

Girolamo Sirchia

Pensieri sani

Vol. 4



Centro Trasfusionale Ospedale Maggiore Policlinico Editore

2016

In copertina

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

Indice

SANITÁ

Organizzazione e gestione.....	6
Le professioni sanitarie.....	18

SALUTE PUBBLICA

Promozione e prevenzione.....	22
Farmaci, vaccini e altre terapie.....	34
Stili di vita.....	37
Cardiovascolare, ipertensione e diabete.....	56
Tumori.....	60
Anziani.....	62
Altro.....	65

Milano, febbraio 2017

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

Organizzazione e gestione

Ripensare gli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)

Dopo tanti anni dalla loro istituzione e dopo le cospicue risorse erogate annualmente per la ricerca da loro svolta, il Ministero della Salute si chiede opportunamente quali sono i vantaggi apportati dagli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) alla salute degli italiani, all'erogazione dei servizi sanitari e alle imprese e si domanda altresì se vi sono spazi di miglioramento della qualità e dell'efficienza di queste strutture che, dobbiamo ricordarlo, sono deputate al ricovero dei pazienti oltre che alla ricerca clinica e sanitaria.

Il documento ministeriale è interessante perché dopo una prima parte che richiama le norme che regolano gli IRCCS riporta, per ognuno di essi, una scheda da essi compilata nella quale essi espongono i loro risultati e la loro storia a fronte dei finanziamenti ricevuti dalla sanità per la ricerca.

Già da un primo e sommario esame di queste schede si nota che a fronte di alcuni IRCCS che sembrano rispondere alle attese del Ministero della Salute, altri non sembrano aver prodotto risultati di rilievo oppure hanno operato in settori non pertinenti al mandato. In quasi nessun caso si va oltre il calcolo dell'Impact factor (IF) e in particolare non vengono menzionati i criteri di misura della loro qualità clinica, di efficienza, di riferimento per il territorio, di prodotti utili all'industria; in una parola del beneficio derivato al paziente o al servizio sanitario dalla loro ricerca e rispettive risorse pubbliche utilizzate.

La mia reazione alla lettura del documento ministeriale è sintetizzata nei seguenti punti.

1. Parto innanzitutto dalla convinzione che gli IRCCS devono costituire ospedali di riferimento per le specialità loro assegnate. In quanto tali, essi devono dimostrare la loro qualità elevata e la loro efficienza, nonché trattare casistiche numerose derivanti appunto dal loro essere richiamo di pazienti da tutta la nazione. La misura della qualità e dell'efficienza va oggi misurata sugli esiti più che sui processi, ed è quindi utile e urgente che il Ministero della Salute definisca tramite i suoi organismi tecnici (Istituto Superiore di Sanità, Agenas, altri) gli indicatori più adatti.
2. Il riferimento per i pazienti deve prevedere un'apertura al territorio (cioè ai Medici di Medicina Generale o MMG) con i quali l'IRCCS deve instaurare un'azione continua di collaborazione e di sostegno diagnostico e terapeutico, di guida e di condivisione della ricerca. Molto significativo a questo proposito la collaborazione che Multimedica ha instaurato con le cooperative di MMG per l'identificazione dei prediabetici nelle persone presunte sane. Se queste persone si sottopongono ad un cambiamento degli stili di vita (alimentazione e attività muscolare corretta) il prediabete può regredire e il metabolismo normalizzarsi. Considerando che è stato calcolato che il costo di un diabetico in Italia è di circa 2.000,00 euro all'anno più elevato di un non diabetico e che i diabetici italiani sono almeno 5 milioni è facile capire quanto una simile collaborazione può far risparmiare alla finanza pubblica.
3. Proprio quest'ultimo è l'argomento che più voglio rimarcare. Finora il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato incentrato sulla cura delle patologie già manifeste. La sofisticazione dei presidi di diagnosi e cura e i loro costi sono però lievitati ad un punto da rendere economicamente insostenibile il SSN. Da ciò odiosi provvedimenti di contenimento della spesa che peraltro sono chiaramente inefficaci. La verità è che sembra arrivato il momento in cui è necessario cambiare paradigma, dando ampio spazio alla correzione di quegli stili di vita non salutari che sono grande causa di molte patologie croniche invalidanti e costose. L'identificazione precoce dei fattori di rischio nei soggetti che si presumono sani e la loro correzione è la via che sembra poter risolvere i problemi sanitari del Paese. I medici tuttavia devono capire e far proprio il concetto che la

identificazione e correzione dei fattori di rischio è un compito clinico della massima importanza che spetta loro, alla stregua della diagnosi e terapia della malattia conclamata. La prescrizione che il medico deve effettuare per conservare la salute e prevenire la comparsa delle malattie deve inoltre essere raccolta da una organizzazione territoriale che si prende in carico il soggetto per organizzargli uno stile di vita salutare; ad esempio inserendolo in programmi proattivi di cessazione del fumo o dei gruppi di cammino secondo la tecnica del Fitwalking e/o di educazione alimentare e così via. Si tratta di programmi che prevedono la presenza di altri professionisti oltre ai sanitari (comunicatori, esperti di attività motoria, psicologi, ecc.); questi devono essere formati e retribuiti per la loro attività, che diventa quindi anche opportunità di lavoro (nuove professioni). Pensate a quanto è insensato oggi vedere che il 22% degli italiani continua a fumare mentre la scienza si adopera per identificare le mutazioni occorse nei fumatori e per produrre farmaci costosi capaci di colpirle. Oppure vedere come l'obesità infantile continua a crescere con il suo fosco di patologie associate mentre l'educazione alimentare è scarsa e addirittura osteggiata da interessi organizzati di tipo industriale e commerciale. Tutti noi sappiamo che l'ideale sarebbe la volontà governativa di attuare una Health in all policy, e sappiamo anche che ciò non viene spesso realizzato per il coacervo di interessi che si frappongono e che sono più forti degli interessi di salute pubblica, ma ritengo comunque che progressi possono essere fatti nel tempo se le idee e le volontà sono chiare e i vantaggi economici ben dimostrati.

4. Se gli IRCCS devono essere strutture di riferimento clinico e di ricerca clinica traslazionale, guida e sostegno per il territorio ed i MMG e Pediatri di Libera Scelta (PLS), se devono essere eccellenti ed efficienti, se devono produrre sia lavori scientifici di alto profilo (IF) aver ricercatori di fama (H Index e aggiudicazioni di grants) e capace di determinare anche innovazione tecnologica e organizzativa (documentata da brevetti trasferiti al mercato o da innovazione vantaggiose di erogazione dei servizi sanitari), il sistema degli IRCCS va davvero ripensato e migliorato con il consenso di tutte le forze interessate ad una sanità più efficiente, sostenibile e di migliore qualità. A questo fine io credo che una Conferenza Nazionale degli IRCCS, che definisce bene questi scopi e si proponga di ridisegnarne il ruolo, sia strumento utile e possa rappresentare il secondo passo dopo la presentazione del documento ministeriale che ci è stato offerto in pre-visione e che rappresenta il primo passo di un nuovo IRCCS più consono ai tempi di oggi.

In quell'occasione potrebbero anche essere rivisti alcuni elementi organizzativi che sono risultati poco utili o dannosi. Ad esempio:

- a) le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico sono state poco utili. La Fondazione dovrebbe essere di diritto privato oppure pur restando pubblica acquisire quei gradi di libertà organizzativi e gestionali disegnati nei primi anni '90 da Reinventing Government e riassumibili nella definizione "La pubblica amministrazione imprenditoriale";
- b) l'organizzazione intera della Fondazione potrebbe consentire l'autonomia amministrativa, organizzativa e gestionale dei dipartimenti (vedi blog girolamosirchia.org);
- c) i capi dipartimento dovrebbero sedere nel CdA della Fondazione;
- d) l'internazionalizzazione dovrebbe essere aumentata e prevedere posizioni per italiani eccellenti rientrati dall'estero;
- e) dovrebbero essere favorite le interazioni con altre strutture produttive e scientifiche.

È assolutamente necessario, infine, trovare un accordo con le regioni perché vivano gli IRCCS come una risorsa qualificante della loro realtà sanitaria e non come un corpo estraneo o una struttura da trattare alla stregua di qualunque ospedale della rete regionale e da occupare con statuti che non recepiscono la loro

valenza nazionale e internazionale inclusa la capacità di contribuire al potenziamento e alla crescita della sanità regionale in termini di innovazione e di finanziamenti.

In conclusione, credo che l'iniziativa del Ministero della Salute di ripensare la funzione degli IRCCS, di attualizzarla e migliorarla, definendone meglio le funzioni essenziali di Centro di riferimento nazionale e di ricerca per la sanità, sia assolutamente lodevole. Anche l'UE sta da tempo tentando di realizzare una rete di centri di riferimento ove concentrare le patologie e sviluppare metodi di diagnosi e cura più avanzati, utili ai pazienti e all'industria. In Italia abbiamo già tali centri, dobbiamo solo utilizzarli meglio, migliorandone l'organizzazione e il funzionamento, la distribuzione territoriale e la governance, ma anche annettendo a tali funzioni solo strutture oggettivamente qualificate.

Riflessioni sul Servizio Sanitario Nazionale

Da qualche tempo mi sto rendendo conto che nella percezione della gente il Servizio Sanitario è peggiorato. Non so dire se questa percezione corrisponda alla realtà, ma credo che numerosi fattori contribuiscano a questo fenomeno negativo, e su questi dovrebbero agire le Istituzioni per invertire la tendenza.

1. Una serie di provvedimenti nazionali e regionali in rapida successione, e a volte molto radicali, generano confusione e interpretazioni scorrette. Ad esempio, malgrado il fondo sanitario si aggiri anche quest'anno sui 110 miliardi di Euro, e quindi arrivi all'8% del PIL, la gente parla di tagli in sanità. Ciò è dovuto, da un lato, ai ticket pesanti sulla farmaceutica e sulla diagnostica e, dall'altro, a normative come quella che tende a ridurre le richieste inappropriate di indagini diagnostiche. Io credo che a livello istituzionale (Ministero, Regione) si dovrebbe urgentemente investire nella comunicazione al pubblico, soprattutto televisiva e sistematica per spiegare come stanno le cose ed evitare fraintendimenti e timori. Non devono essere i giornali o i talk-show a parlare, ma le Istituzioni.
2. La libera professione intramoenia dei medici induce spesso i professionisti e gli Ospedali da cui dipendono a dirottare i pazienti verso il pagamento in proprio per bypassare liste di attesa lunghe e incertezze in merito. La materia va, a mio avviso, riconsiderata separando in modo netto la libera professione del personale sanitario dal suo primario impegno a favore dei pazienti non paganti in proprio, nel rispetto dei principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale. Ciò non significa penalizzare economicamente il personale sanitario, che deve poter lavorare in libera professione per accorciare eventuali liste di attesa e quindi essere retribuito dall'Ospedale per questo addizionale lavoro da effettuarsi fuori orario. La libera professione del personale per i solventi deve avvenire in contesti diversi da quelli adibiti al Servizio Sanitario Nazionale senza inutili barriere e impacci burocratici. La libera professione del medico è una necessità utile al paziente e alla sua libertà di scelta oltre che al medico, ma bisogna evitare che le regole del sistema determinino distorsioni inique.
3. I Paesi europei avanzati spendono oggi circa il 10% del PIL per la sanità e, secondo il King's Fund, bisognerebbe aggiungere un altro 1% per l'assistenza socio-sanitaria (BMJ 2016;352:i965), ma con l'invecchiamento della popolazione ed il progresso tecnologico è giusto programmare un ulteriore aumento nei prossimi anni. Ciò è possibile solo tagliando gli sprechi e gli abusi del Servizio Sanitario Nazionale (stimato in oltre il 20% della spesa sanitaria), ma anche di altri settori della spesa pubblica, investendo nella prevenzione e adottando politiche di "Health in All" (cioè l'impatto

sulla salute dei provvedimenti normativi) giacchè va finalmente capito che la salute dei popoli è un motore economico di sviluppo ed è quindi un investimento produttivo.

4. Il Servizio Sanitario Nazionale può funzionare bene solo a condizione che il suo personale sia aggiornato e motivato. Oggi non è così. Il sistema di aggiornamento è inefficiente e non esiste una politica del personale. Non solo, nel Servizio Sanitario Nazionale la cosiddetta aziendalizzazione della sanità ha marginalizzato i medici ed ha posto il potere nelle mani di manager tesi soprattutto al rispetto dei bilanci più che al benessere dei pazienti e del personale sanitario. Invece che operare a supporto dei pazienti e dei medici, il manager esercita un potere monocratico, spesso senza considerare il parere del personale sanitario più avveduto, che dovrebbe invece costituire un Collegio di Direzione coordinato dal manager. I Capi Dipartimento delle cosiddette Aziende Sanitarie dovrebbero operare per delega dell'Amministrazione aziendale, alla stregua dei Direttori di Direzione industriale, rispondendo dei risultati senza inutili vincoli sempre più stringenti e mortificanti. La motivazione dei medici dipende da una serie di opportunità che oggi sono assai limitate: possibilità di partecipare alle decisioni del proprio Ente, possibilità di carriera e di corrispettivi proporzionali al merito, autonomia e responsabilità nei ruoli di comando, possibilità di ricerca e di scambi culturali con gli altri Paesi, riconoscimenti istituzionali di vario tipo, adeguata organizzazione del lavoro, moderne modalità di aggiornamento professionale con valutazione delle professional skills e delle soft skills, con una crescita umana e professionale sostenuta da programmi ben disegnati di Continuous Professional Development. Di tutto ciò in Italia non abbiamo che debole traccia, e questo io penso debba essere un campo in cui bisogna investire con competenza e cognizione di causa, guidati da Istituzioni consapevoli e colte.
5. All'ombra della sanità si muovono persone ed imprese non sempre oneste e trasparenti. Nella farragine di norme nazionali e regionali che si susseguono senza tregua, queste prosperano e gli scandali così frequenti fiaccano la resistenza e la fiducia degli onesti. Per questi ed altri motivi si annida nel Servizio Sanitario Nazionale, oggi, una serie di differenziali nella quantità, qualità e costo delle prestazioni sanitarie che raggiunge l'iniquità: a seconda del luogo in cui un cittadino si ammala, variano le sue possibilità di cura e di sopravvivenza. Ancora infatti non sono stati definiti gli standard minimi di quantità, qualità e costo delle prestazioni sanitarie che ogni ASL in ogni Regione deve garantire a fronte del finanziamento che riceve, né i sistemi di monitoraggio del rispetto di tali standard, né le azioni correttive da mettere in opera, qualora tale rispetto venga violato. Continuano così i viaggi della speranza, continuano le iniquità generate dal sistema, continua la sofferenza di tanti pazienti e delle loro famiglie.

Conclusioni. Il nostro Servizio Sanitario Nazionale ha davvero bisogno di riconsiderazione. Esso è un bene prezioso che va conservato, ma deve essere migliorato profondamente. E' importante tuttavia capire che i miglioramenti dei sistemi complessi non possono essere ottenuti con riforme radicali, spesso pensate a tavolino e calate dall'alto, spesso frettolose e mal studiate. Queste riforme peggiorano le cose perché sono capite male, generano resistenze e, a volte, provocano danni. I miglioramenti vanno effettuati a piccoli passi (il Kaizen giapponese!) con poche modificazioni per volta, che fanno parte di un piano pluriennale di cambiamento, redatto da persone qualificate ed esperte e con l'approccio scientifico della sperimentazione su piccola scala per evitare stravolgimenti dannosi e sfiducia. Il tutto accompagnato da una comunicazione efficace e sistematica che deve mirare ad una condivisione profonda degli operatori e del pubblico. La politica che vuole ottenere questi obiettivi deve darsi una progressiva serie di traguardi che inizi da oggi, ma si prolunghi negli anni a venire. Se ciò non accade, il declino del nostro Servizio Sanitario Nazionale mi sembra inevitabile.



