un atteggiamento più liberale verso i medici (che regole insensate hanno trasformato da professionisti in impiegati pubblici) sarebbe un rimedio a molti disservizi e scontenti del Servizio Sanitario Nazionale.

\*\*\*

# Suggerimenti per il personale sanitario

Il ruolo dell'infermiere nella cura del paziente sta molto crescendo. Questo ruolo è importante che cresca non solo in ambito tecnico, ma anche nella relazione con i pazienti e con i familiari. Barbara Lewis, esperta di comunicazione in sanità e membro della Commissione di Consulenza della Kaiser Permanente in California ha fondato la Joan family bill of rights and responsibilities e emanato delle raccomandazioni riportate nella tabella seguente.

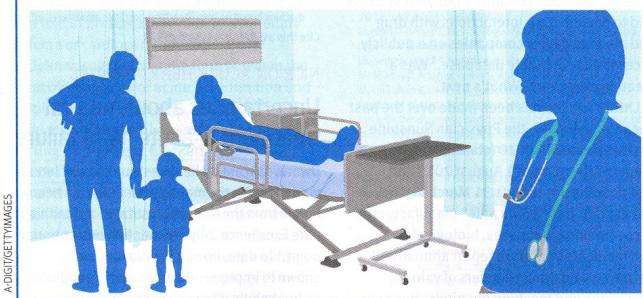
Queste ed altre iniziative rivolte a medici e sanitari non medici sono il modo di rendere la sanità migliore tecnicamente e più umana.

## JOAN'S FAMILY BILL OF RIGHTS\*

Throughout hospitals are posted "patients' bill of rights and responsibilities," which outline the expectations of patients. Nowhere are there rights of families, who spend long hours every day at the bedside of loved ones. Here are my suggestions for hospital staff when dealing with families:

1. Don't say, "I suck at IVs." That information doesn't inspire confidence in your abilities as a nurse. You are our lifeline to the doctors and we expect that you are great at what you do
2. Announce yourself when you enter the patient's room, so the patient isn't startled by your actions. Introduce yourself to the family
3. Before you raise the bed or begin a procedure, describe it to the patient, so there are no surprises. Some patients want to be involved in every decision and others are in such pain that they need to prepare themselves for the least bit of movement or the next dreaded procedure. Every single thing you do to the patient is felt by the family
4. Don't question the doctor's orders as in, "I don't know why the doctor did that." Your questions raise red flags and bust our confidence. If you don't agree, please consult the doctor privately. We are not in a position to make judgments on the doctors' orders
5. Don't complain about anything—the computer doesn't work, there are no shelves, etc. Family members of gravely ill patients don't want to hear your petty complaints. We want the room filled with as much positive energy as possible
6. Don't dismiss the family's involvement as meddling in your work. Some people can cope with a sick family member only by trying to feel in control of a world that is eons away from everyday reality
7. Determine the patient's energy level before you enter the room. Your energy level should match the patient's and if it's calm and relaxed, you should mimic that emotion, so you're in tune with the patient and the family
8. Know that every word you say in the room, despite the appearance that the patient is sleeping, may be understood by the patient. When the patient is resting with closed eyes, step outside the room to talk with family members
9. Comfort the patient like a loving family member. Every small action that you take may ease the patient's final days and alleviate the family's nightmare
10. Read the research about the importance of sleep. Don't carry on conversations as if you're in the cafeteria. Use your quiet voice at all times. Families hear all the gossip, confidential patient information, and inconsiderate remarks such as "I'm just waiting for my two patients to die," unless you're whispering
11. Don't arrange cleaning duties at 10 pm when the patient is trying to sleep
12. Use a checklist for a room, so when you start your shift, you check all the machines, equipment, medicine, catheters, etc to ensure that they are operational and working properly. If a family member notices equipment that doesn't look right or sound right, don't brush them off
13. Demonstrate concern for the patient's family. Your kind words can save a breaking heart

\*This is an abridged version of the bill. For the full document see the data supplement on thebmj.com.



# L'aggiornamento del personale sanitario: una priorità assoluta

Il recente grande progresso della medicina è legato in gran parte alla poderosa evoluzione tecnologica degli ultimi decenni, e questo progresso continua tuttora. La tecnologia tuttavia presuppone l'aggiornamento di coloro che la devono usare, e su questo punto abbiamo in Italia qualche criticità. Nel nostro Paese infatti l'aggiornamento degli specialisti non è efficiente. Il nostro Servizio Sanitario Nazionale non ha finora saputo organizzare un sistema di aggiornamento continuo del personale. Fin dal 2004 questo problema era stato riconosciuto dal Governo ed era stato previsto nella Finanziaria per il 2005 (Legge 30.12.2004 n° 311, art. 173, comma d) di impostare un Piano adeguato (Piano Nazionale dell'Aggiornamento), che si basasse sul Continuous Professional Development, ossia su un portfolio individuale delle conoscenze che ogni medico arricchisce nel suo lavoro quotidiano con varie attività (servizio, ricerca, didattica, partecipazione a corsi e convegni, studio di casi clinici, grand-round, sviluppo di tesine, ma anche non professional skills, ecc.). Il portfolio può così diventare il principale documento da utilizzare per una rivalutazione quinquennale delle proprie capacità professionali, così da dimostrare alla comunità il permanere della propria adeguatezza professionale col mutare dei tempi e delle conoscenze. L'Inghilterra ha iniziato questo percorso fin dal 2012 e potrebbe costituire un utile modello per l'Italia. Si tratta di un sistema non facile, che dovrebbe essere preliminarmente sperimentato su piccola scala e che non prescinde da piccoli passi intermedi o aggiuntivi che fanno tesoro di esperienze passate: ad esempio ai tempi dell'INAM i medici convenzionati frequentavano al mattino i reparti ospedalieri acquisendo un'esperienza clinica che oggi i medici di medicina generale stentano a raggiungere. Ma anche altre forme di partecipazione volontaria dei medici ad attività sanitarie organizzate (penso ai Poliambulatori territoriali, alle Case della Salute e agli Ospedali di comunità a bassa intensità di cura) potrebbero costituire un valido apporto al portfolio delle conoscenze e trovare adeguato riconoscimento.

Oggi la tecnologia ci offre possibilità sempre nuove di prevenzione, diagnosi e cura. Ad esempio si discute molto sul valore dello screening mammografico e molti lo ritengono poco utile specie per le donne con seno denso e fibroso. Ma la soluzione a mio avviso non è di abbandonare lo screening mammografico nelle donne, ma di migliorarlo come sembra ad esempio possibile con la combinazione di bioimmagini ottenute con differenti tecniche [cosiddetta tomosintesi (Pisano ED, Yaffe MJ. Should tomosynthesis replace digital mammography? JAMA 311, 2488-89, 2014)], cosa che sembra migliorare di molto anche la possibilità di individuare e biopsiare i tumori della prostata (Minhaj Siddiqui M et al. Comparison of MR/ultrasound fusion-guided biopsy with ultrasound-guided biopsy for the diagnosis of prostate cancer. JAMA 313, 390-97, 2015)].

Un altro esempio di evoluzione dell'immagine è l'angiografia coronarica mediante TAC in soggetti sintomatici di sospetta angina pectoris: si tratta di una metodologia che utilizza un'avanzata TAC e l'iniezione ev di un mezzo di contrasto che permettono di ottenere immagini ad alta risoluzione del cuore e dei vasi, tali da escludere con accuratezza una malattia coronarica (BMJ 2015;350:h1464; Kramer CM. Cardiovascular imaging and outcomes. PROMISEs to keep. New Engl J Med 372, 1366-67, 2015).

E' del tutto evidente che, oltre alle apparecchiature adeguate, è la preparazione degli operatori che fa la differenza e il progresso, ed è quindi nell'aggiornamento del personale che bisogna urgentemente investire con risorse opportune, ma anche con adeguata organizzazione.

Inutile sottolineare che un buon sistema di aggiornamento del personale potrebbe migliorare anche alcuni annosi problemi del Servizio Sanitario Nazionale (primo fra tutti l'inappropriatezza e i suoi costi), soprattutto

se associato ad altri intelligenti e moderni metodi di motivazione e apprezzamento del merito professionale ed umano largamente noti nel mondo delle imprese avanzate. La conclusione è che il Servizio Sanitario Nazionale non si salva con le affermazioni ideologiche e atteggiamenti apodittici, ma con interventi ben studiati che risolvono le criticità del sistema e, in particolare, con una moderna politica del personale che non è mai stata una priorità riconosciuta del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

La qualità e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale sono strettamente dipendenti dalla soddisfazione e motivazione del suo personale: da qui dobbiamo ripartire se non vogliamo che il Servizio Sanitario Nazionale perda progressivamente valore e credito fino ad esaurirsi.

\*\*\*

## Burn-out dei medici

Cresce il numero dei medici che lamentano burn-out, ossia quell'esaurimento mentale che dipende da eccessivo lavoro e perdita di autonomia professionale. E' questo un indicatore di (scarsa) qualità del Servizio Sanitario Nazionale e le cause sono ben note: in particolare, è la marginalizzazione dei medici che il sistema ha generato che detiene la maggior responsabilità. Infatti la cattiva organizzazione del servizio è una causa importante di burn-out del personale sanitario (Shanafelt TD et al. Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. Mayo Clinic Proc 2015; 90: 432-40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.01.012>)

(Lee Y et al. Burn-out in physicians. JR Coll Physicians Edinb 45, 104-7, 2015)

\*\*\*

## L'auto regolamentazione nella professione medica

L'auto regolamentazione è un requisito indispensabile alla professione medica, come lo è da secoli: significa che stabilire standard di educazione, condotta ed etica deve essere fatto dai medici e loro organizzazioni (come la Physician charter. <http://www.abimfoundation.org>) e non imposto dall'esterno, da chi spesso non conosce le necessità dei pazienti e dei medici.

Se ad esempio si assegnasse ai Medici di base un budget per paziente medio e per anno e li si lasciasse liberi di decidere avremmo risultati quotidianamente migliori a costi prefissati.

Oggi l'auto regolamentazione è a serio rischio per l'invadenza della politica e della burocrazia ma anche per lo scadimento dei medici, specie sul piano della motivazione.