I cambiamenti in sanità

Nessuna riforma sanitaria risulta efficace a lungo termine se non si colloca a livello delle corsie ospedaliere, degli ambulatori e della medicina del territorio. A questo livello le trasformazioni devono essere piccole e progressive e richiedono la partecipazione convinta dei medici e del restante personale sanitario. Le grandi riforme top-down fatte a tavolino sono destinate a incidere poco e a non durare. Le modificazioni devono essere effettuate da team multidisciplinari di coloro che lavorano effettivamente nel sistema insieme ai pazienti e ad esperti di organizzazione e gestione sanitaria. Capire e seguire i percorsi del paziente è molto istruttivo, perché consente di capire quali sono le priorità da affrontare. Nessun uomo da solo può disegnare modifiche di sistema che abbiano successo; più spesso esse sono non solo inutili, ma dannose. Il grande pericolo però è anche che i cambiamenti non tengano conto dei dati e delle risorse disponibili. Poche modificazioni vanno a segno di colpo; di solito esse richiedono aggiustature nel tempo. Ecco perché ogni modifica dovrebbe essere prima sperimentata in diverse realtà locali. Le esperienze di successo indicano che questi team multidisciplinari devono lavorare regolarmente e continuamente, considerare come priorità la qualità oltre all'efficienza, essere guidati da leader esperti, essere composti da personale interno e non da consulenti, essere sostenuti e ascoltati dai top manager sia clinici che amministrativi, saper coinvolgere e consultare tutto il personale. Il risultato del cambiamento infine deve essere misurato prima di essere trasferito. In tal modo il team permanente diviene parte della governance clinica e strumento di miglioramento continuo di efficienza e qualità.

(Bohmer RMJ. The hard work of health care transformation. New Engl J Med 375, 709-11, 2016)

L'aziendalizzazione della Sanità

In Italia ci siamo sforzati per anni di assimilare gli Ospedali alle Aziende, importandovi alcuni criteri organizzativi. Probabilmente abbiamo sbagliato di grosso, giacchè “l'ospedale è la più complessa organizzazione mai realizzata” (Peter Drucker, NY University) ed è forse il caso che le Aziende imparino dall’Ospedale piuttosto che il contrario, importando anche, oltre e al di là del pareggio di bilancio, i valori che i professionisti sanitari persegono, quali fiducia del paziente, comunicazione onesta e completa, trasparenza, valore salute sul lungo termine, priorità per l’interesse del paziente, scelte basate sull’evidenza scientifica anche nel management, aggiornamento permanente e motivazione del personale, sua valorizzazione umana e professionale, insegnamento ai più giovani, ricerca scientifica, rispetto e ascolto dei professionisti da parte dei vertici ospedalieri.

(Wiersinga WJ, Levi M. What other industries can learn from health care. JAMA Intern Med 176, 425-26, 2016)

I tagli in Sanità

I dati recentemente pubblicati dal Censis sembrano indicare che circa 11 milioni di Italiani nel 2015 hanno dovuto rinunciare alle cure a causa delle difficoltà di accesso ai Servizi Sanitari Nazionali. Si tratta di persone non abbienti che non possono pagare i ticket, accedere alla libera professione intramoenia o agli erogatori privati per superare le lunghe liste d'attesa o per ottenere prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale non eroga più illimitatamente come in passato. In effetti la spesa di tasca propria degli Italiani è incrementata significativamente nel tempo e oggi rappresenta un impedimento oggettivo a chi dispone di pochi mezzi economici. La ragione di tutto questo risiede nella progressiva insostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale legata in gran parte, ma non esclusivamente, all'invecchiamento della popolazione e al continuo e vorticoso progresso tecnologico, ma anche alla inappropriatezza di molti consumi sanitari che altro non sono se non spreco di risorse. La domanda che sorge a questo punto è: questo sacrificio imposto a parte della popolazione è utile a ribilanciare il Servizio Sanitario Nazionale? A parte l'aspetto etico, i provvedimenti presi da Stato e Regioni sono utili? Io credo che l'appropriatezza in Sanità dovrebbe derivare in verità da un migliore aggiornamento professionale dei medici e dalla educazione della popolazione all'uso dei Servizi Sanitari. In Italia nessuno dei due ambiti è stato curato. L'aggiornamento è ancora affidato prevalentemente alla partecipazione a incontri, corsi e congressi, ma non è stato impostato l'aggiornamento sul lavoro (che è parte integrante del Continuous Professional Development) e non è legato al rinnovo della licenza professionale. E' ormai acclarato che il semplice scambio di informazioni è poco utile, mentre conta l'allenamento a risolvere i problemi che sorgono nella pratica professionale di ogni giorno (McMahon GT. What do I need to learn today? The evolution of CME. *New Engl J Med* 374, 1403-06, 2016). L'educazione sanitaria del pubblico è del tutto inesistente e le Istituzioni sono lontane dai cittadini, non parlano, non informano, non conoscono le tecniche di marketing sociale, non interagiscono con la scuola perché questa possa costruire un cittadino consapevole. La popolazione attinge quindi come può ai programmi televisivi o al sentito dire che certo non sono un'affidabile sorgente di corrette informazioni. Ma si può ovviare a tanta inavvedutezza istituzionale imponendo l'appropriatezza per legge? Certo si può, ma i risultati quali sono? Non succederà per caso che quegli 11 milioni di Italiani che non si riescono a curare ce li troveremo nei Pronto Soccorso e negli Ospedali quando si aggraveranno le loro condizioni di salute e ci costeranno allora molto di più? Non lo sappiamo, anche perché i provvedimenti non sono stati ben studiati nei loro risvolti socio-economici prima di essere emanati. Saremo sempre in tempo a modificare i decreti, dando luogo a quel continuo cambiamento delle regole che è causa di confusione e di non osservanza delle leggi. Che possiamo fare allora per continuare a godere di un Servizio Sanitario Nazionale sostenibile? Il quesito è nell'agenda di tutti i Governi e molti sono gli Stati che stanno valutando o sperimentando soluzioni operative. Innanzi tutto dobbiamo capire che divieti e ticket non sono utili a migliorare le cose. In secondo luogo il cambiamento deve essere graduale, chiaro agli utenti e inserito in un piano di Governo. Tutto il Governo deve capire che la salute di un popolo è un motore economico di sviluppo della Nazione, giacchè un popolo in salute lavora di più e meglio. Il piano di Governo, infine, deve giovarsi della esperienza di altri Stati, attingendo alle soluzioni di successo. Tra queste ricordo le seguenti.

1. Fino ad oggi le risorse sono state concentrate quasi solamente sulla cura, ossia aspettando che la malattia si manifesti. Questo paradigma sta rivelandosi insufficiente ed è già oggi disponibile una medicina predittiva, che identifichi precocemente le persone a rischio delle principali patologie, per indirizzarle proattivamente verso stili di vita atti a ridurre il rischio che la malattia si instauri. Sappiamo ad esempio che con un semplice questionario è possibile identificare nella popolazione di soggetti che si presumono sani coloro che sono affetti da prediabete e che con un counseling e un

sostegno psicologico una buona percentuale di costoro può ritornare alla normalità invece che progredire verso il diabete conclamato, con le sue inevitabili e dispendiose complicanze.

2. I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) debbono escludere tutte quelle pratiche mediche e quei rimedi, test e farmaci di non dimostrata utilità. Per i farmaci biologici (assai costosi) è tempo di definire quali sono i criteri per rimborsarne l'uso: a questo fine molti ritengono che enormi spese per ottenere sopravvivenza di durata insignificante non sono giustificate. La misura del QALY (quality-adjusted life-year ossia del costo aggiuntivo per ogni anno di vita salvato aggiustato sulla qualità e che è ritenuto accettabile quando contenuto al di sotto di \$ 25.000-50.000 per QALY) è considerata da molti un parametro utile alla decisione.
3. Molta patologia è oggi generata da stili di vita inadeguati, legati in particolare ad eccessiva e cattiva alimentazione, scarsa attività fisica, fumo di tabacco. Molto si potrebbe fare in questo ambito, anche senza incorrere in violenti contrasti con interessi industriali e commerciali organizzati.
4. La nostra Sanità è ancora fortemente incentrata sull'Ospedale, mentre sono ancora fragili la Sanità territoriale e le strutture e i processi di transizione tra Ospedale e territorio, quali Case della Salute per la presa in carico dei pazienti cronici, gli Walk-in Centre per integrare il lavoro dei Medici di Medicina Generale, i POT (Presidi Ospedalieri di Vicinanza) collocati nel territorio a disposizione dei Medici di Medicina Generale per offrire loro diagnosi e ricoveri di bassa intensità, specie a persone anziane, e specie per assicurare dimissioni protette e ricoveri di sollievo. Di queste strutture ho avuto già modo di discutere più volte (blog <http://www.girolamosirchia.org>).
5. Infine non mancano soluzioni innovative di alleggerimento della spesa quali l'obbligo di assicurazione personale (pubblica o privata) per le patologie conseguenti ad attività ludiche o sportive, che non si vede perchè debbano gravare sul Servizio Sanitario Nazionale, l'obbligo di assicurazione personale (pubblica o privata) per la non-autosufficienza (a carico dello Stato per i soggetti indigenti) ed altro ancora.

Le soluzioni sopra elencate sono solo alcuni esempi e devono essere studiate attentamente prima di essere utilizzate. Ma la letteratura internazionale è ricca di spunti e suggerimenti analoghi e non può essere ignorata.

In conclusione, io credo vi sia ampio spazio per rendere più equo ed efficace il nostro Servizio Sanitario Nazionale, per assicurargli un miglioramento continuo ed aggiornarlo per meglio far fronte ai bisogni di salute degli Italiani. Bisogna avere il coraggio di abbandonare le scorciatoie improvvise e pericolose per avviarsi su percorsi ragionati e validati.

* * *

Un giorno in corsia migliora la governance in sanità

Uno dei problemi irrisolti in sanità è come far sì che chi decide (i vertici amministrativi) capiscano appieno le logiche e le necessità dei malati e degli operatori sanitari. Solo così si possono infatti evitare decisioni inutili o dannose.

Ad Ashville, North Carolina, è stato deciso e organizzato un deep immersion day degli amministratori, giornalisti e legislatori negli ospedali cittadini. Assistiti da alcuni medici, questi laici hanno vissuto dal di dentro i problemi dei vari servizi più impegnativi (pronto soccorso, chirurgia, ambulatori). Il risultato è stato molto positivo, giacché ne è derivato un cambiamento positivo delle scelte di questi laici e un'attenzione maggiore alle reali necessità dell'ospedale.

Questa esperienza si inquadra nel più grande capitolo del management by walking, secondo il quale i manager non restano chiusi nei loro uffici ma si spostano sistematicamente e frequentano di continuo le aree della produzione, interagendo con il personale per ascoltare la loro voce e condividere le decisioni da prendere. Una tecnica poco seguita, ma ricca di risultati positivi sul piano operativo, uno strumento di motivazione del personale, un modo per migliorare di continuo la qualità; in una parola, un modo migliore di esercitare la governance.

(Bock RW, Paulus RA. Immersion day Transforming governance and policy by putting on scrubs. NEJM 374, 1201-03, 2016)

Sanità: cambiare per migliorare

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è nato nel 1978 sul modello di quello inglese, nato 30 anni prima, e disegnato per dare a tutti gli Inglesi un'assistenza sanitaria di medio livello a bassi costi¹.

Con il passare degli anni il quadro epidemiologico è molto cambiato in Europa: l'attesa di vita della popolazione si è molto allungata (e con essa la prevalenza di malattie croniche), sono cresciute le aspettative delle persone nei confronti della salute e del sistema atto a proteggerla e vi è stato un incredibile progresso delle conoscenze mediche e delle possibilità di diagnosi e cura. Questo cambiamento ha fatto crescere i costi della sanità in modo rilevante.

Oggi il SSN inglese e quello italiano hanno manifestato chiare insufficienze e rischiano di divenire tra breve economicamente insostenibili. D'altro canto la crisi economica mondiale iniziata nel 2008 rende virtualmente impossibile reperire ulteriori risorse per la sanità, cosicché la situazione è divenuta critica e molti ritengono che il SSN debba essere urgentemente modificato se si vuole che sopravviva.

Mi è stato chiesto da più parti come io interverrei, se avessi il potere di decidere, e riassumo qui i principali suggerimenti:

1. E' indispensabile innanzitutto modificare l'attuale paradigma che imposta il sistema sulla cura della malattia anziché sulla prevenzione. Oggi siamo in grado di intervenire prima che la malattia esploda identificando i soggetti apparentemente sani che hanno una forte probabilità di sviluppare la malattia. Disponiamo di algoritmi che hanno una buona capacità predittiva in varie patologie croniche, quali il diabete di tipo 2, le malattie cardiovascolari, la depressione grave ed altre ancora.

Identificare precocemente la condizione di pre-diabete, ad esempio, consente di mettere in atto misure che ritardano o evitano il comparire della malattia conclamata. Se a ciò si aggiunge che la tecnologia informatica multimediale ci mette a disposizione oggi il rilevamento di dati via smart devices e la possibilità di inviare messaggi per azioni correttive, si può capire come l'investimento in questi ambiti possa avere un grande ritorno. La possibilità che gli oggetti si parlino (tramite l'Internet of Things) ci può oggi segnalare se il paziente assume le terapie prescritte e migliorare la compliance alla terapia che nei cronici è molto carente e causa di inefficienza e spreco; si pensi che il 50% degli ipertesi non rispetta sul lungo termine le terapie prescritte. Dobbiamo quindi sottrarre all'ambito della medicina rivolta alle cure uno spazio per la prevenzione proattiva e gestita.

2. Le inique differenze in termini di quantità, qualità e costi dei servizi sanitari tra le diverse aree del Paese. Non essendo stati definiti standard di quantità, qualità e costo dei singoli servizi sanitari che le regioni debbano assicurare uniformemente², 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 disagi³.
3. Per quanto riguarda la cura, questa inizia nel territorio vicino a casa con il Medico di Medicina Generale (MMG) che va tuttavia collegato e sostenuto da un sistema territoriale basato su un centro di prossimità, costituito da una Casa della Salute, una degenza a bassa intensità di cura, soprattutto geriatrica, e un poliambulatorio polispecialistico sempre aperto (cosiddetto walk-in centre), ove il paziente può essere accolto senza prenotazione. Un walk-in centre potrebbe anche utilmente affiancare I Servizi di Urgenza ed Emergenza dei grandi Ospedali per alleggerirli della patologia non appropriata che vi afferisce e determina sovrappiombamento⁴.
Questo insieme di servizi territoriali consente: a) di gestire i pazienti cronici in modo proattivo con case manager che applicano piani terapeutici personalizzati, b) ricoverare gli anziani che non hanno possibilità di curarsi a domicilio, c) dare sicurezza ai malati, ma anche ai medici che operano soli nel loro studio e che possono così giovarsi di una seconda opinione, di un intervento specialistico, di un approfondimento diagnostico. Ricordiamoci che queste tre componenti possono coesistere nel contesto dei piccoli Ospedali che invano abbiamo cercato di chiudere e che possono oggi rivelarsi al contrario molto utili. Questi Ospedali potranno essere frequentati part-time dai MMG che potranno così anche migliorare il loro aggiornamento professionale.
4. Gli Ospedali di riferimento, o di alta specialità, destinati ad accogliere e curare la patologia complessa e a sviluppare ricerca e didattica. Questi sono i cardini della medicina di un Paese, ma per esserlo davvero devono essere organizzati in modo diverso dall'attuale e precisamente:
 - a) avere un Consiglio di Amministrazione (CdA) responsabile della Direzione Strategica, della definizione del budget con i Dipartimenti, del controllo dei risultati ma non della gestione quotidiana, che deve essere un compito dei dipartimenti. Il CdA dovrebbe essere composto da benefattori, Capi Dipartimento e non solo da rappresentanti istituzionali ed esprimere la Direzione Generale, la Direzione Scientifica, la Direzione Medica e la Direzione Amministrativa;
 - b) i Dipartimenti sono l'equivalente delle Divisioni Industriali e ad essi l'Amministrazione Centrale deve conferire i poteri e le responsabilità per raggiungere i risultati convenuti e gestire il budget negoziato, senza altri interventi operativi che un controllo sistematico sui risultati economici e sanitari. E' il Capo Dipartimento che deve organizzare il suo Dipartimento con i Primari interessati e che decide quale organizzazione adottare, quali spese operare, quale personale impiegare. Se il sistema pubblico non capisce l'importanza di questo impianto organizzativo (che avvicinerebbe il pubblico al privato) e continuerà con la assurda logica di vincoli e sfiducia nei confronti dei suoi dirigenti, è destinato a soccombere e a lasciare totalmente il passo alle organizzazioni private. Oggi siamo all'assurdo che un

Capo Dipartimento non può dare disposizioni ai suoi infermieri e ai suoi tecnici perché questi dipendono da un dirigente del personale. Sappiamo che è stato fatto di tutto per privare i medici del loro ruolo di decisorii per paura del loro potere, ma la logica del collettivismo e dell'appiattimento è fallita ovunque e sta portando alla rovina anche il SSN. Al Capo Dipartimento compete anche l'obbligo di creare una Scuola di Medicina, senza la quale stiamo assistendo ad una diminuzione culturale dei medici. La stupida logica di contrastare i Capi Scuola (cosiddetti baroni) ha avuto solo l'effetto di appiattire sulla mediocrità la maggior parte degli Ospedali. Abbiamo bisogno di ripristinare gli studenti interni, gli assistenti volontari, i frequentatori e tutti coloro che animavano gli Ospedali e che oggi sono spariti dalle nostre corsie, che appaiono miseramente vuote dalle 14 in poi.

5. Questo discorso ci porta inesorabilmente ad auspicare che anche il sistema pubblico attui finalmente una moderna politica di valorizzazione delle risorse umane, oggi molto demotivate e prive di entusiasmo. Bisogna decidersi a premiare il merito, creando una carriera con relative retribuzioni proporzionate, con premi e riconoscimenti per chi studia di più, ricerca di più, lavora di più. La solita impronta collettivista e il prevalere di logiche politiche ottuse e retrive hanno finora impedito tutto ciò, ma oggi non abbiamo più tempo e dobbiamo cambiare. Senza un personale motivato e aggiornato non si fa buona medicina.
6. Infine proprio l'aggiornamento dei medici e la loro sprovincializzazione sono indispensabili e urgenti. Il Continuous Professional Development (CPD) e non la solita inefficace ECM sono la strada per creare medici più motivati e più bravi. Gli esempi non mancano nel mondo, ma è anche ora di conoscere il mondo e copiare quello che di buono fanno gli altri.
7. La libera professione intramoenia dei medici va abolita. Essa può indurre i professionisti e gli Ospedali da cui dipendono a dirottare i pazienti verso il pagamento in proprio per bypassare liste di attesa lunghe e incertezze, ma ciò crea scandalo e proteste. La materia va, a mio avviso, riconsiderata separando in modo netto la libera professione del personale sanitario dal suo primario impegno a favore dei pazienti non paganti in proprio, nel rispetto dei principi fondamentali del SSN. Ciò non significa penalizzare economicamente il personale sanitario, che deve poter lavorare in libera professione per accorciare eventuali liste di attesa e quindi essere retribuito dall'Ospedale per questo addizionale lavoro da effettuarsi fuori orario, una volta esaurito il debito orario verso l'Ospedale. La libera professione del personale per i solventi deve avvenire in contesti diversi da quelli adibiti al SSN senza inutili barriere e impacci burocratici. La libera professione del medico è una necessità utile al paziente e alla sua libertà di scelta oltre che al medico, ma bisogna evitare che le regole del sistema determinino distorsioni inique. A proposito di libera professione intramoenia, va ricordato che essa non ha per nulla contribuito a ridurre le liste d'attesa, ma se mai le ha peggiorate; la maggior causa continua ad essere, a mio avviso, il tetto alle prestazioni erogate soprattutto dagli Ospedali e dagli Ambulatori specialistici di riferimento, che spesso bloccano le prenotazioni una volta raggiunto il numero rimborsato dalle Regioni, anche se hanno capienza per effettuarne altre, tetto che a mio avviso andrebbe eliminato o modulato, almeno in alcune delle strutture più richieste.

In conclusione, so che queste proposte faranno arricciare il naso a molti, ma oggi bisogna capire che il SSN italiano è fermo nel passato ed è sempre più provinciale. Sono anche consapevole che i temi proposti non esauriscono le possibili azioni migliorative: la lotta agli sprechi e alla corruzione e la possibilità di considerare altre sorgenti di finanziamento del SSN sono solo alcune di queste. In particolare bisognerebbe considerare l'utilizzo di polizze assicurative per ampliare l'assistenza in caso di cronicità invalidante e non autosufficienza e nei casi di patologie causate da attività sportive e ludiche, che, a mio avviso, non dovrebbero essere sostenute dal SSN.

Senza uno scatto di reni non possiamo pensare di salvare quell'insieme di persone e di cose che hanno fatto la sanità italiana, che sono ancora pronte a fare e sono valore in sanità. Quei giovani soprattutto che ci chiedono di svecchiare il sistema e accogliere i cambiamenti. Se è vero che non tutti i cambiamenti si

traducono in miglioramenti, è altrettanto vero che non esiste miglioramento senza cambiamento (W. Churchill).

Bibliografia

Oliver D. BMJ 2016;352:i1848.

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.

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

Healthcare for London. A framework for action (DOWNLOAD: <http://www.nhshistory.net/darzilondon.pdf>.

Il Taylorismo in sanità

Il Taylorismo (ossia il management scientifico e la teoria che l'efficienza del sistema viene prima della persona) impronta oggi la sanità. Ma se la teoria (e le lean practices) è stata un successo per la Toyota, essa è un disastro per la sanità.

Il ticchettio del tempo che scorre e l'occhio implacabile del manager incombono sul medico e sul paziente nella pretesa di un'efficienza e di un modo di operare che sono negativi per entrambi. Si pensa così di risparmiare; non è così. Non si risparmia ma si distrugge e basta.

I pazienti non sono automobili, ma i medici hanno ancora la voce per affermarlo?

Non mi sembra proprio. Marginalizzare i sanitari in sanità è un errore cui dobbiamo rimediare: dobbiamo tornare alla centralità del rapporto medico-paziente, al ruolo di supporto ai sanitari del manager e degli amministrativi e non di direzione, che impone modi di agire aziendali che non si adattano alla sanità e che stanno causando demotivazione e burn-out del personale, scontento della popolazione, spese inutili e dirottamento di numerose risorse: la persona deve tornare ad essere prima del sistema.

(Hartzband P, Groopman J. Medical Taylorism. N Engl J Med 374, 106 – 108, 2016)

Costo della non aderenza alle prescrizioni sanitarie

Negli USA il costo annuo della non aderenza alle prescrizioni mediche si stima compatti 125.000 morti, 10% di tutte le ospedalizzazioni e US\$ 100-300 miliardi di costi sanitari.

(Viswanathan M et al. Ann. Intern. Med. 157, 785-95, 2012)

Le professioni sanitarie

Il machine learning

La medicina clinica impone al medico di gestire una grande massa di dati originati nel paziente. I computer possono essere utili a questo fine come supporto se sapremo dare loro algoritmi corretti di diagnosi e prognosi.

Questa possibilità è molto vicina almeno per alcune discipline come le bioimmagini e l'istologia-citologia patologica. E' prevedibile che presto i dati generati nel paziente entrino direttamente negli algoritmi idonei e diano al clinico un suggerimento e un orientamento diagnostico e prognostico con grande vantaggio per l'accuratezza e la prevenzione degli errori.

(Obermeyer Z., Emanuel EJ. Predicting the future – Big Data, Machine Learning and Clinical Medicine. N Engl J Med 375, 1216-19, 2016)

Abbiamo sbagliato

La buona medicina dipende dai buoni medici e il medico è buono se ama il suo lavoro, ha una forte base etica, è ben preparato e aggiornato, è autonomo nella decisione. Oggi questi valori si stanno spegnendo; i medici sono schiacciati dalla burocrazia, da norme sempre più vincolanti che li marginalizzano, da controlli e regole imposti dall'alto e spesso inadatti. Tutto ciò è sbagliato: dobbiamo ritornare all'origine, sbarazzarci di tutte le ridondanti sovrastrutture politiche e amministrative. Il Servizio Sanitario Nazionale in Italia come in Gran Bretagna diventa sempre meno equo e accessibile, la qualità della medicina e dei rapporti umani sempre meno evidenti, i servizi sanitari sempre più impersonali e insoddisfacenti.

(McCartney M. Fighting for the NHS's moral life. BMJ 2016;353:i2822)

(Whitaker P. GPS are much more than gatekeepers. BMJ 2016;353:i2751)

La qualità delle cure migliora, ma si può fare di più

La qualità delle cure è in continuo miglioramento, contrariamente a quanto parte dell'opinione pubblica teme e questo miglioramento sembra legato più a singoli clinici fortemente motivati alla qualità che a norme o altre iniziative istituzionali¹. Sono in particolare i confronti tra pari dei risultati clinici che spingono verso il miglioramento, purché ciò avvenga nel rispetto delle norme che regolano la professione medica², inclusi i codici deontologici³. E' necessario capire bene come questo miglioramento legato a singoli clinici possa essere sistematizzato ed esteso in modo scientifico a tutti i medici.

(*Livingston EH. Introducing JAMA performance improvement. JAMA 316, 1159-60, 2016*)

(*Liao JM et al. Increasing the value of social comparison of physicians performance using norms. JAMA 316, 1151-52, 2016*)

(*Brotherton S et al. Professing the values of medicine. The modernized AMA Code of Ethics. JAMA 316, 1041-42, 2016*)

Messaggio ai clinici

Anche in questi nostri tempi di alta tecnologia la diagnosi medica finale dipende dall'anamnesi nel 56% dei casi, nel 17% dalla visita e solo nel 23% dei casi dalle indagini.

In un altro studio l'anamnesi e la visita medica insieme consentivano la diagnosi nel 40% dei casi, con costi più contenuti.

(*Abou Ziki, MD et al. The Value of the History and Physical Examination—Sailing Through Medicine With Modern Tools. A Teachable Moment. JAMA Intern Med. 2015;175:1901-1902*)

La Medicina basata sull'evidenza oggi

La medicina basata sull'evidenza mantiene tutto il suo valore ad almeno 3 condizioni:

- 1) l'evidenza sia ben documentata;
- 2) essa serva al medico per comunicare al paziente qual è oggi il modo (o i modi) migliori per trattare una patologia;
- 3) non sia un modo per imporre al paziente la volontà del medico.

La decisione in medicina deve essere condivisione tra medico e paziente al termine di una conversazione amichevole. Così la decisione avrà più possibilità di successo clinico e umano.

(*Editorial. Caring with evidence-based medicine. Evidence alone should never dictate care for a patient. BMJ 2016; 353:i3530*)

SALUTE PUBBLICA

Promozione e prevenzione

Il nuovo volto della prevenzione⁽¹⁾

L'ACA (Affordable Care Act, 2010) con il Titolo 4 (Prevention of Chronic Disease and Improving Public Health) ha dato grande impulso alla prevenzione attraverso il ridisegno del sistema sanitario, così da ampliare l'incisività della prevenzione attraverso il coinvolgimento delle comunità locali e l'impiego di norme facilitanti. Ad esempio i pazienti non pagano ticket per procedure o farmaci di alta efficacia raccomandati fortemente dall'USPSTF (US Preventive Services Task Force), come ad esempio le vaccinazioni contro HPV e influenza, il monitoraggio della pressione arteriosa, gli screening oncologici, i farmaci anti-HCV. Le comunità sono invitate a partecipare attivamente all'attuazione di queste iniziative per raggiungere tutti coloro che possono avvantaggiarsene. Anche la valutazione del rischio di diabete nei soggetti presunti sani (vedi <http://www.girolamosirchia.org>) appartiene a queste iniziative, e in realtà tutta la medicina di iniziativa nei suoi diversi aspetti. Si tratta in definitiva di nuovi modi di tendere ai Servizi Sanitari basati sul valore, cioè sul costo-efficacia, abbandonando sempre più i molti inutili interventi sanitari che ancora affliggono la sanità odierna. Si tende inoltre a raggiungere anche le persone economicamente e culturalmente svantaggiate per ridurre le diseguaglianze e le iniquità sempre più evidenti. Oggi chi ha conoscenza ed è abbiente vive più a lungo e meglio di chi è svantaggiato. Perché ciò accada è necessario integrare tutti i componenti medici e non medici della comunità; sono questi che, per primi, devono capire cosa significa valore in sanità oggi.

La sanità oggi deve saper misurare il valore di ciò che fa e abbandonare pratiche e rimedi che non portano valore. La recente iniziativa per identificare i soggetti apparentemente sani con prediabete (che non sanno di avere) e poi inserirli in un programma strutturato di movimento fisico regolare e moderato e perdita di peso corporeo, che in parte dei casi può arrestare il decorso della malattia, è un intervento di grande valore umano ed economico⁽²⁾: il diabete conclamato infatti è caratterizzato da complicanze gravi e inabilitanti. Simile provvedimento è allo studio per mantenere attive le persone anziane e ridurre i rischi dell'invecchiamento. Perché questi programmi espletino tutto il loro potenziale è necessario che anche gli Ospedali si aprano al territorio con servizi e sostegni, come sta facendo la Catholic Health Association negli USA per combattere l'obesità infantile.

Dare forza alla prevenzione tramite un ridisegno della sanità è la strada del futuro perché sposta l'obiettivo dalla cura della persona malata al mantenimento della salute delle popolazioni apparentemente sane. Le valutazioni che si renderanno disponibili nel prossimo futuro ci diranno se queste iniziative sono la strada per rendere sostenibile e più utile una sanità oggi in affanno per gli eccessivi costi.

1. *Koh HK et al. Reframing prevention in the era of health reform. JAMA 316, 1039-40, 2016.*
2. *Centers for Medicare & Medicaid Services. Certification of Medicare Diabetes Prevention Program. March 14, 2016. <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Research/ActuarialStudies/Downloads/Diabetes-Prevention-Certification-2016-03-14.pdf>*

L’Infezione latente da TBC oggi

L’OMS ha stimato che vi siano stati quasi 10 milioni di nuovi casi di Tbc nel 2014 nel mondo.

Negli USA sono stati registrati 9.563 casi nel 2015 pari a 3 casi per 100.000, in gran parte immigrati o persone di colore nate in USA, con 555 morti.

In parte dei casi l’infezione è latente, ma in parte di questi progredisce verso la malattia conclamata; ciò, tuttavia, non è prevedibile. Da qui la necessità di mettere in atto programmi di screening per identificare questi casi latenti, che in USA si stimano essere 12,4 milioni, per il 73% immigrati, che sono a più elevato rischio. Per questo motivo gli USA raccomandano questo screening nelle persone ad alto rischio (doi:10.1001/jama.2016.11046) oltre a quelli ad altissimo rischio (conviventi con soggetti HIV o Tbc positivi, immunodepressi, ecc), e precisamente immigrati, drogati, carcerati, senza fissa dimora e altri soggetti in stato di povertà, personale sanitario. Lo screening non deve essere eseguito nei soggetti a basso rischio di Tbc a causa dei suoi risultati falsi-positivi. Nei soggetti ad alto e altissimo rischio che risultano positivi va eseguito un trattamento con isoniazide più rifampicina o rifapentina sotto controllo medico, se possibile. Purtroppo la definizione dei soggetti ad alto rischio e la loro compliance al trattamento restano però un problema, e anche i testi di screening (oggi costituiti da test alla tubercolina e interferon-gamma release assays) devono essere migliorati, anche per meglio identificare i soggetti a rischio di progressione dell’infezione latente. Infine una significativa parte delle odiere Tbc risulta resistente al trattamento e costituisce un serio pericolo per la collettività.