(Chassin MR, Baker DW. Aiming higher to enhance professionalism. JAMA 313, 1795-96, 2015)

\*\*\*

# Abbandonare le pratiche mediche inutili: il ruolo delle Società Medico-Scientifiche

Vi sono nuove pratiche mediche che non sono più efficaci di quelle più antiche ma continuano ad essere usate malgrado costino di più o causino danno. E' questo un settore dove le Società Scientifiche più hanno titolo e ruolo per intervenire e correggere.

Tra i molti esempi:

- 1) gli estro-progestinici per la prevenzione delle malattie cardiovascolari in menopausa;
- 2) calcio e vitamina D per la prevenzione delle fratture;
- 3) vitamina E per la prevenzione dei tumori o delle malattie cardiovascolari;
- 4) trattamenti di rivascolarizzazione coronarica nelle coronaropatie stabili;
- 5) il rosiglitazone nel trattamento del diabete di tipo 2;
- 6) artroscopia per l'osteoartrite del ginocchio;
- 7) la vertebroplastica per il trattamento dell'osteoporosi vertebrale;
- 8) il controllo troppo rigido della glicemia;
- 9) l'olio di pesce per la prevenzione delle malattie cardiovascolari;
- 10) lo screening per evidenziare il diabete di tipo 2 e molte altre pratiche mediche inutili: mai come in questi casi less is more.

(Wang TM et al. *Responses of specialist societies to evidence for reversal of practice. JAMA Intern Med* 175, 845-48, 2015)

# SALUTE

# Salute pubblica

# Prevorranno gli interessi industriali sulla salute pubblica?

Il Trattato Transatlantico (USA-Unione Europea) sul commercio e gli investimenti è un grave pericolo per la salute pubblica. Il Trattato include anche la Sanità e prevede una competizione per tutti i servizi che rischia di travolgere i Servizi Sanitari nazionali, con perdita di almeno 1 milione di posti di lavoro in USA e Europa, seri rischi per la sicurezza alimentare e per l'uso di pesticidi (assai meno limitato in USA), meno riguardo alla già lacunosa tutela ambientale dell'industria, riduzione del principio di precauzione (che cerca di opporre la salute pubblica e l'integrità ambientale agli interessi dei gruppi organizzati). Anche il costo dei farmaci risulterà maggiore e verranno rinforzati i diritti proprietari dell'industria farmaceutica, specie quella americana che preme fortemente in tal senso sul Governo USA: ciò porterà ad una maggior spesa per i Servizi Sanitari nazionali e quindi a restrizioni in altri ambiti di prevenzione, cura e riabilitazione. La cosa più grave è che il Trattato consentirà alle Multinazionali di citare in giudizio presso Tribunali Sopranazionali gli Stati che emanano leggi che proteggono la salute pubblica, se dannose per gli interessi economici delle Multinazionali stesse (il primo esempio è quello della Philip Morris contro il Governo australiano), capovolgendo quella che oggi è la tendenza europea.

Se non vogliamo in definitiva che gli interessi economici delle società prevalgano sulla salute dei popoli dobbiamo bloccare questa “Transatlantic Trade and Investment Partnership” le cui trattative continuano in segreto e che dovrebbero concludersi entro il 2015.

(BMJ 2014;349:g6532)

\*\*\*

## Gli interessi organizzati vs la salute pubblica

Nel libro “Lethal but legal” (Oxford University Press, 2014) Nicholas Freudenberg dimostra come l'industria alimentare, degli alcolici, del tabacco, dell'automobile, delle armi e del farmaco siano la principale causa di danni alla salute pubblica. Esse mettono in campo pressioni enormi tramite grandi investimenti nel campo della pubblicità, dei mass media e della politica e riescono a frenare ogni iniziativa a loro sfavorevole, malgrado gli enormi danni che provocano alla salute dei popoli; il loro comportamento anti-sociale ha spesso la meglio. Molte di esse inoltre evadono le tasse: si stima che in Gran Bretagna l'evasione fiscale si aggiri sui 34 miliardi di sterline l'anno.

I rimedi a questa situazione non sono semplici, ma l'esperienza di alcuni Paesi Europei (e segnatamente la Germania) indica che l'inserimento obbligatorio nei Consigli di Amministrazione di rappresentanti dei dipendenti, dei consumatori o di altri organismi democratici può migliorare le cose.

(BMJ 2014;349:g7516)

\*\*\*

# Trattare il paziente e non l'esame di laboratorio

L'uso delle statine per la prevenzione primaria è un argomento ancora molto controverso, anche perché i risultati sono discutibili, l'aderenza dei pazienti scarsa (50% dei casi) e i costi molto elevati. Il 31 ottobre 2014 i CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) hanno raccomandato l'uso di statine per prevenzione primaria solo nei seguenti pazienti:

1. soggetti con rischio cardiovascolare >7,5% (Carta del rischio)
2. soggetti con malattia aterosclerotica in atto ancorchè silente (ad esempio presenza nelle carotidi di placche arteriose rilevanti)
3. soggetti diabetici con tassi di LDL-C >70 mg/dL
4. soggetti non diabetici con tassi di LDL-C >190 mg/dL.

Sempre più si sottolinea che non dobbiamo ragionare solo sui livelli di colesterolemia e sforzarci di abbassarli con i farmaci, ma dobbiamo considerare il paziente nella sua interezza e sforzarci di abbassare il suo rischio cardiovascolare.

Dobbiamo infine ricordare che ogni trattamento “tutti i giorni per sempre” come le statine, o i farmaci ipotensivi, necessita di un colloquio con il paziente cui il medico spieghi bene perché ciò è vitale, onde evitare che egli abbandoni la terapia dopo un certo tempo. A tal fine egli va anche monitorato nel tempo e il messaggio periodicamente rinforzato (prevenzione proattiva). Come si vede, una pratica medica che esige diversi cambiamenti e innovazioni rispetto a quella oggi abituale, con un obiettivo più largo, ossia migliorare non il singolo valore di laboratorio, ma la lunghezza e la qualità della vita del paziente, riducendo tutti i fattori di rischio noti (e innanzi tutto il fumo e l'ipertensione, il sovrappeso e l'inattività) che possono incidere negativamente su questo obiettivo. Ovviamente l'obiettivo è chiaro, ma la strada per raggiungerlo è appena tracciata.

*(Stine NW, Chokshi DA. Elimination of lipid levels from quality measures. JAMA 312, 1971-2, 2014)*

\*\*\*

## La “precision medicine”

La Medicina di Precisione, ossia il tipo di terapia e di prevenzione determinato in base a precisi determinanti genetici di ogni soggetto o di gruppi di soggetti, consente oggi di attuare programmi personalizzati di cessazione dal fumo, basandoci sulla presenza di biomarcatori genetici e ciò vale anche per i programmi di screening di tumore del seno o di altri tumori.

La Medicina di Precisione rende gli interventi di diagnosi e cura più personalizzati e quindi più efficaci di quanto effettuato finora. La materia è in evoluzione ma sembra essere assai promettente: essa crescerà man mano che la conoscenza sulla genetica degli individui e delle malattie verrà approfondita e scoperta, così come già avvenuto per BRCA (tumori del seno e dell'ovaio) o l'ipercolesterolemia familiare, e ci si attende possa consentire interventi sanitari più efficaci e una riduzione dei costi grazie alla riduzione degli interventi inutili o poco efficaci in quanto effettuati in soggetti con caratteristiche genetiche non idonee.

Questi concetti devono essere portati all'attenzione del pubblico e dei decisori pubblici, dai quali dipendono investimenti essenziali come la costituzione di biobanche centralizzate che consentono di disporre in grande

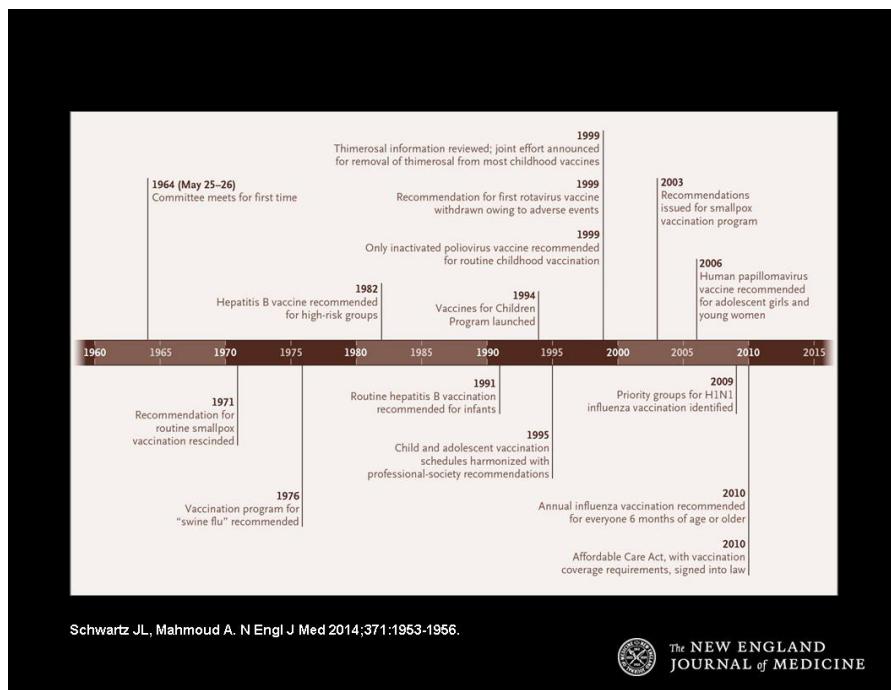
numero di campioni di molti pazienti affetti da specifiche malattie e corredati dei singoli genotipi. Solo così si può in breve tempo correlare questi dati con i farmaci e gli interventi preventivi per stabilirne l'efficacia.

(Khouzy MJ, Evans JP. *A public health perspective on a national precision medicine cohort. JAMA* 313, 2117-18, 2015  
Ashley EA. *The precision medicine initiative. A new national effort. JAMA*, 313, 2119-20, 2015)

\*\*\*

## L'importanza delle vaccinazioni

Le vaccinazioni restano oggi uno dei più efficaci e convenienti strumenti di prevenzione della malattie infettive. Stupisce quindi che esistano gruppi di opinione che contrastano questa pratica, spesso basandosi su opinioni e credenze non dimostrate che ingenerano timori nella popolazione. La figura riporta i progressi compiuti dalle vaccinazioni USA nei 50 anni passati.



(Schwartz JL e Mahmoud A. *A half-century of presentation. The Advisory Committee on Immunization Practices. NEJM* 371, 1953-56, 2014)

\*\*\*

## I 7 fattori della vita

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) le prime due cause di morte nel mondo nel 2012 sono state l'infarto cardiaco e l'ictus. Oggi però sappiamo che le malattie cardiovascolari possono essere prevenute controllando l'ipertensione, l'iperlipidemia, l'iperglycemia, il fumo, il sovrappeso, le abitudini alimentari scorrette, l'inattività fisica fin dall'infanzia, i cosiddetti 7 fattori modificabili della vita dell'American Heart Association. Perché si possa progredire è necessario che la popolazione capisca fino in fondo come modificare questi fattori per guadagnare salute, obiettivo non facile in quanto significa affinare i metodi di educazione e comunicazione di massa, una scienza che richiede cultura, innovazione e investimenti, ma soprattutto forte motivazione e determinazione da parte dei leaders della società e dei Governi, cominciando dai medici e dalla loro capacità di dialogare con i pazienti. Un simile sforzo, oltre a migliorare la salute pubblica, comporterebbe enormi risparmi economici per la sanità.

*(Greenland P. et al. Progress against cardiovascular disease. JAMA 312, 1979-80, 2014)*

\*\*\*

## Indicatori di rischio

L'incapacità di rimanere in equilibrio su una sola gamba per almeno 20 secondi a occhi aperti sembra correlare in modo lineare con la malattia arteriosclerotica dei piccoli vasi cerebrali che si associa al rischio di trombosi cerebrale.

*(BMJ 2014;349:g7746)*

\*\*\*

## L'alleanza dei “demoni”

I lobbisti inglesi del fumo (il gruppo Forest diretto da Simon Clark) hanno promosso l'alleanza dei produttori di tabacco con l'industria dell'alcool e del fast food per coinvolgerli in una campagna denominata “Mangia, Bevi, Fuma e Svappa come ti piace: è una tua libera scelta” che vuole far fronte alle iniziative promosse dai tutori della salute pubblica di cui si cominciano a sentire gli effetti.

*(BMJ 2014;349:g6618)*

\*\*\*

## Screening per HCV

Lo screening per HCV è indicato nelle persone ad alto rischio di infezione e in tutti i nati tra il 1945 e il 1965. Serve ad evidenziare i soggetti asintomatici infettati dal virus dell'epatite C che oggi hanno ottime possibilità di cure.

(*Linee Guida del US Preventive Sciences Task Force 2013, Wray CM, Davis AM. Screening for Hepatitis C. JAMA 313, 1855, 2015*)

\*\*\*

## L'uso medico della marijuana

L'approvazione della cannabis (marijuana) per uso medico ha generato entusiasmo in tutti coloro che propugnano la liberalizzazione di questo prodotto e annettono significati ideologici al suo libero uso. In realtà i vantaggi medici sono assai limitati e discutibili, tanto che la Food and Drug Administration USA non l'ha approvato. Infatti la marijuana non contiene una singola sostanza, ma oltre 400 composti diversi di cui 70 cannabinoidi. Ecco perché l'uso produce effetti variabili e poco ripetibili. Infatti l'evidenza clinica della sua efficacia si basa su dimostrazione di qualità scarsa, mentre si è dimostrato che la sua innocuità è relativa perché aumenta il rischio di malattie psichiche, provoca talora assuefazione e nei giovani può indurre danni cognitivi e di comportamento. Alcuni dati sembrano dimostrare che la marijuana riduce la nausea e il vomito da chemioterapia, riduce il dolore neuropatico e la spasticità della sclerosi multipla, e forse stimola l'appetito nei pazienti con HIV o cancro. Alla luce di questi dati la medicina è bene non intervenga nel dibattito sulla liberalizzazione della marijuana, che deve essere lasciata ad altri argomenti di tipo non scientifico, ma ideologico.

*D'Soura DC, Raganathan M. Medical Marijuana. Is the cart before the horse? JAMA 313, 2431-32, 2015)  
Whiting PF et al. Cannabinoids for medical use. A systematic review and meta-analysis. JAMA 313, 2456-73, 2015)*

\*\*\*

## Il troppo lavoro può essere nocivo

L'eccessivo impegno lavorativo, che comporti un numero di ore lavorate superiore a 40/settimana, stress e soprattutto poca attenzione alle proprie condizioni di salute e agli stili di vita salutari implica un crescente rischio di ictus e altri incidenti cardiovascolari. Per questo è necessario che anche i datori di lavoro offrano ai loro dipendenti programmi per conoscere questi rischi e ridurli, proponendo ad esempio controlli periodici del loro stato di salute e impiego di parte del tempo aziendale in attività salutari anziché nella mensa o in altri benefit ricchi di alimenti ipercalorici.

(*Buchholz B. Working late, courting stroke. JAMA 314, 1679-80, 2015*)

# Promuoviamo la salute pubblica

Oggi le minacce più gravi per la salute pubblica sono, in ordine decrescente: il fumo di tabacco (che è responsabile di 80.000 morti premature l'anno in Italia e 6 milioni nel mondo); l'ipertensione arteriosa non controllata, in parte (~30%) legata all'eccessivo consumo di sale, e causa di ictus e altri accidenti cardiovascolari; il sovrappeso e l'obesità, legati ad una scorretta alimentazione e scarsa attività fisica; gli incidenti stradali, in parte legati all'eccessiva alcolemia di chi guida, alle distrazioni, al non rispetto dei limiti di velocità, dell'uso del telefono portatile, delle cinture di sicurezza. E' oggi sempre più evidente che il miglioramento della salute pubblica è legato ad una maggior consapevolezza dei singoli cittadini (responsabilità individuale), ma anche ad interventi pubblici tali da facilitare scelte opportune e precisamente un'informazione continua e capillare, provvedimenti di protezione dai danni causati da terzi (ad esempio dal fumo di tabacco (vedi Tabella), dagli alimenti adulterati, dalla guida in stato di ebbrezza) e infine a norme protettive imposte con severità, quali le vaccinazioni, l'aria pulita, l'eliminazione del piombo dai carburanti, ecc.

**Table 1. MPOWER Strategy for Tobacco Control.\***

Policy Strategy	Target
Monitor tobacco use and prevention policies	Obtain data from surveys of nationally representative samples of adults and young people, conducted within the past 5 yr and collected at least every 5 yr
Protect people from tobacco smoke	Ensure that all public places (health facilities, schools and universities, government facilities, indoor offices and workplaces, restaurants, bars and cafes, public transport) are completely smoke-free or that at least 90% of the population is covered by complete subnational (local or regional) smoke-free legislation
Offer help to quit tobacco use	Establish national toll-free quit line and full coverage of both nicotine-replacement therapy and at least some cessation services provided by health clinics or other primary care facilities, hospitals, health professionals, or community organizations
Warn about the dangers of tobacco	Ensure that warning labels cover at least 50% of the front and back of individual packages of tobacco products and appear on any outside packaging and labeling used in retail sale that include pictures or pictograms and that such labels include specific health warnings; describe specific harmful effects of tobacco use on health; are large, clear, visible, and legible; rotate periodically; and are written in the principal language or languages of the country
	Promote advertising campaigns to be aired on television, radio, or both as part of a comprehensive tobacco-control program and including research on target audiences; pretesting of campaign messages and communications materials; purchase of radio and TV airtime, print and billboard advertising, and other placement using a thorough media-planning process that effectively and efficiently reaches the target audience; working with journalists to gain publicity or news coverage for the campaign; and evaluations of campaign implementation effectiveness and impact
Enforce bans on tobacco advertising, promotion, and sponsorship	Promote a ban on all forms of direct and indirect advertising of tobacco products, including advertising on national television and radio, in local magazines and newspapers, on billboards and outdoor advertising, and at the point of sale; on free distribution of tobacco products in the mail or through other means; on promotional discounts; on nontobacco goods and services identified with tobacco brand names (brand stretching); on brand names of nontobacco products used for tobacco products (brand sharing); on product placement in television or films; and ban sponsorship by the tobacco industry
Raise taxes on tobacco products	Revise tax laws so that more than 75% of the retail price of tobacco products is tax

\* Adapted from the World Health Organization.<sup>44</sup>

(Frieden TR. *The future of Public Health. New Engl J Med* 373, 1748-54, 2015)

\*\*\*

## Antisepsi

Per la disinfezione della cute la miscela clorexidina in alcol è quella più efficace.

*(Mimoz O et al. Skin antisepsis with chlorhexidine-alcohol versus povidone iodine-alcohol, with and without skin scrubbing, for prevention of intravascular-catheter-related infection (CLEAN): an open-label, multicentre, randomised, controlled, two-by-two factorial trial. Lancet 386, 2069-77, 2015)*

\*\*\*

## La crescita insostenibile

(Sintesi di un servizio trasmesso da Rai Storia il 13 giugno 2015)

Fin dagli anni '70, il Club di Roma e l'MIT (Massachusetts Institute of Technology) di Boston, in base alla dinamica dei sistemi complessi, produssero delle simulazioni secondo le quali si può ipotizzare che la crescita esponenziale della popolazione, unita alla crescita esponenziale dei consumi, risultino insostenibili dal pianeta terra. Saranno molti gli effetti di questa insostenibilità, ma sarà soprattutto l'effetto serra che produrrà gli effetti più disastrosi, fino a far sì che la popolazione perirà del tutto o in gran parte: ciò avverrà a meno che i Governi sappiano rimediare in tempi rapidi alle cause dell'insostenibilità, ma ciò è poco probabile stante gli interessi combinati dell'economia e della politica, che sono di breve termine e di visione limitata e parziale.

Nel libro "I limiti della crescita" e in quello pubblicato 20 anni più tardi col titolo "Oltre i limiti", tutto il lavoro di questi ricercatori (e in particolare dei coniugi Dennis e Donella Meadows) viene illustrato in modo rigorosamente scientifico e convincente. Si evidenzia fra l'altro il concetto che il mondo è un unicum e quanto accade in una sua anche remota parte ne interessa inevitabilmente ogni altra. Senza un cambiamento di rotta immediato l'umanità non ha futuro a breve termine. Finora il cambiamento di rotta non è avvenuto perché sistematicamente la salute pubblica è vittima degli interessi dell'economia e della politica. Assistiamo anzi ad una campagna di disinformazione che tutela i grandi interessi negando e ridicolizzando i dati della ricerca scientifica, tecnica peraltro già ampiamente usata da altri interessi organizzati come l'industria del tabacco, per nascondere i danni provocati alla salute dal suo uso. Celebre il discorso di Ronald Reagan del 1983 contro le conclusioni del Club di Roma.