(Blumberg HM, Ernst JD. *The challenge of latent TB infection. JAMA 316, 931-33, 2016*)

La salute è anche una responsabilità personale

Il mantenimento della salute e quindi la prevenzione della malattia non è solo compito del Servizio Sanitario Nazionale, ma è anche una responsabilità personale. In Gran Bretagna cominciano i primi provvedimenti che applicano questo principio. NHS Harrogate and District Clinical Commissioning Group ha annunciato lo scorso ottobre 2016 che gli interventi chirurgici nei fumatori e negli obesi (BMI > 30) verranno posposti di 6 mesi perché i pazienti in oggetto possano partecipare al programma di disassuefazione e a quello della correzione dell’obesità rispettivamente.

(BMJ 2016;355:i5499)

L’epatite virale è un problema di salute pubblica

L’infezione dai virus dell’epatite ha causato 1,45 milioni di morti nel mondo nel 2013 ed è causa di morbilità disabilitante.

Soprattutto i virus dell’epatite B e C sono causa di questa patologia, che è in aumento. L’infezione causa una malattia cronica e dura tutta la vita; le sue più terribili complicanze sono la cirrosi epatica e l’epatocarcinoma.

E’ quindi urgente affrontare questo problema, cominciando dallo screening e dalla prevenzione dell’infezione, dalle vaccinazioni per epatite A e B, seguiti dal trattamento antivirale per epatite B e C che oggi è fortunatamente disponibile.

Tutto ciò costa molto, ma siamo di fronte ad un problema di salute pubblica che va affrontato con decisione a causa del danno sociale che provoca.

(Wiktor SZ, Hutin YJF. The global burden of viral hepatitis: better estimates to guide hepatitis elimination efforts. Lancet 388, 1030-31, 2016)

L’aumento di peso in gravidanza

L’incremento medio del peso corporeo in gravidanza, alla 40a settimana di gestazione, è Kg 13,7 ($\pm 4,5$) più del peso registrato nel 1° trimestre di gravidanza. Lo ha rilevato uno studio su 3097 donne con normale indice basale di massa corporea (cioè compreso tra 18,50 e 24,99), appartenenti a stati e razze diversi.

(Cheikh I e coll. Gestational weight gain standards based on women enrolled in the Fetal Growth Longitudinal Study of the Intergrowth – 21st Project. BMJ, 27 Febr 2016, p. 316)

Il Piano Inglese di Contrast (?) all'Obesità Infantile

Il governo inglese ha emanato un deludente piano per la lotta all'obesità e sovrappeso infantile, che nel Regno unito colpisce 1/3 dei bimbi di 3 – 15 anni di età. Nulla viene proposto per eliminare la promozione di cibi non salutari nei supermercati, nei ristoranti, nei social media e in TV, che continua pertanto come prima e che è una causa primaria del cattivo modo di alimentarsi dei bambini. È quindi molto verosimile che l'obesità infantile non trovi alcun freno, che il governo continui a spendere per il trattamento di obesità e diabete più di quanto spende per la polizia, vigili del fuoco e la giustizia messi insieme, che la nuova generazione continui a subire importanti danni alla salute.

Però non vengono disturbati gli interessi economici che ruotano intorno al problema. Lo stesso accade da noi.

(The Lancet. UK Government won't step up to the plate on childhood obesity. Lancet 388, 841, 2016)

La promozione della salute della popolazione deve diventare un obiettivo prioritario per i governi

Il carico mondiale di malattia e disabilità deriva in gran parte dal fumo di tabacco (6,2 milioni di morti), alcol (2,8 milioni), sale (3,7 milioni), zucchero (0,1 milione).

Questi dati indicano che l'autorità sanitaria ha tutto l'interesse ad investire nel miglioramento della salute pubblica perché il ritorno sull'investimento è altissimo.

(Feigin VL, Krishnamurthi R. Stroke is largely preventable across the globe: where to next? Lancet 388, 733-34, 2016)

Perché continuiamo a centrare il Servizio Sanitario Nazionale solo sulla cura?

Uno dei più eclatanti esempi di come l'attuale sanità sia centrata solo sulla cura e trascuri la prevenzione è fornita dall'analisi dei dati di costo – efficacia, che dimostrano ad esempio come il Servizio Sanitario accetti di fornire un trattamento che costa \$ 800.000 per QALY guadagnato al tumore polmonare (per allungare la vita di pochi mesi), anziché finanziare i servizi di disassuefazione al fumo e le campagne anti – tabacco che costano rispettivamente meno di \$ 5.000 e meno di \$ 300 per QALY guadagnato (il QALY è l'unità di misura che significa costo aggiuntivo per anno di vita salvato, aggiustato sulla qualità e che è ritenuto accettabile quando compreso tra \$ 25.000 e \$ 100.000 per QALY).

E' tempo di integrare cura e prevenzione finanziandole adeguatamente entrambe: questo è oggi un imperativo etico oltre che economico e non dobbiamo cessare di segnalarlo ai decisori politici, ma anche ai medici e agli ospedali, che hanno il dovere etico – professionale di sostenere le attività di prevenzione.

(Farley JA. When is it ethical to withhold prevention? NEJM 374, 1303-06, 2016)

Il nuovo paradigma in Sanità

Fino ad oggi la medicina e la sanità sono state centrate sulla cura, intesa come capacità di reagire ad una malattia insorta nel paziente che si rivolge al sistema sanitario. Così facendo, la spesa sanitaria è continuamente cresciuta fino a diventare insostenibile: il progresso tecnologico e farmacologico, l'aumento dell'attesa di vita e delle aspettative della popolazione, ma anche il cambiamento epidemiologico (che oggi vede nelle malattie croniche non trasmissibili la patologia preminente) hanno contribuito a questo stato di fatto. È arrivato il momento di cambiare paradigma e di passare da una medicina di attesa ad una medicina di intervento preventivo e proattivo, giacchè sappiamo che le malattie croniche degenerative possono essere prevenute adottando stili di vita appropriati, meglio se per tutta la vita. Dobbiamo quindi identificare precocemente le popolazioni di soggetti ad alto rischio di sviluppare le patologie più frequenti e costose ed impostare programmi che, fin dalla tenera età, consentano di non aggravare questi rischi o di non sviluppare la patologia.

Oggi sappiamo che le malattie cardiovascolari, il diabete ed i tumori rappresentano il carico di patologia cronica più frequente, e sappiamo altresì che queste patologie sono causate in buona parte da fattori ambientali e quindi da modificazioni epigenetiche, capaci di modificare la funzione di alcuni geni e di rendere tali modificazioni ereditabili dalla prole. In particolare il fumo di tabacco, la sedentarietà, l'alimentazione eccessiva e non appropriata qualitativamente sono causa primaria delle patologie suddette. Il nuovo paradigma sanitario deve quindi rivolgersi a:

realizzare condizioni di vita salutari fin dalla tenera età

identificare i soggetti più a rischio di incorrere nella patologia, quando sono ancora apparentemente sani, così da poterli consigliare e trattare in modo da ritardare, se non evitare, la patologia conclamata.

In entrambi questi ambiti molta ricerca è stata fatta e sono stati messi a punto alcuni strumenti e strategie che sono ancora in divenire, ma che già delineano la possibilità di ottenere concreti risultati.

Il primo punto deve essere affrontato con la cosiddetta “Health in all policy”, ossia con una strategia di Governo che ponga la salvaguardia della salute pubblica come priorità di ogni intervento governativo. Oggi così non è, e non è raro che vengano emanati da uno stesso Governo provvedimenti contraddittori (ad esempio leggi di contrasto al fumo che si scontrano con provvedimenti di sostegno alle coltivazioni del tabacco). Si tratta, in altri termini, di allineare i provvedimenti sugli obiettivi di salute pubblica. L’impresa è difficile, perché ben sappiamo che, così facendo, si contrastano interessi economici organizzati e ci si scontra con la visione corta dei Governi nazionali. Bisogna tuttavia operare in tal senso, anche se con dolcezza e gradualità, se si vuole arrivare agli obiettivi: quindi sanità, educazione, marketing sociale, ambiente e urbanistica devono guidare e trainare la crescita culturale del Paese e le strategie per il bene collettivo.

Sul secondo punto, sono in grande sviluppo sia iniziative di popolazione che individuali. Tra le prime, vanno innanzi tutto ricordate le carte del rischio cardiovascolare, che si vanno affinando sempre più per consentire ai governanti di costruire strategie efficaci ed economie sanitarie. Anche l’Italia ha contribuito con il Progetto Cuore alla realizzazione di uno strumento validato, che può ancora essere affinato e più ampiamente utilizzato. Tali carte del rischio sono state messe a punto e utilizzate su larga scala anche in altri Paesi europei e non europei [ad esempio il QRisk-2 (2015) nel Regno Unito]. Uno studio di grande interesse è quello messo a punto in Finlandia per identificare i soggetti a rischio di sviluppo diabete (Finrisk) e poi validato anche in Italia: un semplice strumento che si basa su pochi parametri ha consentito di evidenziare soggetti a rischio di divenire diabetici con buona specificità e sensibilità. Altri strumenti significativi sono quelli tesi ad identificare, nella popolazione generale di soggetti apparentemente sani, le persone a rischio di depressione grave, di fratture ossee, di assuefazione a droghe, ecc., ecc.

Per i singoli soggetti a rischio il vantaggio è di poter riservare loro particolare attenzione ai fini di misure di monitoraggio e di counselling, se non di vere e proprie terapie, onde evitare o rallentare la comparsa e lo sviluppo della malattia. Questi interventi si sono dimostrati costo-efficaci, con alto ritorno sull’investimento e ci si attende che il rapporto migliori con l’affinamento degli strumenti.

A fronte dei vantaggi sopra citati, non può tuttavia sfuggire come sia la somministrazione dei questionari che le successive misure di monitoraggio, counselling e terapia, gravino in larga misura sulla medicina territoriale e sui medici generalisti. I compiti affidati a questi professionisti non possono però continuare a crescere ed è necessario che essi siano affiancati e sostenuti da iniziative organizzative e da tecnologie tese a rafforzarne e migliorarne la prestazione. Tra queste, l’autogestione dei soggetti intervistati e una serie di rilevamenti automatici dei parametri vitali (pressione arteriosa, pedometro, ritmo e frequenza cardiaca, ossimetria, ecc.) e di allerta di rimando affidati agli smartphone. Anche la compliance alla terapia può oggi essere registrata e sollecitata tramite il collegamento internet con le cose (Internet of Things) ed è persino possibile stabilire attraverso i social networks lo stato dell’umore dell’utente e le sue eventuali modificazioni per il monitoraggio delle malattie psichiche. Si tratta di un mondo in grande evoluzione, che sta vedendo la corsa di grandi compagnie allo sviluppo di prodotti vendibili e dove c’è molto spazio perché si inseriscano anche ricercatori e società italiane.

L’efficacia e la sostenibilità del Servizio Sanitario possono quindi migliorare sensibilmente, se i decisori politici adottano questo nuovo paradigma, che però, accanto alla medicina di iniziativa, deve prevedere anche un’assistenza sanitaria basata sul valore, definito come il rapporto tra miglioramento degli esisti di ogni importante condizione patologica rispetto al costo totale del ciclo di cura, e che, a sua volta, include interventi di dimostrata efficacia, abbattimento dell’eccessivo uso di farmaci e di servizi sanitari e un diverso modo di organizzare tali servizi sanitari, tra cui la misura degli esiti, il pagamento forfettario per ciclo di cura, l’integrazione dei servizi sanitari, lo sviluppo e l’applicazione di piattaforme informatiche innovative (cfr Porter, Bell et al., Harvard). Il percorso di cambiamento non può essere né facile né breve, ma deve essere iniziato da subito e portato a termine come obiettivo strategico in un limitato numero di anni, se vogliamo che i Servizi Sanitari servano davvero a mantenere e migliorare la salute della Nazione e continuare ad essere un potente motore di sviluppo sociale ed economico.

Letteratura pertinente

- Kvedar JC, Fogel AL et al. *Digital medicine's march on chronic disease*. *Nature Biotechnology*, 34(3), 2016, 239-246.
- Assunzione farmaci, monitoraggio cure e condivisione informazioni di salute. Arriva software unico per gestire le app. *Apple lancia CareKit*. www.quotidianosanita.it, 2016.
- Darcy AM, Louie AK, Weiss Roberts L. *Machine Learning and the Profession of Medicine*. *JAMA*, 315(6), 2016, 551.
- Galea S, Annas GJ. *Aspirations and Strategies for Public Health*. *JAMA* 315(7), 2016, 655.
- aParikh RB, Kakad M, Bates DW. *Integrating Predictive Analytics Into High-Value Care. The Dawn of Precision Delivery*. *JAMA*, 315(7), 2016, 651.
- Bricker JB, Mull KE et al. *Randomized, controller pilot trial of a smartphone app for smoking cessation using acceptance and commitment therapy*. *Drug and Alcohol Dependence* 143 (2014) 87-94.
- NCI Mobile Apps. *National Cancer Institute*. www.cancer.gov/multimedia/apps
- Telephone-Based Program to Provide Symptom Monitoring Alone vs Symptom Monitoring Plus Care Management for Late-Life Depression and Anxiety: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 315(7), 2016, 711.
- Benefit of Health Apps. *Importance of distinguishing between different types of health app. Practitioners should embrace not ignore, health apps*. *BMJ* 2015;350:h2334-2336.
- Bell D, Kelley T, Hicks N. *How true outcomes-based commissioning can really “liberate” healthcare services*. *Future Hospital Journal* 2015 Vol 2, No2: 147-9
- Porter ME. *What Is Value in Health Care?* *NEJM.org*, December 23, 2010.
- Lee TH. *Putting the Value Framework to Work*. *NEJM.org*, December 23, 2010
- Porter ME, Ishrak O. *The State of Adoption In Value-Based health Care. Event Summary*. *N Engl J Med*, 2015.
- Hawkes N, Torjesen I. *Click here to see a doctor*. *BMJ* 2016, 266.
- Brady CJ, Eghrari AO, Labrique AB. *Smartphone-Based Visual Acuity Measurement for Screening and Clinical Assessment*. *JAMA*, 314(24), 2015, 2682.
- Khanna RR, Wachter RM, Blum M. *Reimagining Electronic Clinical Communication in the Post-Pager, Smartphone Era*. *JAMA*, 315(1), 2016, 21.
- Bauchner H, Berwick D, Fontanarosa PB. *Innovations in Health Care Delivery and the Future of Medicine*. *JAMA*, 315(1), 2016, 30.
- Powers BW, Milstein A, Jain SH. *Delivery Models for High-Risk Older Patients. Back to the Future?* *JAMA* 315(1), 2016, 23.
- Federsanità ANCI e SICS. *Servizi innovative di cure integrate supportati dalle tecnologie digitali. Vademedum Operativo. FS03-FSA-SICS_vademecum_v1.9.docx*.
- Redfern J, Usgerwood T, Harris MF, et al. *A randomised controlled trial of a consumer-focused e-health strategy for cardiovascular risk management in primary care: the Consumer Navigation of Electronic Cardiovascular Tools (CONNECT) study protocol*. *BMJ Open*. 2014; 4(2): e004523. *Published online 2014 Jan 31. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004523*.
- Neubeck L, Coorey G, Peiris D, Mulley J, et al. *Development of an integrated e-health tool for people with, or at high risk of, cardiovascular disease: The Consumer Navigation of Electronic Cardiovascular Tools (CONNECT) web application*. *Int J Med Inform* 2016 Jan 24. Pii: S1386-5056(16)30009-0. doi:10.1016/j.ijmedinf.2016.01.009.