E' bene che tutti sappiano che continuando così l'umanità corre il rischio di estinguersi o quasi entro questo secolo.

\*\*\*

# Il futuro della Terra è a rischio

L’umanità sta sfruttando le risorse della natura in modo insostenibile. La civilizzazione è molto cresciuta, ma il degrado della natura è oggi tale da creare allarme. I cambiamenti climatici, l’acidificazione degli oceani, il degrado dei terreni, la scarsità d’acqua, la pesca eccessiva e la perdita delle biodiversità, l’eccessivo uso di pesticidi e fertilizzanti, le inique diversità tra regioni della terra circa il tenore di vita, unitamente alla continua crescita della popolazione e al crescente consumismo creano forte preoccupazione per il futuro non lontano. Abbiamo bisogno che tutti capiscano che è necessario cambiare al più presto e precisamente:

1. non esiste progresso senza rispetto della salute planetaria e dell’ambiente. Le nostre azioni devono rispettare non solo l’economia, ma anche il benessere e l’equità sociale e la sostenibilità ambientale
2. è urgente che cessi il consumismo, i prodotti devono essere durevoli e riparabili, il riciclo dei materiali una priorità e i materiali pericolosi eliminati (cosiddetta economia circolare, Commissione Europea, 2014)
3. bisogna investire molto di più nella salute, nell’ambiente, nella ricerca e nell’educazione, creando team multidisciplinari che superino i confini delle singole specialità
4. bisogna investire per risanare i guasti prodotti dalla natura così da ridurre al più presto i cataclismi naturali, l’inquinamento atmosferico delle città, la cementificazione dei suoli
5. è compito dei Governi garantire ai cittadini serenità e benessere, una informazione capillare sugli andamenti basata su indicatori di benessere (e non solo il PIL) e da leggi che automaticamente consentano alle Nazioni di costringere a bene operare coloro che gestiscono il potere pubblico.

Tutto questo sembra ed è in parte utopico, ma molto si può fare se la popolazione tutta diviene consapevole che continuando così la vita dell’umanità è a rischio e questo cresce velocemente. Il ruolo dell’informazione, della scienza, dell’etica, dell’educazione diviene oggi prioritario e urgente e da loro dipende il futuro di ognuno di noi.

*(Whitmee S. et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of the Rockefeller Foundation – Lancet Commission on planetary health. Lancet 386, 1973, 2028, 2015)*

\*\*\*

# L'Antropocene

La salute e il benessere dell'umanità hanno raggiunto un'altezza mai raggiunta prima. Ma ciò è avvenuto a spese della natura. Infatti:

1. un terzo del terreno libero da acqua e ghiacci è oggi adibito a pascolo (o a coltura per gli animali) e per biocombustibili e cosmetici (la produzione di olio di palma cresce del 9% all'anno)
2. ogni anno viene consumata più della metà dell'acqua fresca disponibile
3. dall'anno 2000 sono spariti 2,3 milioni di Km<sup>2</sup> di foreste primarie e la pesca ha raggiunto il massimo livello sostenibile. La deforestazione è tra le principali cause di estinzione delle specie, native
4. molte specie sono state estinte e molte si sono ridotte: circa la metà dei vertebrati è scomparsa
5. la concentrazione di gas serra (CO<sub>2</sub>, metano, NO<sub>2</sub>) sono al livello più alto degli ultimi 800.000 anni e la temperatura della superficie terrestre è cresciuta di 0,85°C dal 1880 con una previsione di 2,5°C-4,8°C per la fine del 21° secolo
6. il carico di malattie del mondo globale è per almeno 1/4 (1/3 nei bambini) imputabile alle modificazioni causate all'ambiente (specie aria inquinata con polveri sottili, acqua contaminata, conflitti sociali).

Questi cambiamenti configurano una nuova epoca geologica denominata Antropocene.

Man mano che gli eco-sistemi degradano, si evidenzia sempre più l'influenza dell'ambiente sulla salute umana (eventi estremi, nuove zoonosi, ecc.) (Fig. 3).

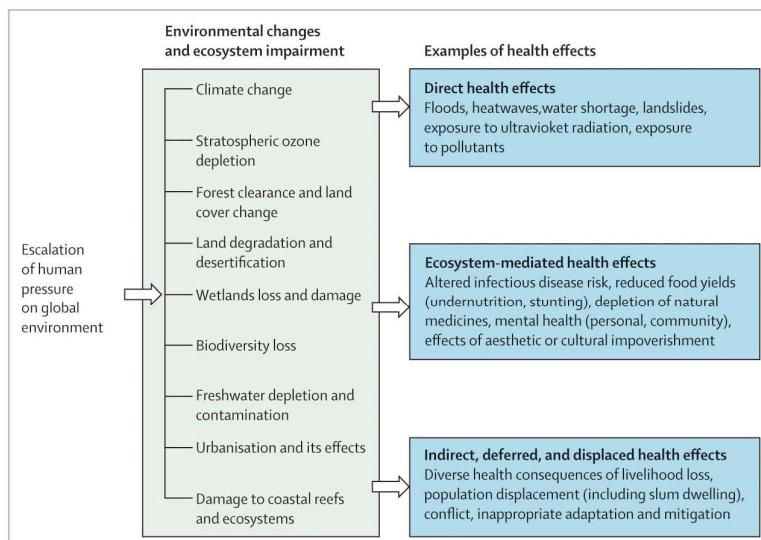
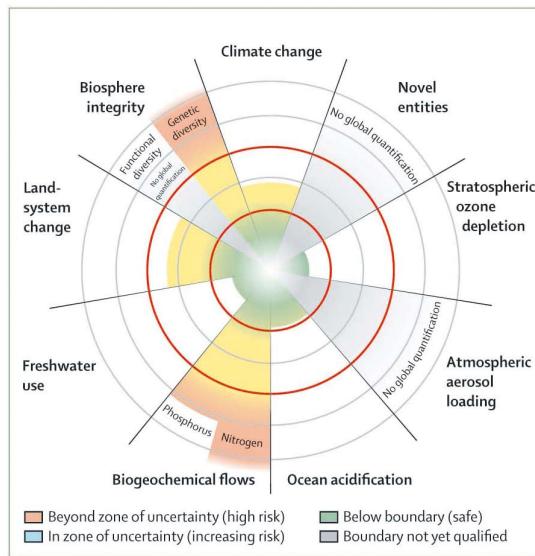


Figure 3: Mechanisms by which the harmful effects of ecosystem change can affect human health  
Reproduced from Millennium Ecosystem Assessment,<sup>3</sup> by permission of WHO.

Per rimediare a quanto è accaduto e continua ad accadere è necessario che la salute diventi responsabilità non solo della sanità, ma anche di altre discipline e settori che includono in modo planetario tutti i sistemi umani (economico, politico, sociale) e quelli naturali che li condizionano, applicando politiche integrate che considerino i determinanti sociali, economici e ambientali della salute. (Horton R. et al. From public to planetary health: a manifesto. *Lancet* 383, 847, 2014).

Concretamente 9 sono le aree in cui è urgente agire (Fig. 4) con l’obiettivo di ricondurre le modificazioni entro limiti sopportabili.



**Figure 4: The present status of the control variables for seven of the nine planetary boundaries**

The green zone is the safe operating space (below the boundary), yellow represents the zone of uncertainty (increasing risk), and red is the high-risk zone. The planetary boundary itself lies at the inner red circle. The control variables have been normalised for the zone of uncertainty (between the two red circles); the centre of the figure therefore does not represent values of zero for the control variables. The control variable shown for climate change is atmospheric carbon dioxide concentration. The term novel entities represents the growing awareness that, in addition to toxic synthetic substances, other potentially systemic global risks exist, such as the release of radioactive materials or nanomaterials. Processes for which global-level boundaries cannot yet be quantified are represented by grey wedges; these are atmospheric aerosol loading, novel entities, and the functional role of biosphere integrity. Reproduced from Steffen and colleagues,<sup>57</sup> by permission of The American Association for the Advancement of Science.

# Tabacco

# Benvenuti tra noi

Pechino ha deciso che dal 1° giugno 2015 sarà vietato fumare nei luoghi pubblici chiusi, nei posti di lavoro e sui mezzi di trasporto pubblici. Sarà inoltre proibito fumare anche all'aperto nelle aree scolastiche, negli impianti sportivi e culturali e negli ospedali e luoghi di cura per le donne e per i bambini.

(*BMJ* 2014;349:g7391)

\*\*\*

## La nicotina e la salute

La nicotina è una droga simpatico-mimetica che provoca assuefazione e provoca rilascio di catecolamine, aumenta la frequenza cardiaca, provoca costrizione delle coronarie, aumenta transitoriamente la pressione arteriosa, riduce la sensibilità all'insulina (e quindi aggrava o precipita il diabete), provoca disfunzioni endoteliali (e quindi aggrava o precipita accidenti vascolari).

In gravidanza la nicotina nuoce gravemente al feto e può essere causa di gravi alterazioni organiche soprattutto a livello del sistema nervoso.

Oltre a questi, molti altri sono gli effetti della nicotina sull'organismo, ma ben peggiori sono gli effetti della sigaretta (o del tabacco in genere), che contiene e produce con la combustione 4.000 sostanze tossiche e carcinogene (ad esempio nitrosamine specifiche del tabacco). La nicotina è un veleno che ad alte dosi porta a morte.

Nessuno degli effetti positivi vantati dai fumatori è mai stato dimostrato.

(*BMJ* 2014; 349:g7068)

\*\*\*

# La sigaretta elettronica

L'OMS e la British Medical Association hanno dichiarato che la innocuità della sigaretta elettronica (e-sigaretta) e la sua capacità di aiutare i fumatori a smettere non sono dimostrate. Alcuni studi inoltre indicano che la e-sigaretta rilascia alcune sostanze tossiche (polveri ultrasottili, glicolpropilenico, nitrosamina, nicotina inclusi alcuni carcinogeni come benzene, piombo e nickel). Inoltre la quantità di nicotina può variare da lotto a lotto e può non corrispondere al valore dichiarato. Per questo l'OMS nel luglio 2014 ha chiesto ai produttori di rendere migliore la produzione di e-sigarette, proibendo di vantare proprietà non dimostrate e vietandone la vendita ai minori di 18 anni e l'uso nei locali chiusi. Peraltra vi sono voci discordanti su questi suggerimenti che sottolineano come la e-sigaretta sia uno strumento di riduzione del danno. La Parlamentare europea laburista Linda McAvan, che ha collaborato alla realizzazione della Direttiva Europea sui Prodotti del Tabacco approvata nel febbraio 2014, ha sottolineato con forza la urgente necessità che i produttori di tabacco e di suoi sostituti cessino con le buone o con le cattive di centrare i loro obiettivi sui giovani e di usare ogni trucco utile a questo fine.

(BMJ 2014;349:g6444)

\*\*\*

# La lotta al fumo di Tabacco (verso il Tobacco Endgame)

## Premessa

Cardine della lotta al tabacco resta il divieto di fumare nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro, non solo perché esso protegge i non fumatori dal fumo passivo, ma perché ha mutato l'atteggiamento della popolazione nei confronti dell'uso di tabacco. Si è infatti passati da una società che considerava il fumo come un normale atto della vita di molti, imposto senza riguardo a tutti, ad una società consapevole che fumare è un comportamento di una parte della popolazione che in quanto dannoso deve rispettare i diritti dei non fumatori a non essere intossicati da sostanze nocive non presenti normalmente nell'ambiente e sprigionate da una minoranza di persone irrispettose della stragrande maggioranza della popolazione. Si è quindi capito che fumare non è atto normale della vita, è pratica sgradevole e dannosa per la salute e per l'ambiente, è irrispettosa dei diritti altrui: ognuno ha il diritto di non subire danni a causa di altri. Ecco perché l'azione più importante che io vedo è innanzi tutto la vigilanza continua e rigorosa perché la legge 3/2003 sia rispettata sempre e ovunque, cosa che oggi non accade. Una volta attuata la suddetta vigilanza, le azioni che io ritengo importanti, in ordine di tempo, sono le seguenti:

## 1° Passo – Decisioni del Governo Centrale

- Informazione scientifica continua (Ministero in TV) sui danni di salute e ambientali e Marketing sociale (Ministero) per il contrasto all'azione delle Multinazionali
- Health in all policy (tutti gli Atti di governo devono essere volti a non nuocere alla salute pubblica)

- Tobacco Endgame – inizio di un percorso non più di resistenza all’azione dei produttori di tabacco, ma di estirpazione definitiva del fumo entro 10-20 anni con determinazione massima (Gruppo di consulenza al Governo!)

### **2° Passo**

Impegno a favore dei giovani: prevenzione dell’iniziazione nei giovanissimi (Scuole Medie) lavori dei ragazzi su scienze (salute e ambiente, agricoltura) con lotta al conformismo a modelli sociali strumentali e all’aggressiva azione dei produttori. Esempio:

- Alleanza dei Demoni (Gruppo Forest) It is your choice
- Trattato Transatlantico, appoggiato da Juncker che già aveva tentato di portare i farmaci sotto il Direttorato del Mercato, anziché della Sanità

Proibire la pubblicità occulta del tabacco:

- film ove si fuma – mettere warnings o fumo solo per ruoli negativi o altro
- sport – no abbigliamento Marlboro o simile
- contrasto al lobbismo sul fumo

### **3° Passo**

Far cessare l’inquinamento ambientale da mozziconi (rete di alleanza dei Comuni virtuosi)

### **4° Passo**

Estendere i divieti di fumo in luoghi assembrati (gazebo fuori dai locali, stadi, cinema e teatro all’aperto), negli ambiti sportivi, sanitari e scolastici, nelle stazioni, cortili interni e colonnati, etc. ed esercitare continuo controllo.

Divieto nei parchi di ogni grado (pericoli di incendio)

Divieto di fumo in auto (causa di incidenti oltre al danno ai trasportati per fumo di terza mano cioè da tossici non volatili)

### **5° Passo**

Aumentare progressivamente le accise sul tabacco per finanziare le iniziative di contrasto

\*\*\*

## I costi del fumo

E’ stato stimato che un dipendente che fuma costa al datore di lavoro 5.816 \$ USA all’anno più di un dipendente che non fuma.

(Berman M et al. *Estimating the cost of a smoking employee. Tob Control 23, 428-33, 2015*)

## Attenti al tabacco combusto

La combustione del tabacco comporta rischi di salute 10 volte maggiori dell'uso di tabacco non combusto, inclusa la sigaretta elettronica.

Le sigarette (o sigari o sigaretti) uccidono metà dei consumatori di lungo periodo e sono responsabili del 20% di tutte le morti.

La tassazione differenziata per i prodotti di tabacco è quindi utile per ridurre i rischi, giacchè indirizza i consumatori verso prodotti meno rischiosi, cioè senza combustione

*(Chaloupka FJ et al. Differential taxes for differential risks. Toward reduced harm from nicotine yielding products. New Engl J Med 373, 594-97, 2015)*

\*\*\*

## La prevenzione in Italia

Nei Paesi dell'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) l'Italia risulta al 30° posto per il fumo di tabacco e al 18° posto per l'obesità infantile. Dati i costi umani ed economici delle conseguenze che discendono da queste condizioni, i veri risparmi sulla sanità dovrebbero derivare da forti iniziative di prevenzione che, al contrario, in Italia sembrano molto limitate.

*(Health at a glance – OECD indicators 2015 – <http://dx.doi.org/10.1787/888933281473>)*

\*\*\*

# Tumori

## Lo screening del tumore al seno

Gli esperti della IARC (International Agency for Research on Cancer) hanno rivisto i vari metodi per lo screening del cancro del seno sono giunti alle seguenti principali conclusioni nel novembre 2014:  
la mammografia periodica delle donne di età compresa tra 50 e 69 anni, se eseguita da Centri esperti, con attrezzature adeguate, è efficace per la diagnosi precoce (che consente di intervenire precocemente e ridurre di almeno il 20% il rischio di morte da tumore del seno);  
nelle donne con elevata densità del seno e mammografia negativa la mammografia con tomosintesi aumenta la possibilità di evidenziare il tumore senza aumentare i falsi risultati positivi;  
nelle donne ad alto rischio (per famigliarità o mutazione BRCA1 e BRCA2) l'aggiunta alla mammografia della risonanza magnetica e uno screening più frequente con inizio ad un'età più precoce è vantaggiosa.

*(Lauby-Secretan B et al. Breast cancer screening. Viewpoint of the IARC Working Group. NEJM 372, 2353-58, 2015)*

\*\*\*

## Come funziona il tumore

Si comincia a capire come il cancro si espanda nell'organismo e metastatizzi. Lo fa producendo esosomi , che sono piccole vescicole contenenti DNA che trasferiscono informazioni e influiscono sulla comunicazione tra le cellule. Importanti i microRNA contenuti negli esosomi perché essi regolano l'espressione e la distruzione di RNA messaggeri e la loro produzione di proteine.

*(O'Driscoll L. Expanding on exosomes and ectoromes in cancer. NEJM 372, 2359-62, 2015)*

\*\*\*

## I tumori alla cervice uterina

Quasi tutti questi tumori sono provocati dal Papilloma Virus umano (HPV) e quindi l'assenza di HPV è rassicurante per escludere il tumore della cervice. Il test per HPV sta così gradualmente sostituendo la citologia come test di screening. Che fare per il 5–15% di donne che risultano HPV-positive? Il 90% delle infezioni si risolve spontaneamente entro alcuni anni, ma in alcuni casi persiste e innalza il rischio di trasformazione neoplastica. La prima cosa da fare è monitorare la persistenza dell'infezione, ma oggi dopo alcuni anni sembra giustificato ricorrere nei casi persistenti alla vaccinazione terapeutica con anti-HPV che sembra efficace nell'eradicare l'infezione, specie se verrà prodotto un vaccino attivo contro i circa 13 tipi di HPV che provocano tumori nell'uomo.

*(Schiffman M e Wentzzen N. Toward therapeutic vaccination against cervical precancer?. Lancet 386, 2036-38, 2015)*

# Cardiovaskolare

# Ipertensione

# Diabete

## Anche per l'ipertensione la medicina personalizzata sarà un grande progresso

Anche per le persone che hanno una pressione arteriosa elevata e sono in terapia ipotensiva vi è il rischio di esagerare con le cure. Se infatti la terapia fa scendere la pressione sotto 130/80 la perfusione degli organi diventa inadeguata e si può creare danno vascolare specie nelle persone anziane. Tra le conseguenze vi è anche un declino delle capacità cognitive. Anche in questo caso quindi la terapia ipotensiva va adattata al singolo caso, con aggiustature frequenti che tengano conto dell'età, dell'invecchiamento, dello stato emodinamico, delle stagioni, ecc.

Sempre più si sente la necessità di applicare alla patologia non schemi terapeutici standard, ma cure personalizzate (cosiddetta precision medicine o personalized medicine).

*(Sabayan B e Westendorp RGJ. Blood pressure control and cognitive impairment. Why low is not always better. JAMA Intern Med 175, 586-87, 2015)*

\*\*\*

## L'esercizio fisico previene il decadimento mentale nel diabete

Le persone che presentano diabete di tipo 2 a metà della vita hanno un più elevato rischio di decadimento mentale nei 20 anni successivi ed il rischio è tanto più elevato quanto meno controllato è il diabete.

La dieta e l'esercizio fisico regolare sono essenziali per curare questo tipo di diabete e sono quindi utili anche per ridurre il rischio di demenza o il suo aggravamento in età avanzata.

*(BMJ 2014;349:g7386)*

\*\*\*

## Chirurgia bariatrica per i diabetici di tipo 2 obesi

Le più recenti linee guida del NICE (National Institute for Health and Care Excellence inglese) suggeriscono di offrire l'intervento chirurgico (chirurgia bariatrica) ai pazienti che mostrano un Indice di Massa Corporea >35 e che abbiano sviluppato un diabete di tipo 2 negli ultimi 10 anni. L'intervento peraltro può essere considerato anche per masse corporee >30 a giudizio del medico. Importante è che i soggetti operati vengano monitorati per almeno 2 anni dal servizio di medicina bariatrica per valutare se compaiono carenze nutrizionali o minerali e per agire in modo proattivo sull'aderenza alle indicazioni dietetiche, a quelle farmaceutiche e al movimento fisico. Il maggior costo (£ 27 milioni/anno) dovrebbe essere azzerato entro 2 anni e tradursi successivamente in risparmio per il Servizio Sanitario, dovuto quasi interamente alla riduzione delle cure per il diabete e le sue complicanze, che oggi in UK assorbono il 10% circa della spesa sanitaria. La raccomandazione è che la chirurgia venga effettuata al più presto dopo la comparsa del diabete di tipo 2, onde ridurne la gravità.