Industria e salute pubblica

Purtroppo gran parte degli interessi organizzati contrastano con quelli della salute pubblica e dell'economia nazionale. L'uso di alcolici produce danni economici compresi tra 1,4% e 3,4% del PIL in Inghilterra (pari a 21 miliardi di Sterline l'anno). Analoghi i costi per il consumo di tabacco, per la dieta ricca di carni, per l'industria dello zucchero e per i cibi confezionati. La conclusione del Regno Unito è: "La Gran Bretagna non può permettersi di sopportare simili danni economici". Tutti noi siamo consapevoli che questa industria assicura posti di lavoro, ma il prezzo è troppo alto e non è etico assicurare lavoro a spese della salute della popolazione e dell'economia nazionale.

(BMJ 2015;350:h2974)

Le Apps per la Salute

L'uso di apparecchi mobili e portatili (smartphones) consente oggi di sviluppare Apps di due tipi: 1) quelle che incoraggiano stili di vita appropriati; 2) quelle che effettuano il monitoraggio di alcuni parametri (es. glicemia nel diabetico) e gli suggeriscono cosa effettuare per correggerli, gli fissano appuntamento per i controlli o addirittura li correggono (iniettando ad esempio insulina se la glicemia sale). Queste Apps sono ormai numerosissime (vedi NHS Choices Health Apps Library), ma bisogna ancora studiare il loro uso ottimale e i risvolti etici di tale uso.

(BMJ 2015;350:h2334 e h2336)

La liberalizzazione è la madre dell'uso (e delle sue conseguenze negative)

La legalizzazione della marijuana per uso ricreativo in 3 Stati USA ha comportato un raddoppio dei consumi e un aumento significativo delle conseguenze nocive sulla salute pubblica, inclusa la guida di autoveicoli in preda alla droga.

(JAMA 314, 2607, 2015)

Promuovere la salute è una priorità

Nel Piano Strategico 2016-2020 dell'NIH (National Institutes of Health): “Turning discovery into health” uno dei 4 obiettivi è migliorare la promozione della salute e la prevenzione.

(Editorial Biomedical Research in the USA: at the dawn of a golden age? Lancet 387, 1, 2016)

Gli obiettivi di sviluppo sostenibile per la salute

L’Assemblea Generale delle Nazioni Unite in Settembre 2015 ha adottato 17 obiettivi di Sviluppo Sostenibile relativi alla salute per i prossimi 15 anni sotto il titolo “Assicurare vita in salute e promuovere il benessere per tutti e per tutte le età”.

Uno di questi è rappresentato dal contrasto al tabacco e due dalla salute ambientale. Grande rilievo è dato alla medicina delle cure primarie, il cui ruolo è fondamentale nell’assicurare cure di qualità integrate e senza sprechi ma anche condizioni di vita più giuste, educazione sanitaria, stili di vita salutari, iniziative di prevenzione e di ricerca, rispetto dell’ambiente. Bisogna che la medicina territoriale venga migliorata con investimenti e attenzioni assai maggiori che in passato, ma anche definendo con cura le modalità del potenziamento e delle sue valutazioni, inclusi indicatori appropriati. E’ infine fondamentale migliorare l’attenzione al personale sanitario, alla sua preparazione e aggiornamenti continui, al rispetto della sua dignità professionale e umana, inclusi i riconoscimenti economici dovuti a professionisti rispettabili.

In questo sforzo si uniscono la Fondazione Gates e la Banca Mondiale. Bisogna che tutti i governi si rendano conto che la salute, l’educazione e l’ambiente sono motori umani ed economici di sviluppo del Paese e gli investimenti in questi ambiti molto produttivi.

(Pettigrew LM et al. Primary health care and the Sustainable Development Goals. Lancet 386, 2119-21, 2015)

Il Riscaldamento Globale della Terra

In 200 anni il pianeta si è riscaldato di 1 °C, ma la temperatura sta crescendo esponenzialmente: troppi abitanti che consumano troppo senza riguardo per l'ambiente.

Se l'aumento superasse 2°C, il clima impazzirebbe con guerre, migrazioni di massa, fame. Ambiente = Salute (Vita) = Sviluppo e benessere = Pace è un'equazione da cui non si sfugge.

Il fenomeno è dovuto ad eccessiva emissione di gas serra, e specie di CO2 (combustione, deforestazione). Se l'incremento di CO2 non sta sotto 18 Gt (gigatonellate = 1 miliardo di tonnellate), si arriva e si supera i 2 °C di riscaldamento entro pochi decenni. I principali gas serra sono CO2 e metano, che riscaldano la terra e i mari, oltre al vapore acqueo che pure riscalda il globo. Il mare surriscaldato libera più vapore acqueo e peggiora le cose: il CO2 viene usato dalle piante. La deforestazione peggiora la situazione. La combustione dei materiali fossili comporta CO2 e polveri sottili. Il mare contiene enormi quantità di CO2 sotto forma di bicarbonato: se aumenta la temperatura del mare, il CO2 si libera nell'atmosfera perché diviene meno solubile. Il metano si libera dai composti organici sulla terra e dagli allevamenti.

L'Accordo di Parigi (COP 21) è arrivato a concordare 5,5 Gt di incremento massimo di CO2 e lascia il resto a ogni nazione con iniziative volontarie. E' però chiaro che non arriveremo all'obiettivo se ognuno di noi non capirà il problema e non lavorerà per risolverlo.

Tutti dobbiamo e possiamo fare qualcosa: non usare l'auto, non disperdere rifiuti nell'ambiente, non fumare (le coltivazioni di tabacco inquinano e deforestano), non consumare troppa carne (gli allevamenti inquinano), non danneggiare le piante (che ossigenano l'aria) ma anche solo diffondere queste notizie ed invitare gli altri a comportarsi in modo consapevole.

(Aggiornamenti Sociali, gennaio 2016, pp. 40 – 49)

È urgente affrontare il problema della depressione

La città di New York è da anni all'avanguardia per le politiche di salute pubblica: azioni aggressive contro l'uso di tabacco, contrasto ai cibi molto calorici, ai grassi trans e al cloruro di sodio hanno portato a risultati molto significativi nei 12 anni passati.

Oggi il sindaco ha lanciato una campagna e conseguenti azioni per il contrasto alla depressione che colpisce 172.000 adulti in forma grave e 352.000 in forma moderata.

Il problema della depressione è crescente in tutto il mondo occidentale, ha conseguenze gravi in termini economici, sociali e sanitari e quindi richiede urgentemente decisi interventi da parte di tutti i Paesi e di tutti i cittadini.

(Belkin G et al. A roadmap for better mental health in New York City. Lancet 387, 207 – 208, 2016)

L'inerzia dei Governi è Colpevole

Commentando l'inerzia del governo inglese nel prendere provvedimenti atti a promuovere la tutela della salute dei giovani, l'articolo di Lobstein T. e McPherson K. (Nothing new in UK's strategy on childhood obesity. Lancet 388, 853-54, 2016) chiude con una frase che condivido e che interpreta anche il mio sentimento di rabbia e di sgomento verso una politica che protegge gli interessi organizzati anziché la salute:

'... evidence of a government walking away from its moral duty to protect the health of children, and its fiscal duty to protect the National Health Service from the consequent costs'.

Il Compito del G7 2016

Il mondo di oggi deve affrontare il tema della sicurezza che include il terrorismo, le migrazioni e i cambiamenti climatici. Per avere successo gli Stati tutti devono collaborare per promuovere la salute, la stabilità sociale e l'equità, per prepararsi alle emergenze, per offrire un mondo più amichevole agli anziani e per innovare nel campo della salute. Questo è il fondamentale tema del G7 2016 di Ise – Shima in Giappone.

(Japan Global Health Working Group. Protecting human security: proposals for the G7 Ise – Shima Summit in Japan.- www.thelancet.com. 387, 2155 – 62, 2016)

Marcuse ha qualche buona ragione

Herbert Marcuse è da molti ricordato come il teorico degli hippies, ma il suo pensiero è assai più profondo e in parte condivisibile anche da un uomo di destra come me.

Marcuse nota che la società è totalmente asservita ai consumi, che sono figli degli interessi industriali e finanziari. Ognuno di noi vuole vivere meglio e ritiene che ciò sia possibile aumentando i consumi di beni materiali e immateriali.

Il progresso tecnologico genera sempre nuovi consumi e li sostiene con una pubblicità ed una comunicazione manipolatorie che ci fanno credere di aver bisogno di beni e servizi sempre nuovi ed avanzati. Per ottenerli noi competiamo, lavoriamo, siamo stressati, insoddisfatti, invidiosi, in una parola infelici. La produzione continua, le nostre scelte orientate dalla pubblicità e dal conformismo, l'ambiente degradato. Nessuno insorge contro l'inquinamento procurato dalle auto, ma guai a chi proponesse di privarci dell'auto. L'auto è diventata la nostra anima.

Questa società governata dalla dittatura del consumismo distruggerà presto l'umanità e l'ambiente ma già ora è riuscita a farci vivere male.

Farmaci, vaccini e altre terapie

La farmacogenomica

Tra il 2012 e il 2015 sono state segnalate all’FDA (Food and Drug Administration) più di un milione di complicanze da farmaci. Oggi la speranza è che la farmacogenomica (PGx), ossia la definizione del genotipo dei pazienti per quei geni che codificano gli enzimi deputati al metabolismo dei farmaci (ossia la loro velocità nel metabolizzarli) possa consentire di utilizzare i farmaci in dosaggi più personalizzati con meno effetti collaterali. E’ presumibile che fra non molto la farmacogenomica diventerà uno strumento indispensabile al medico per scegliere il farmaco più efficace per il singolo paziente con una dose calibrata per evitare o ridurre le complicanze. Ciò è particolarmente vero per farmaci come gli antidepressivi e alcuni anticoagulanti che funzionano in modo imperfetto in molti pazienti con uno sfavorevole rapporto rischio/beneficio. Questi farmaci rappresentano il 18% delle prescrizioni e includono anche antivirali, chemioterapici, immunosoppressori, statine e analgesici, ecc. La farmacogenomica pertanto si accinge a diventare un pilastro della medicina di precisione, che è anche un obiettivo dell’Amministrazione Obama negli USA.

Nel giro di 3-5 anni i clinici potranno disporre di uno strumento potente per migliorare la loro prestazione, ma è necessario ancora molto lavoro di ricerca e di organizzazione perché questo obiettivo diventi realtà.

(Abbasi J. Getting Pharmacogenomics Into the Clinic. JAMA 316, 1533-35, 2016)

Le vaccinazioni sono strumento di salute pubblica

Una lunga storia di attivismo contro le vaccinazioni ha dimostrato che le leggi che le rendono obbligatorie sono efficaci nel ridurre le relative infezioni, mentre i metodi di convincimento di massa sono poco efficaci. L’opposizione alle vaccinazioni ha portato in molte parti del mondo alla ripresa di alcune malattie quasi scomparse. Infatti quando la vaccinazione non raggiunge il 90% dei destinatari, le rispettive malattie riprendono. Questa ripresa comporta un danno non solo alle persone target, ma mette a rischio tutta la popolazione, diventando un problema di salute pubblica. In questa ottica molti ritengono che l’obbligo di vaccinazione per accedere alle scuole sia pienamente legittimo, in analogia alla quarantena imposta nei casi di epidemie. La California ha recentemente preso questa decisione. La legge coercitiva comunque deve prevedere esenzioni per motivi sanitari ed essere regolarmente affiancata da campagne di informazione e persuasione per la popolazione.

(Colgrove J. Vaccine refusal revisited. The limits of Public Health persuasion and coercion. N Engl J Med 375, 1316-17, 2016)

Verso la fine dell'AIDS⁽¹⁾

La ricerca scientifica, con la scoperta di nuovi farmaci e nuove strategie organizzative e gestionali, ci dice oggi che la fine dell'AIDS è possibile non tanto attraverso vaccini o farmaci soltanto, ma unendo lo screening sistematico, il continuo collegamento con i soggetti infetti, il trattamento efficace e la prevenzione. Le nuove Linee Guida IAS-USA 2016 prevedono in particolare che tutti i soggetti di 15-65 anni e tutte le donne gravide vengano sottoposti a screening per HIV e che tutti i soggetti sieropositivi vengano sottoposti a trattamento antivirale². Questo è peraltro fortemente raccomandato a scopo preventivo anche nei soggetti HIV-negativi a rischio di contrarre l'infezione³. Tutto ciò implica il coinvolgimento dei pazienti, ma anche delle comunità e delle Istituzioni.

1. *Malani PN. Visions for an AIDS-free generation. JAMA 316, 154-5, 2016)*
2. *Riddell J, Cohn JA. Reaching high-risk patients for HIV preexposure prophylaxis. JAMA 316, 211-12, 2016]*
3. *Günthard HF et al. Antiretroviral drugs for treatment and prevention of HIV infection in adults. 2016 Recommendations of the International Antiviral Society. USA Panel (IAS-USA). JAMA 316, 191-210, 2016.*

Troppi farmaci

William Osler (noto medico che lavorò a Baltimora nel secolo scorso) affermò che “uno dei principali doveri dei medici è educare le persone a non assumere medicine”. Una indagine recente sugli anziani negli USA indica infatti che l'88% assume qualche farmaco e che l'assunzione di almeno 5 farmaci al giorno prescritti dal medico è cresciuto tra il 2006 e il 2011 dal 30,6% al 35,8% e che coloro che ingeriscono integratori alimentari sono cresciuti dal 51,8% al 63,7%. Così il 15% circa di tali soggetti è a rischio di complicazioni pericolose da interazione tra farmaci.

(JAMA Intern Med 2016, doi10.1001/jamainternmed.2015,8581)

Stili di vita

Le strategie dei produttori di tabacco per indurre le persone a fumare

Come può essere che persone normali vogliono farsi del male anziché tutelare la propria salute? Grazie alle strategie delle Multinazionali del tabacco. Eccole:

- ❶ Fumare è un normale atto della vita. Vi sono film dove si fuma e si beve continuamente da parte di tutti gli attori.
- ❷ Creare il dualismo di opinioni sulla nocività. Vengono pagate ricerche che dimostrerebbero che i danni del fumo pubblicati dalla scienza medica sono esagerati.
- ❸ Fumare è una piacevole abitudine, non una dipendenza, perché la nicotina non è una droga pesante.
- ❹ Fumare è associato a giovinezza, bellezza, spensieratezza, momenti di gioia, libertà, socializzazione (vedi lost on you).
- ❺ Quelli che predicano contro il fumo sono retrivi. Non dicono che il fumo aiuta a rilassarsi e dare sollievo ai tormenti della vita, a mantenersi magri (Slim Virginia per le donne!).
- ❻ Grandi personaggi, medici, infermieri, fumano. Non saranno tutti stupidi!
- ❼ Se sei giovane e/o donna e non fumi, i tuoi amici del gruppo pensano che sei un fesso, un giovane vecchio, un figlio di mamma imbranato. Scatta il meccanismo di guilt and shame.
- ❽ L'obiettivo di iniziazione al fumo dei giovanissimi deve insistere sui punti precedenti, giacchè si tratta di soggetti più inclini ad imitare, a subire il conformismo, a temere il giudizio degli altri e dei loro pari.
- ❾ Le Multinazionali affermano di volere il bene pubblico e di ricercare continuamente il fumo sicuro. Ma il fumo è libertà personale e va rispettato, non si deve ostacolare. Se ciò accade, i loro uffici legali sono subito pronti alla guerra in Tribunale.
- ❿ Le risorse impiegate nella pubblicità da parte dei produttori sono molto elevate e molto superiori a quelle messe in campo dalla sanità e dai media dei vari Paesi. I grandi mezzi economici sono spesso molto convincenti!

La lotta al fumo

Due tra i fatti più recenti:

1. una recente indagine dell’Espad (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs – www.espad.org) ha indicato che il 23% dei ragazzi di 15 – 16 anni ha fumato sigarette all’età di 13 anni o meno, il 21% sono fumatori attuali (in quanto hanno fumato nei 30 giorni precedenti) e il 10% ha fumato tutti i giorni, senza significative differenze tra maschi e femmine. Questi valori sono più elevati dei precedenti rapporti, iniziati nel 1995, e si riferiscono a 25 nazioni europee.
L’Italia si colloca ai più alti livelli della scala.
2. Australia e Irlanda hanno vinto nel trial internazionale intentato dai produttori di tabacco contro i pacchetti anonimi.