(BMJ 2014; 349:g7246) – (BMJ 2014; 349:g6608)

\*\*\*

## Un investimento vantaggioso: movimento accompagnato da alimentazione salutare

Sta lentamente crescendo in Italia la consapevolezza che sovrappeso e obesità sono una condizione patologica che predispone ad altre gravi malattie croniche (ipertensione, diabete di tipo 2, lesioni epatiche, cancro, malattie cardiovascolari) e all'aumento dei costi della sanità tali da rendere insostenibile il Servizio Sanitario Nazionale. Bisogna che ogni cittadino capisca che la prevenzione costituita da movimento fisico sistematico nella misura raccomandata e alimentazione salutare (mangiare poco e meglio) sono il miglior investimento per la propria salute e la propria vita. E' però altrettanto importante che le Istituzioni si impegnino maggiormente per la difesa della salute pubblica, attraverso il contrasto alle forze che la compromettono e gli investimenti che la potenziano.

\*\*\*

# Attività fisica Alimentazione

## Scienza e opinione: il latte

Il latte è da sempre considerato un buon alimento, e molti ritengono che esso sia una buona sorgente di proteine e di calcio, e quindi utile a prevenire le fratture ossee. Purtroppo l'evidenza scientifica di queste affermazioni manca. Anzi Michaëlsson e coll (BMJ 2014;349:g6015) prospettano l'ipotesi che il latte aumenti lo stress ossidativo a causa del D-galattosio in esso contenuto. Tuttavia anche in questo caso mancano solide evidenze scientifiche. La conclusione è che molto di quanto oggi crediamo nel campo dell'alimentazione è più opinione che scienza.

(BMJ 2014;349:g6205)

\*\*\*

## Le porzioni dei nostri pasti

La dimensione delle porzioni è uno dei fattori ambientali che agiscono sulle nostre abitudini alimentari. Più sono grandi più noi mangiamo o beviamo [1]. Se vogliamo ridurre il peso corporeo ricordiamoci che dobbiamo prima di tutto adottare porzioni piccole (o mezze porzioni). Anche in questo caso “la disponibilità è madre dell’uso”.

[1] Cohen DA, Story M. *Mitigating the health risks of dining out: the need for standardized portion sizes in restaurants.* AM J Public Health 104, 586 – 90, 2014)

\*\*\*

## Movimento fisico e depressione

Il movimento muscolare influisce sul tono dell’umore e cura la depressione. Questo effetto sembra mediato da alcuni enzimi prodotti dal muscolo durante l’esercizio aerobico che inibiscono la produzione di chinurenina, una sostanza che agisce sul cervello negativamente e che viene prodotta maggiormente a seguito di stress.

(Harkin A. *Muscling In on Depression.* N Engl J Med 371, 2333-34, 2014)

\*\*\*

# Il movimento fisico è indispensabile per la salute fisica e mentale

Il WHO (Organizzazione Mondiale della Sanità) definisce come “insufficiente” l’attività fisica moderata di 150 minuti la settimana o meno per i soggetti adulti. E’ a queste persone che bisogna rivolgersi in particolare perché aumentino anche di poco la loro attività fisica, ricordando loro che il movimento promuove la salute fisica e mentale a tutte le età e previene malattie croniche e disabilità. Le persone totalmente inattive sono circa il 25% della popolazione e queste presentano i rischi maggiori in termini di mortalità globale, diabete di tipo 2 e alcuni tipi di tumore. In un gruppo di 252.925 adulti statunitensi è stato osservato che un’attività fisica moderata anche modesta (1 ora la settimana o meno) riduce del 15% il rischio di mortalità da ogni causa, e valori analoghi si sono ottenuti anche per la mortalità da tumore o da incidenti cardiovascolari in altre popolazioni. E’ l’inattività totale quindi il vero rischio che dobbiamo fuggire e questo concetto va spiegato a tutti senza posa: non serve essere atleti, non tutti potremmo esserlo anche se lo volessimo. Ma ognuno di noi può prevenire gravi rischi se si impegna a capire e ad agire di conseguenza. Camminare velocemente e salire le scale a piedi sono cose che tutti possiamo impegnarci a fare con regolarità, cioè d’abitudine. Lasciamo la macchina, l’ascensore, l’autobus appena possibile: basta questo a darci una vita più lunga in salute fisica e mentale. Le Istituzioni hanno il dovere di diffondere questa cultura e di prendere iniziative atte a facilitare l’attività fisica dei cittadini; soprattutto pensando a quelli del tutto inattivi che necessitano di programmi particolari, disegnati apposta per loro se non vogliamo che essi rifiutino in blocco tutti gli stimoli e i suggerimenti, ma anche per evitare che sforzi troppo intensi e non progressivi in soggetti non allenati provochino danni anziché vantaggi.

A questo proposito si sente anche la mancanza di informazioni accurate sull’incidenza di eventi avversi nei soggetti troppo attivi oltre che in quelli poco attivi che decidono di effettuare movimento fisico senza una opportuna guida.

\*\*\*

## Walking for Health

In Walking for Health ([www.nhs.uk/Livewell/getting-started-guides/pages/getting-started-walking.aspx](http://www.nhs.uk/Livewell/getting-started-guides/pages/getting-started-walking.aspx)) il Servizio Sanitario inglese suggerisce fra l’altro a coloro che intendono mantenersi in salute camminando di aggregarsi a gruppi di cammino, che consentono di organizzare i percorsi (inclusi quelli più interessanti dal punto di vista paesaggistico, artistico, archeologico), di offrire una camminata idonea dal punto di vista della durata e della velocità (100 passi al minuto o più) e di approntare un ottimo strumento per fare nuove amicizie.

\*\*\*

## Non state troppo seduti

Con l'uso degli accelerometri è stato possibile misurare l'attività fisica giornaliera di popolazioni. Si è così visto, sia negli USA che in Gran Bretagna, che la sedentarietà è del 55% delle ore giornaliere (7,7 ore al dì) nei soggetti di età compresa tra 20 e 29 anni e del 67% (9,6 ore al dì) nelle persone di età compresa tra 70 e 79 anni. Solo il 10% circa degli anziani raggiunge l'attività fisica minima giornaliera raccomandata, cioè più di 150 min/settimana di attività fisica moderata. Ciò significa che forse per gli anziani questo limite è troppo alto e d'altro lato indica che sono necessari ulteriori stimoli e strumenti per invogliare gli anziani abili a fare attività fisica. Una recente meta-analisi indica che il rischio di morte aumenta significativamente negli adulti che stanno seduti più di 7 ore al giorno. In questi soggetti anche un'attività fisica inferiore ai 150 min/settimana è assai utile, giacchè è noto che esiste un effetto dose-risposta tra attività fisica e stato di salute. Il messaggio chiave da far capire agli anziani è quindi "state seduti il meno possibile" oppure "alzatevi spesso dalla sedia e camminate", oppure "siediti meno e muoviti di più". Ciò vale soprattutto per i pensionati senza più alcuna occupazione, ai quali è bene suggerire di "trovarsi un lavoro che li impegni, anche se non retribuito". Il medico deve essere in prima linea nello stimolare questo cambio di vita, anche suggerendo ai suoi assistiti di partecipare ad attività di gruppo come i "gruppi di cammino per anziani" che favoriscono anche la socializzazione tra le persone e altre occasioni di attività piacevole e utile. Il medico deve insistere sul movimento fisico ad ogni incontro con i pazienti, offrire loro obiettivi e opportunità giacchè questa azione è di provata efficacia, migliora il metabolismo e le capacità funzionali, riduce i rischi di disabilità.

*(Sparling PB et al. Recommendations for physical activity in older adults. BMJ 2015;350:4100)*

\*\*\*

## Il significato dei telomeri leucocitari

Il monitoraggio della diminuzione della lunghezza dei telomeri nei leucociti sembra essere un modo per valutare la velocità dell'invecchiamento ed il rischio di sviluppare malattie coronariche. E' noto infatti da tempo che telomeri brevi si accompagnano a coronaropatia e si è visto anche che l'obesità, il consumo di bibite dolci ed il fumo di tabacco si associano a telomeri più corti. Un recente studio indica che la dieta mediterranea si associa a telomeri più lunghi e ad un loro più rallentato accorciamento, e concorda con precedenti studi che indicano come la dieta mediterranea e l'attività fisica si associano ad un minor rischio di accidenti cardiovascolari nelle donne.

Ovviamente si tratta solo di indicazioni e non si può escludere che le differenze cliniche osservate dipendano anche o solo da altri fattori concomitanti.

*(BMJ 2014;349:g6843)*

\*\*\*

# Politiche nutrizionali per tutelare la Salute Pubblica nell'Unione Europea: un'accisa per la salute?

Per Expo 2015

E' oggi ampiamente riconosciuto in ambito scientifico che la dieta mediterranea (a base cioè di vegetali, frutta, cereali non raffinati, olio d'oliva e pesce più che di carni rosse e grassi animali) ha contribuito significativamente alla salute dei popoli rivieraschi del Mediterraneo.

Oggi la dieta mediterranea è stata sostituita nell'Unione Europea in gran parte da alimenti a base di carni, ricchi di grassi saturi, oli vegetali idrogenati, zuccheri raffinati e sale, cioè da alimenti ricchi di potere calorico, ma poveri di nutrienti, che stanno dando un contributo significativo all'aumento della prevalenza di diverse malattie quali l'obesità e il diabete con le loro complicanze in ambito soprattutto cardiovascolare. In Italia oltre il 40% dei bambini di 8 anni è in sovrappeso (WHO, 2010) e ben sappiamo che la maggior parte di essi è destinata all'obesità in età adulta. Siamo così passati da una dieta salutare al suo opposto in pochi decenni.