Entrambi i fatti dimostrano che a) alcuni Stati dimostrano di contrastare il fumo in modo oggettivo. Anche in USA peraltro la lotta al tabacco da parte delle Istituzioni è stata abbastanza rilevante dal 2009 al 2016 (vedi pagina seguente); b) l’Italia non è tra questi: questa seconda affermazione è sostenuta da diversi altri fatti. E cioè il numero dei fumatori in Italia non cala in modo significativo e anzi sembra crescere nei giovanissimi e nelle donne (indagine 2015 dell’Espad) e certo una causa risiede nel fatto che il contrasto istituzionale all’azione dei produttori di sigarette è quasi assente. Guardiamo i fatti.

1. L’Italia è il più grande produttore di tabacco europeo e nulla viene fatto per convertire le colture.
2. È stato rinnovato l’accordo tra Governo e Produttori di sigarette perché questi acquistino tutta la produzione italiana a prezzo prefissato. Persistono incentivi pagati dai produttori di sigarette ai coltivatori per il miglioramento del prodotto.
3. La Philip Morris ha realizzato uno stabilimento a Crespellano (Bologna) per la produzione di una sigaretta senza combustione, e lo stabilimento è stato inaugurato dal Presidente del Consiglio il 23 settembre 2016.
4. I produttori di sigarette continuano ad erogare denaro alle Istituzioni pubbliche italiane per progetti di ricerca.
5. I controlli sull’osservanza del divieto di fumo nei locali pubblici e luoghi di lavoro sono quasi del tutto cessati, mentre altri divieti come quello di gettare al suolo i mozziconi (prevista dal collegato ambientale L. 221/2015) non sono per nulla osservati.
6. Il progressivo aumento delle aree libere dal fumo (luoghi assembrati, auto, ecc.) non è stato implementato, né è stato implementato un significativo aumento del prezzo delle sigarette.
7. Il coinvolgimento delle scuole attraverso un programma di educazione sanitaria di studenti, insegnanti e famiglie è molto limitato.
8. Non esiste alcuna iniziativa valida di marketing sociale pubblico per modificare l’atteggiamento dei giovani verso il tabacco (né verso alcool, gioco d’azzardo, ecc.). Al contrario il Parlamento sta esaminando una proposta di legge di legalizzazione della cannabis e quindi di “normalizzazione” dell’uso di droghe.
9. Non mi sembra vi sia alcun sostegno alle iniziative pubbliche e private di contrasto al fumo inclusi i centri antifumo.
10. Nei film e nelle fiction gli attori continuano a fumare malgrado sia noto che questo induce gli spettatori, specie i più giovani, a seguire l’esempio.

Non so a voi, ma a me tutto questo suggerisce che le Istituzioni italiane non hanno alcun serio impegno a contrastare il fumo di tabacco; possiamo definire questo atteggiamento come mancanza di coraggio o malpratica istituzionale o interesse. In realtà lo Stato italiano incassa ogni anno circa € 13,5 mld dalle accise sul tabacco, e ne spende circa 7,5 in spese sanitarie e altrettanti in assenza dal lavoro; ma le seconde sono in buona parte a carico delle imprese o altri enti e quindi entrano solo in parte nel passivo del bilancio dello Stato, oppure si tratta di debolezza nei confronti degli interessi economici di singoli o di gruppi. Certo è che le multinazionali del tabacco continuano a investire grandi capitali nella promozione dei loro prodotti e nelle azioni lobbistiche (vedi anche il sito Legacy Tobacco Documents Library). Ritorna alla mente la famosa frase del Cardinale Richelieu “Gli Stati non hanno principi, ma solo interessi”.

È amaro comunque considerare, in conclusione, che la salute pubblica e il futuro di molti giovani sono subalterni agli interessi economici e politici.

Alla luce di queste evidenze non fa meraviglia che l'Italia ha rischiato di essere esclusa dalla conferenza delle Parti (COP 7) dell'OMS degli aderenti alla Convenzione Contro il Tabacco di Nuova Delhi (7-12 novembre 2016) pur essendo uno dei 170 Paesi che ha sottoscritto la Convenzione Quadro per il controllo del tabacco, che all'art. 5.3 obbliga alla trasparenza tra Istituzioni pubbliche e industria del tabacco (Huffington Post UK, Agosto 2016).

La lotta istituzionale al tabacco in USA

Dal 2009 il fumo di sigaretta è diminuito in USA dello 0,78% per anno. Ciò è dovuto soprattutto al Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act del giugno 2009 (che dà alla Food and Drug Administration il potere di regolare i prodotti del tabacco) e all'Affordable Care Act (ACA) che non impone ai fumatori ticket per accedere ai Centri Antifumo e ai relativi farmaci e che ha costituito il National Prevention Council e ha fatto diversi stanziamenti di fondi per sostenere le iniziative.

Nel marzo 2012 è stata lanciata la campagna nazionale “Tips from former smokers” e sono stati effettuati 600.000 controlli sui tabaccari per verificare il rispetto delle norme. E' stata anche fatta la campagna The Real Cost per spiegare ai giovani i danni dei prodotti del tabacco.

Tutto ciò ha consentito al Surgeon General di prevedere nel “The Health Consequences of Smoking 2014” un piano per eliminare l'uso del tabacco già nel 2035, a condizione che l'azione di contrasto continui senza sosta con diverse iniziative (Tabella).

Actions to Further Reduce Smoking Rates in the United States

- Raise cigarette excise taxes at the state and federal levels
- Sustain high-impact national media campaigns such as “Tips” and “Real Cost”
- Target populations with high smoking prevalence, including the poor, the least educated, and people with mental health and substance abuse diagnoses
- Implement ACA provisions to provide all smokers visiting health care settings with barrier-free access to proven tobacco-use counseling and medication treatments
- Implement the FDA’s authority for tobacco-product regulation to reduce harmfulness, including its authority to reduce the nicotine content of cigarettes to nonaddictive levels
- Mandate the inclusion of graphic warning labels on all tobacco products
- Release a final Housing and Urban Development regulation mandating that all publicly owned housing units be smoke-free
- Enact federal legislation to prohibit the sale of any tobacco product to persons younger than 21 years of age
- Expand tobacco-control and prevention research efforts to increase understanding of the everchanging tobacco-control landscape
- Fully fund comprehensive statewide tobacco-control programs at CDC-recommended levels
- Extend comprehensive smoke-free indoor-air protections to all Americans

Fiore MC. Tobacco Control in the Obama Era. Substantial Progress, Remaining Challenges. N Engl J Med 375, 1410-12, 2016.

Costo del fumo

Il costo annuo del fumo di tabacco negli USA è di circa US\$ 290 miliardi all’anno, di cui 133 miliardi in spesa sanitaria (CDC, 2015).

La politica delle Multinazionali del Tabacco

Le 4 Multinazionali più potenti al mondo, che producono sigarette, vendono più di 660 miliardi di sigarette per anno e sono responsabili di 6 milioni di morti prevenibili causate dal tabacco. La vendita di sigarette tende ad aumentare nel mondo grazie alla crescita della popolazione mondiale e ad una continua ed abile azione promozionale dei produttori. Tra queste la più recente posizione dei produttori è quella di mostrare un impegno per la “riduzione del danno” grazie alla sigaretta elettronica e per la produzione di prodotti del tabacco “meno tossici”.

E' evidente il tentativo dei produttori di accreditarsi presso il mondo scientifico per evitare che le iniziative di contrasto al fumo di tabacco possano inficiare gli enormi profitti che anche nel 2013 si sono registrati. Questa politica di finta collaborazione con il mondo scientifico per ridurre i danni del tabacco e per ridurne l'uso, unita ad una potente capacità di contrasto legale a tutti i provvedimenti che limitano l'uso del tabacco e ad un'abilissima capacità di promuovere l'iniziazione al fumo dei giovani e delle donne, rende difficile aumentare il contrasto al tabacco anche nei Paesi più determinati che, oltre tutto, premuti come sono dalle necessità economiche, spesso si astengono dal prendere incisivi provvedimenti pur di non dover rinunciare ad introitare nelle Casse dello Stato una certa quantità di denaro fresco che, in Inghilterra, è di circa 3 miliardi di Sterline l'anno (BMJ 2015;350:h2052) e, in Italia, di circa 6 miliardi di Euro l'anno. Il profitto di pochi, oggi più che mai, prevale sull'interesse e la salute degli altri: pensiamo sia un dovere dire no a tale tendenza immorale.

Solo quindi un aumento di consapevolezza della popolazione e la pressione della società civile sui propri Governi può riuscire a contenere l'avanzata delle Multinazionali del tabacco e i danni alla salute pubblica che esse provocano.

Il film “The Answer – La risposta sei tu” è stato prodotto dalla Fondazione Il Sangue per contribuire a salvare i giovani dalla sventura del tabacco. Si tratta certo di poca cosa, ma se molti si impegnassero in iniziative analoghe, forse anche l'Italia potrebbe vedere una diminuzione anziché un aumento dei giovani che fumano.

La pubblicità indiretta al fumo di tabacco nei film

L'Organizzazione Mondiale della Sanità segnala agli Stati Membri che quasi 2/3 dei film più visti tra il 2002 e il 2014 contengono immagini nelle quali gli attori fumano, e questa è pubblicità indiretta al fumo di tabacco che sappiamo indurre gli spettatori (specie i più giovani) a fumare.

Questo vale anche per i film prodotti in Italia, compresi i film per ragazzi.

È necessario un deciso contrasto a questa prassi attraverso il passaggio di scritte antifumo su questi film e soprattutto escludendoli dal finanziamento pubblico.

(World Health Organization. Smoke – free movies: from evidence to action. Geneva, Svizzera, 2015)

The Answer. La risposta sei tu

La Fondazione il Sangue di Milano ha recentemente realizzato il film "The Answer. La risposta sei tu". Si tratta di un film dedicato ai giovani per dire no al tabacco, realizzato nel tredicesimo anniversario della promulgazione della legge 16 gennaio 2003 n. 3, articolo 51 per la tutela dei non fumatori dal fumo passivo (cosiddetta legge Sirchia). Questa legge, entrata in vigore il 10 gennaio 2005 a seguito della pubblicazione del DPCM 23 dicembre 2004, ha dato e continua a dare buoni risultati e risulta tuttora molto gradita alla stragrande maggioranza degli Italiani. Anche se i risultati prodotti dalla legge sono quindi ottimi, si assiste a un incremento del fumo nei giovani e giovanissimi a partire già dai 10-12 anni. Le ragioni sono che i giovani vivono nell'oggi e risentono grandemente delle pressioni del gruppo amicale che frequentano, condizionato spesso dalla pubblicità. Essi non sono tanto interessati ai problemi di salute, problemi che sentono estranei, mentre sono più sensibili all'emergenza ambientale, specie all'inquinamento e al riscaldamento globale, etc., che stanno causando un danno grave al creato e alla vita della fauna. Per questo motivo la Fondazione Il Sangue di Milano, proseguendo nella serie di iniziative di salute pubblica, avviate con i due cortometraggi: "Rosso vivo" sulla donazione di sangue, "E la vita continua" sulla donazione e trapianto di organi (entrambi visibili su youtube), ha realizzato un film che parla dei danni che il tabacco causa all'ambiente (deforestazione, intenso uso di fertilizzanti e antiparassitari con contaminazione delle acque, mozziconi a terra).

Del film, prodotto senza alcun contributo pubblico, è stata realizzata anche una versione interattiva per le scuole, che coinvolge maggiormente i ragazzi e offre agli educatori la possibilità di approfondire diversi temi oltre ad ambiente e salute (conformismo, influenza della pubblicità occulta, doveri di partecipare alla vita della comunità, danni del menefreghismo).

Lo scorso 15 gennaio 2016 il film è stato presentato a Milano al pubblico, agli studenti dell'Istituto Comprensivo Luigi Galvani, di via Galvani 7. La Regione Lombardia, rappresentata dagli Assessori Regionali Valentina Aprea (Istruzione, Formazione e Lavoro), Antonio Rossi (Sport e Giovani), Claudia Terzi (Ambiente) ha collaborato al progetto promuovendo un concorso per le scuole che premi i migliori video o le storie ideate dai ragazzi.

Il film è l'opera prima del regista Ludovico Fremont il quale ha anche curato la sceneggiatura con Giacomo Mangiaracina, Anna Parravicini e Riccardo Stuto. Il cast è formato da importanti attori e giovani promesse del cinema italiano: Filippo Laganà, Neva Leoni, Giovanni Maria Buzzatti, Massimiliano Vado, Andrea Dianetti, Luca Cesa, Federica Marcaccini, Ada Paola Roncone, Francesco Pannofino, Massimo Poggio, Luigi Diberti, Roberto Ciufoli, Pietro De Silva, Manuela Rossi, Valerio Morigi, Riccardo Ballerini, Melania Giglio, Urbano Lione, Maurizio Lops, Sergio Zecca, Federica De Benedettis, Valerio Morigi, Alessio De Caprio.

Il film è disponibile in più versioni:

1. Integrale:

<https://www.youtube.com/watch?v=yM5HDEKssmU>

2. Breve per le scuole(21 min)

<https://www.youtube.com/watch?v=f4hXosIP9Zs>

3. Interattiva:

<https://www.youtube.com/watch?v=vnjPun1NC-U>

4. Con sottotitoli in lingua inglese:

https://www.youtube.com/watch?v=C_MGdEk-5eE

È infine disponibile anche una versione in DVD.

Inoltre sul sito della Fondazione Il Sangue (www.fondazioneilsangue.com) è disponibile una guida didattica all'uso del film in versione interattiva insieme a materiale per approfondimenti (www.fondazioneilsangue.com/sostegno-didattico/).

Le norme per il concorso regionale nelle scuole sono pubblicate in dettaglio sul sito della Regione Lombardia (www.regione.lombardia.it) nella sezione DG Istruzione, Formazione e Lavoro.

Sperando che l'iniziativa possa ricevere la Vostra attenzione, resto a disposizione per qualsiasi ulteriore informazione e, con l'occasione, Vi prego gradire i miei saluti più cordali.

Le conoscenze scientifiche sull'assuefazione alle droghe

L'assuefazione grave alle droghe (compreso il fumo) è una malattia acquisita del cervello, che comporta ogni anno alla società un costo di 2000 US dollari ad abitante in spesa sanitaria, giornate di lavoro perse e criminalità. La neurobiologia sta chiarendo i meccanismi che disgregano la capacità del drogato di decidere e di mantenere un equilibrio emotivo ed un controllo sul comportamento volontario. Si sta chiarendo inoltre come l'uso di droghe dipenda anche da fattori genetici ed ambientali.

Ogni droga agisce attivando le zone cerebrali della ricompensa (o soddisfazione) con rilascio di dopamina; questa modifica la plasticità del cervello, ossia agisce sulla comunicazione tra i neuroni, potenziando i circuiti legati al ricordo dell'esperienza, che divengono sempre più attivi ed aumentano il ricordo del piacere, ma anche quello del dolore (depressione) da astinenza. Questa memoria con il passar del tempo si attiva anche autonomamente ed è alla base dell'ansia di disporre della droga in grande quantità (craving e binge use) e della elusione del normale fenomeno di sazietà.

Il drogato alla fine perde la capacità di godere delle normali soddisfazioni della vita e cerca solo nuova droga per disporre di più dopamina e più soddisfazione, che invece con il continuo uso di droga tende a diminuire. Il soggetto allora resetta i suoi circuiti, coinvolge altre strutture cerebrali (amigdala), ma il risultato è di aumentare lo stress e le emozioni negative, che attivano non più un sistema di soddisfazione, ma un sistema di anti-soddisfazione, che induce il drogato ad assumere sempre più droga per sfuggire agli effetti negativi. Anche la corteccia frontale viene implicata nel resettaggio ed il soggetto va incontro ad un peggioramento delle sue capacità cognitive, dell'equilibrio comportamentale, del giudizio critico e della volontà, compresa quella di porre fine all'uso di droghe. Non tutte le persone che iniziano ad assumere droghe vanno incontro a queste alterazioni, giacchè ogni persona ha una sua suscettibilità che dipende da fattori genetici ed ambientali. La famigliarità, la giovane età, il livello sociale, lo stress socio-economico, l'atteggiamento permissivo della società sono fattori che facilitano l'uso di droghe e le sue conseguenze negative, e così pure alcune malattie mentali.