Le cause di questa pericolosa inversione di consumi alimentari sono molteplici. Particolare importanza in tale contesto riveste la pressione informativa operata dalle Aziende del settore alimentare e l'inadeguatezza degli Stati nel fornire ai consumatori gli strumenti di educazione alimentare e sanitaria dei quali essi hanno bisogno per migliorare la propria vita. Ad esempio alcune Aziende multinazionali sono riuscite ad utilizzare in ambito planetario una semplice formula commerciale per offrire cibi e bevande attraenti in grandi porzioni a basso costo. Si tratta purtroppo di alimenti non salutari, ma molte persone non se ne curano. Questi Big del commercio (Big Burger, Big Sugar) hanno utilizzato una formula inventata dai Big Tobacco (i produttori di sigaretta) che, grazie anche ad importanti guadagni, si sono imposti nel mondo con tecniche di comunicazione, di protezione legale e di "cointeressamento" eccezionalmente efficaci. Oggi questi Big sono tra i maggiori pericoli per la salute pubblica e per l'ambiente; basti ricordare i danni del tabacco sulla salute dell'uomo, il disboscamento di intere foreste per far posto alle coltivazioni intensive di mais per il foraggio degli allevamenti o per biocarburanti, l'uso di pesticidi e fertilizzanti per aumentare le colture, e così via. Considerando che l'alimentazione è uno degli aspetti fondamentali delle libertà dell'individuo, questo problema può essere affrontato attraverso interventi concernenti l'informazione dei consumatori e l'educazione alimentare e, qualora ciò non sia sufficiente, rendendo più difficile l'accesso a particolari prodotti alimentari, il cui consumo sarebbe bene scoraggiare.

La situazione attuale è fortunatamente caratterizzata nell'Unione Europea da una notevole chiarezza degli obiettivi nutrizionali da perseguire ed anche da una notevole evoluzione della normativa comunitaria, obbligatoria e volontaria, di informazione dei consumatori. In particolare, il Regolamento Comunitario 1169 del 2011, entrato in vigore nello scorso mese di dicembre, ha rielaborato i consumi di riferimento giornalieri di numerosi nutrienti ed ha profondamente modificato le norme applicabili all'etichettatura nutrizionale dei prodotti alimentari, rendendola, fra l'altro, obbligatoria a partire dal 2016.

Inoltre, il Regolamento (CE) 1924/2006 ha introdotto le indicazioni nutrizionali e sulla salute che possono notevolmente modificare il consumo di particolari prodotti alimentari, illustrando al consumatore i benefici di salute associati a particolari alimenti. Purtroppo, le prescrizioni dell'art. 4 di questo Regolamento concernente la determinazione dei profili nutrizionali dei prodotti alimentari che possono beneficiare delle indicazioni citate, sono rimaste inapplicate a causa delle obiezioni di alcuni Stati membri. Il completamento

dell'attuazione di questa normativa potrebbe dare un contributo non secondario al miglioramento della nutrizione dei consumatori europei.

Io credo che sia necessario arrivare ad un accordo quinquennale formale che permetta a tutte le parti in causa di trovare un'onorevole soluzione che assicuri una riduzione del consumo degli alimenti che risultano attualmente più dannosi (per l'elevato contenuto di zuccheri raffinati, grassi saturi e sale).

Questo accordo potrebbe essere inizialmente basato sull'adesione a modalità di informazione dei consumatori maggiormente rispettose della realtà, da definirsi preventivamente in modo molto dettagliato e sottoposto a stretta vigilanza da parte delle Autorità competenti degli Stati Membri. L'accordo potrebbe anche prevedere un contributo da parte delle Aziende del settore alimentare a favore delle Autorità degli Stati Membri dell'Unione Europea competenti per la scuola, al fine di promuovere la realizzazione di appositi programmi di educazione alla salute, attraverso insegnanti qualificati, specialmente negli ultimi anni della scuola elementare e della scuola media.

Qualora lo svolgimento di questo programma non desse i risultati auspicati e forse più in generale si potrebbe pensare di intervenire con un aumento progressivo dei prezzi di vendita degli alimenti citati (sulla scorta del minimum price per l'alcol deciso in Canada) con l'obiettivo di arrivare alla significativa riduzione dei consumi sull'arco di un decennio.

Sono ben consapevole che una negoziazione simile (e per di più vincolante) con le diverse componenti del settore alimentare non è facile. Tuttavia, i Governi potrebbero porre sul tavolo l'alternativa di un' "Accisa per la Salute" anche molto gravosa: se il peso della porzione fosse gravato di una tassa variabile, ma significativa, i consumi si ridurrebbero senza alcun corrispettivo per i produttori che ne trarrebbero solo svantaggi. Trovare quindi vie ragionevoli che vadano bene a tutti (o non vadano male a nessuno) potrebbe, a mio avviso, essere un grande e utile impegno per gruppi di lavoro misti che possano lavorare con adeguati supporti internazionali in un contesto internazionale prestigioso nei prossimi anni con obiettivi e scadenze ben pianificati.

Credo che un contesto valido potrebbe essere l'Expo di Milano che, a fronte delle grandi quantità di risorse assorbite, potrebbe costituire non solo un importante momento di presentazione dell'Italia e dei suoi valori, ma anche un punto di riferimento nel futuro per la soluzione o il miglioramento di un grande problema della salute pubblica e ambientale che, se non risolto, rischia di compromettere seriamente la sorte della popolazione europea e non europea.

D'altra parte bisogna considerare che il tema della presente nota rappresenta per l'Unione Europea una sfida considerevole e che una maturazione delle decisioni necessarie potrebbe intervenire anche all'interno di nuove politiche dell'Unione Europea per tutelare la salute dei propri cittadini.

Quale istituzione internazionale potrebbe sostenere Expo 2015 in un compito tanto delicato? La Carta di Milano che Expo redigerà sui temi dell'obesità (spesso associata alla malnutrizione), dello spreco di cibo e dell'agricoltura sostenibile (che oggi per oltre il 30% è destinata a nutrire gli animali da allevamento e/o a produrre biocarburanti) verrà portata all'ONU per approvazione ed endorsement. Anche il Piano per la Salute Pubblica qui tratteggiato potrebbe vedere nell'ONU l'istituzione di riferimento e di endorsement, ma è verosimile che l'ONU possa e voglia prendere questa posizione mentre sta per concludersi con il massimo riserbo un Patto Transatlantico per il Commercio e gli Investimenti tra USA ed Europa? Questo patto se approvato, darà alle Aziende, e in particolare alle multinazionali, spazi di libertà molto maggiori di quelli attuali a vantaggio dei loro profitti[1], anche se questi contrastano con la salute pubblica.

Un vero percorso in salita, ma un compito che ogni persona di coscienza ha il dovere di assumersi per assicurare un futuro alla nostra Terra e alle future generazioni e per evitare già oggi la morte per fame e per sete di 4000 bambini al giorno.

[1] Il testo del trattato preparato dalla Commissione Europea prevede, ad esempio, che i produttori possano intentare un'azione di risarcimento nei confronti di quegli Stati che abbiano emanato provvedimenti lesivi del loro business.

### **Documentazione suggerita**

1. Big food, big pharma: is science for sale? BMJ 2015;350:h795.
2. IPCC Working Group 2013 – <http://www.climate2013.org/spm>.
3. Hilary J. The Transatlantic Trade and Investment Partnership and UK healthcare. BMJ 2014;349:g6532.
4. Godlee G. Climate change. Who should now declare a public health emergency. BMJ 2014;349:g5945.
5. Stockwell T. Minimum unit pricing for alcohol. Europe to follow Canada's lead, if the courts allow. BMJ 2014;349:g5617.
6. Wilkinson R, Pickett K. How 21st century capitalism is failing us. It requires thoroughgoing democratic transformation. BMJ 2014;349:g7485.
7. Behforouz HL et al. Rethinking the social history. N Engl J Med 371, 1277-79, 2014.
8. Rubin R. Marketing e-Cigarettes to Teens. JAMA 312, 1389, 2014.
9. ENI Scuola
10. Grow HM, Schwartz MB. Food Marketing to Youth. Serious Business. JAMA, 312(18), 1918-19, 2014.
11. Popkin BM. Reducing meat consumption Has Multiple Benefits for the World's Health. Arch Intern Med, 169 (6), 543-45, 2009.

\*\*\*

## **L'attività fisica prima di tutto**

In un rapporto della Commissione Parlamentare inglese per la Salute si sottolinea che “vi è evidenza scientifica che l'attività fisica di per sé comporta importanti benefici di salute“ indipendentemente dalla riduzione del peso corporeo e da altri fattori. E' urgente che questo messaggio raggiunga il pubblico e le Istituzioni affinchè l'attività fisica venga promossa, e ciò vale soprattutto per i medici che in questa promozione devono essere leaders.

(BMJ 2015;350:h1629)

\*\*\*

## L'indice glicemico

Alcuni cibi ricchi di carboidrati hanno più o meno effetto di altri nell'aumentare la glicemia. Questa proprietà, detta "indice glicemico" viene determinata confrontando l'aumento provocato sulla glicemia dopo due ore dall'ingestione dei carboidrati di quel cibo in confronto a 50g di glucosio.

(Wolever TM et al. *The glycemic index: methodology and clinical implications*. Am. J. Clin. Nutr. 54, 845-854, 1991)

Si scopre così ad esempio che la banana aumenta la glicemia più della mela, che pur contiene lo stesso quantitativo di carboidrati. Tuttavia il valore pratico dell'indice glicemico è ancora incerto, in quanto altri nutrienti interferiscono nel determinare l'aumento della glicemia, come ad esempio fibre, polifenoli o sali di potassio.

(Sacks FM et al – *Effects of high vs low glycemic index of dietary carbohydrate on cardiovascular disease risk factors and insulin sensitivity. The OmniCarb randomized clinical trial*. JAMA 312, 2531-41, 2014)

\*\*\*

## Il mal di schiena: più movimento, meno esami

Il mal di schiena acuto è una malattia con una forte componente psichica: il paziente teme di rimanere invalido e di aggravarsi nel tempo, mentre in realtà la sintomatologia più spesso migliora entro 1 mese e solo in pochi casi diventa cronica e resistente al trattamento. Da notare, in particolare, che non esiste una buona correlazione tra l'intensità del dolore e la presenza e severità dei segni radiologici di degenerazione.

Tutto questo va spiegato bene al paziente, che deve essere rassicurato in particolare sul suo futuro e sulla evoluzione della malattia così da non auto-limitare la sua vita lavorativa e sociale e favorire con il pessimismo l'evoluzione del dolore verso la cronicità. Il medico deve incoraggiare il paziente a rimanere attivo e a praticare movimento fisico e a non abbandonarsi al catastrofismo o alla tentazione di continuare ad effettuare inutili e dannosi esami radiologici e di laboratorio.