Ecco perché la società ha il dovere di attivare servizi di prevenzione e di recupero, cominciando dal prevenire con ogni mezzo l'iniziazione degli adolescenti che sono i più a rischio, perché la loro neuroplasticità è elevatissima e le attività della corteccia prefrontale (giudizio critico, controllo delle emozioni e dell'impulsività) sono ancora limitate. Bisogna far crescere negli adolescenti la capacità di autocontrollo e capacità di vivere nella società, creare opportunità per una forte educazione e far crescere la personalità e l'autonomia di giudizio e comportamento. Se la prevenzione fallisce, è necessario che il trattamento medico sia disponibile e personalizzato, sia basato su farmaci di dimostrata efficacia e sia accompagnato da terapie comportamentali.

Le aree corticali non maturano completamente fino all'età di 21-25 anni e quindi l'autocontrollo non è completo nei giovani. Per questo è auspicabile che il divieto di uso di ogni droga legale (alcool, fumo) sia esteso fino all'età di 21 anni e che non si acceda a ideologie di liberalizzazione e legalizzazione, che altro non fanno se non aumentare i consumi per arricchire i produttori. Infine è importante che la medicina (e specie i medici generalisti) siano impegnati fortemente nel prevenire, curare e sostenere tutti coloro che si drogano, ma è anche indispensabile che l'opinione pubblica capisca e sostenga gli sforzi della società per ridurre il carico di sofferenza che oggi affligge coloro che usano droghe di qualsiasi tipo e per ridurre i costi che la società deve sopportare per loro.

(Volkow NA et al. *Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction*. *N Engl J Med* 374, 363-71, 2016)

I 5 buoni stili di vita fondamentali

Coloro che adottano i 5 buoni stili di vita fondamentali (non fumare, non bere alcolici o berne molto poco, mantenere un normale peso corporeo, fare un'attività fisica adeguata e giornaliera, dormire 7-8 ore al giorno) presentano una mortalità inferiore rispetto agli altri.

E' indispensabile uno sforzo di tutti (comunità e Istituzioni in primis) perché una percentuale sempre più alta della popolazione capisca che usare stili di vita appropriati non è un qualunque consiglio medico, ma una garanzia per la loro vita, ed è anche loro responsabilità adottarli.

(Wingard DL et al. *A multivariate analysis of health-related practices: a nine-year mortality follow-up of the Alameda County Study*. *Am J Epidemiol* 116, 765-75, 1982)

Mantenersi in salute è un ottimo investimento

Pensare alla propria salute per tutta la vita premia. Il fumo di tabacco, l'inattività fisica e la cattiva alimentazione sono da sole responsabili di oltre 1/3 delle morti premature.

(Mc Ginnis JM et al. *The case for more active policy attention to health promotion*. *Health Aff* 21, 78 – 93, 2002)

L'esercizio fisico regolare come terapia

E' ormai ben accertato che l'esercizio fisico regolare e moderato esercita effetti salutari sull'incidenza della malattia coronarica, dello scompenso cronico di cuore, riducendo la morte prematura^{2,3}.

Oggi si scopre che l'esercizio fisico regolare e moderato ha un effetto positivo anche nella fibrillazione atriale. Nella fibrillazione atriale l'obesità e la vita sedentaria hanno un effetto negativo sull'attività elettrica dell'atrio e ne comportano un rimodellamento strutturale che favorisce la comparsa delle crisi. L'eccessivo apporto calorico e l'incremento di peso sono associati infatti all'aumento della massa atriale sinistra, a fibrosi e infiammazione che regrediscono in parte riducendo il peso corporeo.

L'esercizio fisico regolare e moderato, attraverso i suoi effetti benefici sulla funzione endoteliale, sull'infiammazione e sullo stress ossidativo, comporta una riduzione del rischio e delle crisi di fibrillazione atriale. Al contrario, tuttavia, lo sforzo emodinamico estremo, aumentando il tono vagale, la fibrosi e l'allargamento dell'atrio sinistro, peggiorano la situazione.

Ancora una volta quindi si può concludere che l'esercizio fisico regolare e moderato va considerato come una vera e propria terapia anche nell'ambito di alcune cardiopatie e, come tale, va prescritto dai medici ed effettuato dai pazienti.

1. Advay G. Bhatt, MD; Kevin M. Monathan, MD. *Fitness and the Development of Atrial Fibrillation. Circulation*, 2015;131:1821-23.
2. Magnani JW, Rienstra M et al. *Atrial fibrillation: current knowledge and future directions in epidemiology and genomics. Circulation*, 2011;124:1982-93. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.039677.
3. Rienstra M, McManus DD, Benjamin EJ. *Novel risk factors for atrial fibrillation: useful for risk prediction and clinical decision making? Circulation*, 2012;125:e941-e946. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.112.112920.

I pericoli dell'obesità infantile

In un grande campione di adolescenti è stato visto che l'obesità in età giovanile si associa ad un aumento della mortalità (soprattutto da patologia cardiovascolare) nell'età adulta.

Questo dato impone alle famiglie e soprattutto alle mamme di nutrire i loro bambini con cibi salutari e di evitare che essi acquistino un peso corporeo superiore ai limiti fisiologici, obiettivo che si raggiunge evitando di alimentarli con cibi confezionati e bibite zuccherate (molto ricchi di calorie) e/o offrendo loro troppo cibo, evitando i fuori-pasti e incoraggiandoli ad un sistematico movimento muscolare (attività fisica sostenuta). Il bambino grasso non è sano.

(Twig G et al. *Body Mass Index in 2,3 million adolescents and cardiovascular death in adulthood. New Engl J Med* 374, 2430-52, 2016)

Il movimento fisico come medicina

Se i medici si limitano a consigliare agli assistiti di camminare velocemente e sistematicamente, la gran parte di essi non lo farà. Lo ha sperimentato il Dott. David Sagbir, medico di Columbus, Ohio, che nel 2005 ha allora deciso di costituire un gruppo di cammino e camminare con i suoi pazienti. L'iniziativa denominata 'Walk with a Doc' (camminare con un dottore) ha avuto un grande successo e ha indotto a partecipare con regolarità anche sedentari incalliti (Abbasi J. As walking movement grows, neighborhood walkability gains attention. JAMA, 316, 382 – 83, 2016).

Oggi esistono circa 250 gruppi di cammino in Ohio, che impegnano 3.000 medici e 200.000 assistiti in una regolare attività di cammino veloce. Questi gruppi, oltre che far bene alla loro salute fisica, hanno contribuito grandemente a migliorare l'ambiente denunciando e correggendo le manchevolezze del territorio all'interno, come la sicurezza dei marciapiedi e delle strade nei parchi. Il cammino organizzato e guidato, con i suoi 150 minuti (minimo) di attività fisica aerobica medio – intensa, è il modo più semplice e piacevole di prevenire le complicazioni della vita moderna, causate dall'alimentazione eccessiva e dalla sedentarietà. E' però importante che le comunità rendano più disponibili, attraenti e piacevoli le aree dove si cammina, perché anche questo è un fattore fondamentale.

Importante è anche l'attenzione della ricerca scientifica sugli aspetti fisiopatologici che fanno del movimento fisico una vera medicina. Infine l'organizzazione sanitaria deve mettere in atto tutti quei meccanismi che favoriscono questa nuova medicina invece della mera assunzione di farmaci (quali ipotensivi, statine, anti-depressivi, dimagranti, ipoglicemizzanti, ecc).

Su questo punto di miglioramento della salute, legato ad un ambiente che favorisce il cammino è intervenuto nel 2015 il Dipartimento USA per la Salute e i Servizi Umani con il documento 'Step it Up'. Tutto questo sta generando in USA un fiorire di iniziative dove la Sanità si estende a collaborare con l'ambiente, i trasporti, la sicurezza stradale, i parchi e la loro vivibilità, i divertimenti e altre discipline. Recentemente due importanti organizzazioni (The President's Council of Fitness, Sports and Nutrition e la National Foundation on Fitness, Sports and Nutrition) hanno unito i loro sforzi per realizzare una campagna (#Oto60) indirizzata alle scuole per far sì che i ragazzi facciano attività fisica per 1 ora al giorno e mangino meno e meglio (Abbasi J. New campaign to focus on physical activity and nutrition. JAMA 316, 384, 2016).

Da ultimo, il Governo americano tramite il Segretario di Stato per la Sanità, Sylvia Burwell, ha previsto di finanziare nell'ambito dell'Accountable Care Act 2010 programmi di attività fisica strutturati e certificati (anche grazie ai device portatili) per la prevenzione del diabete di tipo 2: il target, in particolare, è il prediabete che si è dimostrato essere in parte regredibile associando la riduzione del peso corporeo al movimento fisico, organizzato e gestito secondo un manuale appositamente preparato.

Anche in Italia le cose si stanno muovendo, ma siamo ancora lontani dall'organizzazione americana. Tuttavia sta prendendo corpo uno sforzo che vede impegnati molti medici di famiglia, alcuni IRCCS e la Direzione della Ricerca del Ministero della Salute.

La speranza è che l'iniziativa si allarghi e generi attenzione in ambiti sempre più ampi del Paese, nell'interesse della salute pubblica e ambientale.

Per una vita in salute: mangiare meno e muoversi di più

Il rischio di cancro può essere ridotto attraverso l'eliminazione del fumo, le vaccinazioni/trattamenti per le infezioni da virus oncogeni (HCV, HPV), la protezione dal sole e l'attività fisica. Quest'ultima, da sola o associata a riduzione del peso corporeo se elevato, riduce del 30% il rischio di tumori secondo il World Cancer Research Fund.

Non sono ancora chiare le ragioni di questa associazione tra tumori e inattività fisica/eccesso ponderale, né quanto debba essere l'attività fisica necessaria a prevenirli: per il tumore del colon sembra sia necessaria un'attività fisica moderata o intensa per tutta la vita.

L'attenzione del mondo medico è oggi centrata su un'attività fisica regolare e di lunga durata, possibilmente in programmi strutturati e guidati, giacché i vantaggi per la salute sono sempre più evidenti.

(McCullough LE et al. The promise of leisure-time physical activity to reduce the risk of cancer development. JAMA Int Med 176: 826 – 27, 2016)

Attenti all'indice glicemico dei cibi

La raccomandazione è di consumare poche patate, perché queste contengono grandi quantità di amidi rapidamente assorbibili che influiscono negativamente sul metabolismo del glucosio e potrebbero quindi favorire l'insorgenza di diabete, alla stregua del riso e della farina bianca raffinata. L'uso di questi alimenti non dovrebbe superare una porzione, 1 o 2 volte la settimana, preferendo invece legumi o altri vegetali.

(Bao W et al. Pre-pregnancy potato consumption and risk of gestational diabetes mellitus: prospective cohort study. BMJ 2016;352:h6898)

L'attività fisica come medicina

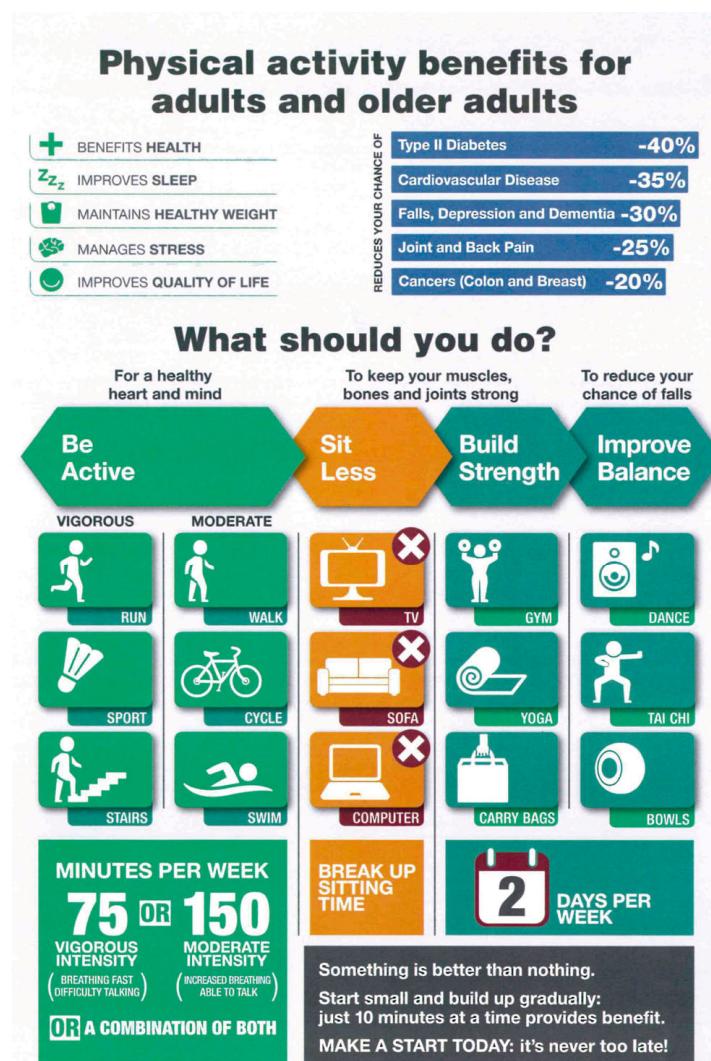
La sedentarietà è responsabile di circa 5,3 milioni di morti premature l'anno nel mondo. E' urgente che ogni medico valuti l'attività fisica di ogni paziente e la prescriva come una medicina se del caso. Non bastano però i suggerimenti generici. Come ogni terapia bisogna prescrivere il tipo di attività, la durata, la periodicità, il rilievo degli indicatori di compliance. Più di tutto bisogna che il paziente capisca bene la necessità di seguire queste prescrizioni e che il medico possa riscontrare la compliance dei pazienti alla prescrizione.

In allegato l'evidenza e i suggerimenti che ogni medico dovrebbe fornire ai suoi pazienti secondo la Sanità Britannica.

(1) UK Chief Medical Officer's Guidelines 2011 – <http://bit.ly/startactive>

(2) Nunan D. Doctors should be able to prescribe exercise like a drug. BMJ 2016;353:i2468).

Personalmente ritengo che l'attività fisica migliore consista nel cammino veloce che impegni gambe e braccia (con o senza l'aiuto di bastoncini) o nel camminare in salita e nel ballo di ritmi medio-veloci per almeno 30 minuti al giorno 5 giorni la settimana. L'intensità dell'attività fisica deve essere tale da causare un aumento della frequenza cardiaca pari al 60% della frequenza massimale che si calcola con la seguente formula: 220-età in anni.



UK Chief Medical Officers' Guidelines 2011 Start Active, Stay Active: <http://bit.ly/startactive>

Ridurre le porzioni di cibi e bevande

In Italia si cominciò a parlare di piccole porzioni di cibo come contrasto all’obesità durante il Convegno di Milano dei Ministri Europei della Salute nel settembre 2003, durante il semestre di Presidenza Italiana dell’Unione Europea. All’epoca molti derisero la nostra proposta. Oggi la Cochrane Review ha dimostrato che le persone consumano più cibo e bevande quando si offrono loro porzioni elevate o si impiegano stoviglie di larga misura. Il ritorno alle piccole porzioni di qualche decennio fa riduce del 12-16% l’energia assunta dagli Inglesi adulti e molti organismi raccomandano oggi queste strategie per combattere l’obesità, offrendo anche suggerimenti sui modi per attuarle.

(*BMJ* 2015;351:h5863)

Ridurre le porzioni e usare stoviglie piccole

Una revisione Cochrane ha confermato che le grandi porzioni di cibi e bevande aumentano i consumi; eliminare le grandi porzioni riduce l’apporto calorico giornaliero del 16% negli adulti inglesi e del 29% negli adulti USA.