(Chou R. *Reassuring patients about low backpain*. JAMA Intern Med 175, 743-44, 2015)

\*\*\*

## Una mela al giorno

Il detto "una mela al giorno leva il medico di torno" ha una base scientifica.

Uno studio dimostra infatti che chi consuma una mela al giorno assume meno farmaci di chi non l'assume. Forse quindi è meglio dire "una mela al giorno leva il farmacista di torno".

(Davis MA et al. *Association between apple consumption and physician visits. Appealing the conventional wisdom that an apple a day keeps the doctor away*. JAMA Internal Med 175, 777-83, 2015)

# Salute pubblica: allenamento fisico e mentale per prevenire l'invecchiamento

L'insufficiente movimento fisico è il più grande fattore di rischio di mortalità, maggiore di fumo, obesità e diabete tra loro sommati.

Parallelamente, mantenere attiva la mente previene l'invecchiamento mentale degli anziani.

(*Blair SN. Physical inactivity: the biggest public health problem on the 21st century. Br J Sports Med 43, 1-2, 2009*  
*Blarer DG et al. Cognitive aging. A report from the Institute of Medicine. JAMA, 313, 2121-22, 2015*)

\*\*\*

## Effetto della dieta mediterranea sulla mente

Con l'aumento della vita media nei Paesi occidentali aumenta la frequenza di molte malattie legate all'età, inclusa la demenza. Diversi studi indicano un rapporto tra abitudini alimentari e performance cognitive. In particolare, sembra che il declino cognitivo e le malattie neurodegenerative abbiano un nesso causale con lo stress ossidativo e possano in parte essere prevenute da diete ricche in anti-ossidanti. La dieta mediterranea ricca di anti-ossidanti e anti-infiammatori è quindi un importante elemento preventivo delle demenze, oltre che delle malattie cardiovascolari. Lo studio di Cinta Valls-Pedret et al. avvalora la sua efficacia nel prevenire la demenza e mantenere le funzioni cognitive.

(*Cinta Valls-Pedret et al. Mediterranean diet and age-related cognitive decline. A randomized clinical trial. JAMA Intern Med 175, 1094-1103, 2015*)

\*\*\*

## La steatosi epatica (fegato grasso) non alcolica

L'eccesso di alimentazione e l'ingestione di alimenti ricchi di calorie ma poveri di nutrienti (junk food) ha determinato in tutto il mondo una elevata prevalenza di obesità, diabete di tipo 2 e sindrome metabolica. Quest'ultima è caratterizzata da obesità centrale (del tronco), ipertensione, resistenza all'insulina, alti tassi di trigliceridi e bassi livelli di colesterolo HDL nel sangue. Questa sindrome si associa in 2/3 dei casi a steatoepatite non alcolica (fegato grasso) con fibrosi, che procede in parte dei casi a cirrosi epatica e che si associa anche a tumori e malattie cardiovascolari. Si tratta quindi di una malattia molto seria che impone come primo trattamento la perdita di peso e il passaggio ad una alimentazione salutare.

(*Rinella ME. Nonalcoholic fatty liver disease: a systematic review. JAMA 313, 2263-73, 2015*)

## I grassi trans

Entro 3 anni i produttori di prodotti alimentari negli USA debbono abbandonare l'uso di oli parzialmente idrogenati, che sono la principale sorgente di grassi trans. Questi sono responsabili dell'aumento di colesterolo LDL che a sua volta aumenta il rischio di malattie cardiovascolari.

(<http://1.usa.gov/1JbQfaH>)

\*\*\*

## Effetto dell'esercizio muscolare

L'esercizio fisico è fortemente collegato a cambiamenti nella metilazione del DNA e quindi dell'epigenoma della persona, che è determinante nel rischio di malattie cardiovascolari.

(Barrés R et al. *Acute exercise remodels promoter methylation in human skeletal muscle*. *Cell Metabolism* 15, 405-411, 2012)

\*\*\*

Anziani

## Un telefono amico per gli anziani

In UK esiste una linea telefonica (Silver Line) per l'aiuto a persone anziane, che nel primo anno di attività ha ricevuto quasi 300.000 chiamate di anziani affetti da solitudine, abusi o abbandono al loro domicilio o in residenze per anziani.

(*BMJ 2014; 349:g7236*)

\*\*\*

## De-prescrivere i farmaci

Negli anziani e in tutti i pazienti con multi-morbilità la prima cosa che il medico deve chiedersi è se sia possibile ridurre il numero di farmaci che il paziente prende e che spesso sono causa loro stessi di patologie: non prescrivere quindi, ma de-prescrivere è in questi pazienti l'obiettivo da valutare. Mentre prescrivere è facile (basta utilizzare le linee guida disponibili per ogni situazione patologica) de-prescrivere è più difficile e richiede molta capacità clinica per individuare le patologie più importanti clinicamente per quel malato e abbandonare quelle minori, in accordo con il paziente che deve capire bene quello che il medico gli propone. Anche qui quindi visione olistica del medico e sua buona capacità comunicazionale con il malato sono requisiti indispensabili.

Oggi sono molti nel mondo gli studi clinici sulla de-prescrizione, che è particolarmente vantaggiosa nel caso di alcune classi di farmaci come i sedativi e gli antipsicotici, di cui fanno largo uso soprattutto le strutture residenziali per anziani. Data l'importanza del tema è auspicabile che i principali organismi a ciò deputati emanino supporti adeguati perché la de-prescrizione diventi sempre più efficace e usata.

(*BMJ 2014; 349:g7013*)

\*\*\*

## De-prescrivere i farmaci nell'anziano

Di fronte ad un paziente anziano che lamenta un disturbo e che già assume molti farmaci il medico non deve chiedersi "che farmaco devo prescrivere" ma "quali farmaci posso sospendere".

(*Scott IA. Reducing inappropriate polypharmacy. The process of de-prescribing. JAMA Intern Med 175, 827-34, 2015*)

\*\*\*

Farmaci  
Vaccini  
Altre terapie

## Nuovi farmaci contro alcuni tumori

Per evitare che il nostro sistema immunitario aggredisca e danneggi i nostri stessi tessuti, tutte le cellule di ognuno di noi esprimono due tipi di molecole (dette PD-L1 e PD-L2) che si legano a specifici ricettori presenti sulle cellule T (detti PD-1) bloccandone l'azione. Le cellule T (che sono gli effettori della nostra risposta immunitaria), così "accecati" non riconoscono e non attaccano le nostre cellule.

Alcuni tumori sfruttano un meccanismo simile per sfuggire alla risposta immunitaria dell'ospite. Si comincia a capire che se blocchiamo il ricettore PD-1 con anticorpi specifici in malati affetti da alcuni tumori (come morbo di Hodgkin o melanoma) la risposta contro il tumore si rafforza e il paziente migliora. Sembra quindi che si stia aperto una nuova via nella cura dei tumori e quindi nuove speranze per i malati. Ogni conclusione è tuttavia prematura e la ricerca deve proseguire per arrivare a dati certi.

*(Sznol M, Longo DL. Release the hounds! Activating the T-cell response to cancer. New Engl J Med 372, 374-75, 2015)*

\*\*\*

## Costo dei nuovi farmaci

Il Tufts Center for Study of Drug Development ha calcolato che lo sviluppo di un nuovo farmaco costa all'industria 2,6 miliardi di dollari USA ([http://csdd.tufts.edu/files/uploads/cost\\_study\\_backgrounder.pdf](http://csdd.tufts.edu/files/uploads/cost_study_backgrounder.pdf)).

*(Avorn J. The \$2.6 Billion Pill – Methodologic and Policy Considerations. N Eng J Med 372;20: 1877-8)*

\*\*\*

## Un vaccino per l'Herpes Zoster

La GlaxoSmithKline ha sperimentato con successo un vaccino contro l'Herpes Zoster molto attivo anche nei soggetti anziani.

*(Lal H et al. Efficacy of an Adjuvanted Herpes Zoster Subunit Vaccine in Older Adults. NEJM 372, 2087-96, 2015)*

# La sperimentazione dei farmaci nei malati cronici

I trial clinici (tesi a valutare l'efficacia e l'innocuità dei nuovi farmaci) si basano sulla strategia detta di “una popolazione omogenea, un farmaco, una malattia” ossia una popolazione di media età che sia il più possibile omogenea, sia affetta da una sola malattia e riceva solo il farmaco in studio. Questo approccio tuttavia non ha successo in presenza di multipatologie croniche come la demenza o l'ictus che riconoscono cause molteplici e ricevono più farmaci. In tali casi si può ricorrere ai cosiddetti “trial adattativi” (o Platform trials) che consentono modifiche nel corso del trial in base alle informazioni man mano acquisite, consentono di valutare molteplici trattamenti simultaneamente e usano strumenti statistici messi a punto allo scopo. Il loro target è la malattia, non il farmaco ed essi si adattano a studiare le combinazioni di vari farmaci e di valutare le differenze tra sottogruppi di pazienti come indicato nella Tabella seguente:

**Table. General Characteristics of Traditional and Platform Trials<sup>a</sup>**

Characteristic	Traditional Trial	Platform Trial
Scope	Efficacy of a single agent in a homogeneous population	Evaluating efficacy of multiple agents in a heterogeneous population; explicitly assumes treatment effects may be heterogeneous
Duration	Finite, based on time required to answer the single primary question	Potentially long-term, as long as there are suitable treatments requiring evaluation
No. of treatment groups	Prespecified and generally limited	Multiple treatment groups; the number of treatment groups and the specific treatments may change over time
Stopping rules	The entire trial may be stopped early for success or futility or harm, based on the apparent efficacy of the single experimental treatment	Individual treatment groups may be removed from the trial, based on demonstrated efficacy or futility or harm, but the trial continues, perhaps with the addition of new experimental treatment(s)
Allocation strategy	Fixed randomization	Response-adaptive randomization
Sponsor support	Supported by a single federal or industrial sponsor	The trial infrastructure may be supported by multiple federal or industrial sponsors or a combination

<sup>a</sup>Platform trials and similar trials may also be called basket, bucket, umbrella, or standing trials

Questa metodologia offre quindi la possibilità di sperimentare i farmaci e le loro associazioni per la terapia della multimorbilità nei pazienti cronici, nei quali finora non si è riusciti a sperimentare i trattamenti più efficaci e meno tossici.

*(Berry SM et al. The platform trial. An efficient strategy for evaluating multiple treatments. JAMA 313, 1619-20, 2015)*