(*Larger portion sizes lead to overeating. BMJ* 2015;351:h4936 doi: 10.1136/bmj.h4936)

La nutrizione dei maialini

I maialini allevati a scopo commerciale vengono nutriti con antibiotici per modificare la loro flora intestinale così da accelerarne la crescita ponderale (cosiddetta alterazione del microbioma). Questa è solo una delle sofisticazioni alimentari cui siamo esposti.

(*JAMA* 2016,doi:10.1001/jama.2016.2375)

Sovrappeso, scarsa fitness e ipertensione

Il sovrappeso e la scarsa fitness cardio-respiratoria sono fattori indipendenti correlati all'ipertensione e sono correggibili, ma la prevenzione deve iniziare già in giovane età (Lavie CJ et al. Obesity, fitness, hypertension and prognosis. Is physical activity the common denominator? JAMA Intern Med 176, 217-18, 2016). Personalmente ritengo che il miglior esercizio per accrescere la fitness non sia correre, ma camminare a buon passo in salita per almeno 30 minuti ogni giorno, cosa che può essere fatta nell'intervallo di mezzogiorno all'aperto (meglio) o al chiuso. Importante è, come sempre, la sistematicità dell'impegno.

L'attività fisica giova al cervello

Un'elevata fitness cardio-respiratoria (ottenuta con il sistematico movimento fisico di intensità medio-alta) si associa ad un volume cerebrale maggiore e a maggiore integrità della materia bianca del cervello, e quindi a prestazioni neurologiche e cognitive più elevate a 5 anni.

(BMJ 2015;350:h2915)

Attenzione alla vita sedentaria

Per tutti coloro che lavorano in ufficio la raccomandazione è di alzarsi in piedi e possibilmente muoversi almeno 2 ore durante l'orario di lavoro e gli intervalli per ridurre i rischi di malattie cardiovascolari, diabete e alcuni tumori.

La raccomandazione è pubblicata nel British Journal of Sports Medicine (BMJ 2015;350:h2961). Personalmente ritengo che la mensa aziendale vada evitata accuratamente e sostituita da 30 minuti di attività fisica.

L'attività fisica è una primaria necessità di salute per tutti

Il lavoro di Shah RV et al in JAMA Intern Med (2016;176,87-95) offre una prospettiva pratica importante per la prevenzione delle malattie cardiovascolari.

Il lavoro dimostra che la fitness cardio-respiratoria (ottenuta con il movimento fisico intenso) nei giovani adulti è un fattore indipendente per ridurre il rischio cardiovascolare in età più avanzata; l'effetto protettivo è indipendente infatti dai fattori di rischio tradizionali (ipertensione, diabete, dislipidemia). Tale effetto si esercita attraverso le seguenti modificazioni indotte dall'esercizio fisico intenso e regolare:

1. diminuzione delle lipoproteine a bassa densità e altre modificazioni atte a prevenire la formazione e la progressione della placca;
2. diminuzione della pressione arteriosa attraverso la riduzione del grasso viscerale, aumentata escrezione di sodio, riduzione delle catecolamine, della renina e del tono simpatico;
3. prevenzione dell'obesità e del diabete;
4. miglioramento dei fattori dell'infiammazione e della coagulazione;
5. altri fattori non identificati.

L'effetto benefico del movimento fisico intenso nei giovani adulti risulta superiore a tutti gli altri interventi preventivi messi insieme e impone quindi ai responsabili della salute pubblica di realizzare le condizioni affinchè tutti i giovani adulti possano impegnarsi in una regolare attività fisica capace di realizzare la fitness cardio-vascolare, che dovrà comunque rimanere anche la principale cura delle persone adulte di età più avanzata e dei bambini, anche se con attività fisiche meno intense.

(Chiriboga DE, Ockene IS. Fitness in young adults as an independent predictor of risk for cardiovascular disease. JAMA Intern Med 176, 95-96, 2016).

Efficacia delle accise sugli alimenti non salutari

Taxes work largely because they send a strong signal to consumers and manufacturers that a government is serious about tackling the harms of unhealthy diets.

(Franco Sassi, Head of OEC Public Health Programme)

Calorie invisibili

Pochi ricordano che l'alcool è molto calorico: 200 mL di vino (pari ad un bel bicchiere di vino) apportano circa 200 Kcal.

(BMJ 2015;350:h2047)

Attenti all'alcol

Nelle persone con più di 60 anni l'assunzione di alcolici può causare problemi anche se le quantità non sono molto elevate, a causa del diminuito metabolismo epatico dell'alcol e del basso rapporto tra liquidi e grasso corporei. Ne può scaturire danno cerebrale con conseguenti alterazioni delle capacità cognitive, della memoria e dell'equilibrio psichico. Per questo è necessario che il medico curante effettui sempre in queste persone lo screening per l'uso di alcol (BMJ 2015;350:h2344).

L'astinenza dagli alcolici poi resta assoluta per le donne gravide e per tutti coloro che guidano autoveicoli. Infine ricordiamoci che l'alcol è molto calorico: un bel bicchiere di vino ha lo stesso numero di calorie di una fetta di torta e contribuisce a dare sovrappeso

(BMJ 2015;350:h2390)

Quanto esercizio fisico quotidiano?

Il vantaggio massimo dell'esercizio fisico si ha con 60 minuti/giorno di attività medio-moderata ma anche 15 minuti sono efficaci, sia pure meno, e riducono la mortalità in modo molto significativo.

Se l'intensità fisica è molto intensa e prolungata (oltre 100 minuti/die) i vantaggi che si ottengono sono minori anche se di poco. L'esercizio fisico quotidiano è tra i più importanti strumenti di prevenzione delle malattie croniche e di mortalità precoce.

(Eijsvogels TMH e Thompson PD. *Exercise is medicine. At any dose?* JAMA 314, 1915-16, 2015)

Il verde a Milano

Per coloro che vivono in città il movimento fisico è legato anche alle condizioni ambientali e, prima di tutto, alla disponibilità di parchi accessibili e sicuri a distanza di non più di km 0,5 dalla propria residenza (Sallis JF et al. Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: a cross sectional study. Lancet online 2016, April 1). Milano ha perso l'occasione di realizzare parchi cittadini quando ha deciso di destinare le (forse ultime) quattro aree centrali all'edilizia (aree ex Varesine, ex Fiera Campionaria, ex Innocenti, ex Stazione di Porta Vittoria). Né possono compensare le aree verdi della cintura milanese, in quanto troppo lontane dal Centro. Il consumo del suolo per cementificarlo non è peraltro apparso in alcuno dei programmi elettorali alla recente competizione per il rinnovo del Consiglio Comunale.

(Goenka S, Andersen LB. Our health is a function of where we live. Lancet 387, 2168-70, 2016)

Le raccomandazioni aggiornate

La massima quantità di alcol raccomandata sia per uomini che donne è 14 unità alcoliche (*) per settimana.

() 1 unità alcolica = 12 g di alcol = 1 lattina di birra o 1 bicchiere di vino (120 ml)*

(Nigel Hawkes, Sixty seconds ... on alcohol guidelines. BMJ 2016;352: i125)

Epigenetica e obesità

L'epigenetica (ossia la funzione dei geni che viene modificata da fattori ambientali e che può essere trasmessa ai figli) spiega come la dieta obesogenica comporti nei figli comportamenti non salutari (dieta inappropriata) molto difficili da modificare con il solo counselling e senza farmaci efficaci.

(Hawkes N. Solving the mystery of health inequality. BMJ 2015;350:h3389)

Le diete dimagranti

Gli studi eseguiti finora indicano che nessuna dieta per perdere peso è superiore alle altre sul lungo termine (dopo 1 – 2 anni), giacché l'aderenza alla dieta diminuisce col tempo e ciò costituisce uno dei principali fattori di ripresa del peso corporeo.

Proprio la maggiore o minore aderenza alla dieta dimagrante qual che sia fa la differenza di successo tra gli individui, ed è quindi su questo fattore che dovremo in futuro concentrarci per capire come aumentarla, lasciando perdere la inutile ricerca della dieta ideale, come è stato fatto finora.

(Freedhoff Y., Hall KD. Weight loss diet studies: we need help not hype. Lancet 388, 849-51, 2016)

Cardiovascolare, ipertensione e diabete

La misura della pressione arteriosa

La misura della pressione arteriosa deve essere effettuata su entrambe le braccia nella stessa occasione. Una differenza superiore a 15 mmHg è fattore di aumentato rischio cardiovascolare.

(*BMJ* 2016;353:i2626)

Il peso corporeo

Alcuni recenti studi indicano che l'aumento di peso nel corso della vita si associa ad un aumento della mortalità per tumori o accidenti cardiovascolari, specie in soggetti con diabete di tipo2. Una importante regola di salute pubblica è quindi prevenire l'aumento di peso e incoraggiarne la diminuzione.

(*BMJ* 2016;353:i2433)

Indice glicemico

Nei diabetici è importante che l'indice glicemico dei glucidi ingeriti sia basso. Nei soggetti non diabetici non è ben chiaro se valga questa raccomandazione.

(*Colagiuri S. Health potential of a low glycaemic index diet. BMJ* 2015;350:h2267)

La generazione dei nati dopo il 1980

I bambini nati dopo il 1980 hanno una probabilità doppia o tripla di essere sovrappeso e quindi di essere a rischio di malattie cardiovascolari o diabete di tipo 2. Se a ciò si aggiunge che il fumo di tabacco è in aumento nei giovanissimi, è facile prevedere che questa generazione ha più probabilità delle precedenti di avere seri problemi di salute.

(*BMJ* 2015;350:h2621)

L’Ipertensione arteriosa e i suoi problemi

L’ipertensione arteriosa è la più importante causa di patologia cardiovascolare e renale ed è in continuo aumento nel mondo. Oggi più di 1 miliardo di persone ne è affetto, e questo numero tende a crescere, specie nei soggetti con più di 50 anni.

Ma come si definisce la ipertensione? Le correnti di pensiero sono più d’una, ma sembra ragionevole considerare che 130/80 è il livello su cui mantenere il paziente (se non è diabetico o abbia già avuto un ictus), evitando di superarlo o di stare a livelli troppo inferiori. La terapia efficace esiste, ma richiede grande consapevolezza e collaborazione da parte del paziente perché i controlli e gli aggiustamenti devono essere molto frequenti e l’aderenza molto elevata.

Ai farmaci inoltre bisogna aggiungere il movimento fisico sistematico, la dieta povera di sale e il controllo del peso corporeo. Tassativo non fumare.

Di fatto non è così e c’è molta strada da fare per migliorare i poveri risultati di oggi e le vistose complicanze che essi provocano.

(Chobanian AV. Time to reassess blood-pressure goals. NEJM 373, 2093-95, 2015)

Le malattie in Cina

Oggi la Cina fornisce un chiaro esempio di come si sviluppano le “malattie da progresso”.

Infatti negli ultimi 25 anni l’attesa di vita è crescente e le cause di morte più frequenti sono gli incidenti cardiovascolari (ictus e infarto del miocardio), i tumori polmonari (negli uomini) e la COPD (Malattia polmonare cronica ostruttiva), malattie tutte legate all’alta percentuale di fumatori maschi presenti in Cina. Al contrario sono diminuite grandemente le malattie trasmissibili e la mortalità infantile.

La Cina sta quindi avvicinandosi velocemente alle caratteristiche del mondo occidentale.

(Milner J, Wilkinson P. Trends in cause-specific mortality in Chinese provinces. Lancet 387, 204 – 205, 2016)

Le trombosi venose profonde

Le trombosi venose profonde sono un evento non raro, e l'incidenza cresce con l'età, il sovrappeso e l'uso di contraccettivi orali fino a raggiungere livelli elevati. La sedentarietà e l'immobilità peggiorano ulteriormente le cose così come la concomitanza di tumori. Il pericolo di questa affezione è costituito dall'embolia polmonare, e rappresenta la terza causa di malattia cardiovascolare dopo l'infarto miocardico e l'ictus. Dato che la trombosi profonda è spesso silente, la malattia è pericolosa e solo 1/3 dei pazienti viene trattato adeguatamente con anticoagulanti orali.

Per la prevenzione della trombosi venosa profonda si raccomanda di non fumare, di mantenere un peso corporeo normale e di fare movimento fisico con regolarità.

(Cushman M. e Creager MA. Improving awareness and outcomes related to thromboembolism. JAMA 314, 1913-14, 2015)

Tumori

La cura dei tumori

La cura dei tumori maligni ha fatto molti progressi nei decenni passati e una parte dei pazienti è guarita con chemio/radioterapie sempre più raffinate. Queste tuttavia operano in modo aspecifico, ossia distruggendo le cellule del tumore, ma anche dei tessuti sani senza distinguere bene tra loro. Da due decenni si sono affiancati a queste cure poco specifiche nuovi strumenti che si indirizzano a caratteristiche più proprie del tumore. Già si sono ottenuti con questi nuovi mezzi risultati sorprendenti, ma la strada è ancora lunga: in altri termini vediamo una luce in fondo al tunnel, ma il tunnel è ancora lungo e buio. L'unico modo per accelerare il progresso è investire nella ricerca scientifica, ossia nello strumento che può identificare i meccanismi fisiopatologici che danno origine e sostengono la crescita del tumore e può contrastarli o spegnerli. Purtroppo i Paesi che investono seriamente nella ricerca sono pochi e noi non siamo tra quelli; investire vuol dire stanziare i soldi, ma anche individuare e controllare i modi per farli arrivare ai ricercatori meritevoli, senza dispersioni e inefficienze oggi comuni. Ci vuole una vera e propria cultura della ricerca nelle Istituzioni preposte e un rigore morale di coloro ai quali i fondi vengono assegnati. Una più generale cultura e onestà deve peraltro crescere anche nella società civile perché possa difendersi dalle speculazioni e distorsioni che sempre attentano alla salute pubblica per fini di lucro o di potere (tra queste il continuo apparire di cure miracolose o di risultati mirabolanti che spesso altro non sono che vere e proprie falsità o mezze verità utili a qualcuno). Una combinazione purtroppo difficile da realizzare. Malgrado i limiti, tuttavia, il progresso medico continua inarrestabile, e su ciò si fonda la speranza dei pazienti e dei medici.

* * *

Il cancro da HPV

Il Papilloma Virus (HPV) è un virus oncogeno che è causa diretta di cancro della cervice uterina e di carcinomi dell'orofaringe e del retto. Questi tumori sono prevenibili se i ragazzi (maschi e femmine) vengono vaccinati all'età di 12 anni con un vaccino quadrivalente o 9 – valente. Malgrado questa enorme possibilità di evitare il danno, l'incidenza di cancri associati all'infezione da HPV non accenna a diminuire, ma addirittura tende a crescere. Purtroppo l'inconsapevolezza delle popolazioni e l'alto costo del vaccino ne sono la principale causa.

(Voelker R. Missed chances to prevent cancer. JAMA 316, 810, 2016)

* * *

Anziani

La cura delle persone anziane fragili

Una nuova sfida per l'organizzazione sanitaria e la medicina di iniziativa

La cura dei pazienti anziani e fragili (cioè quelli molto compromessi, con storia di cadute, mobilità e autonomia limitate, disturbi cognitivi) è molto diversa da quella riservata a persone robuste. Per i fragili è necessario effettuare innanzi tutto una valutazione multidimensionale, che include cioè le condizioni di salute fisica, mentale e psicologica, la capacità di attendere alle normali occupazioni della vita quotidiana, i determinanti sociali e ambientali di salute e benessere. Tale valutazione multidisciplinare sfocia in un piano di cura e assistenza che va poi gestito da un case manager, cioè una figura sanitaria di riferimento e coordinamento del paziente, che operi in modo proattivo (medicina di iniziativa) cioè si incarichi di verificare sistematicamente le condizioni del paziente, lo guidi nei percorsi di diagnosi e cura, sotto la direzione del medico curante (o meglio del geriatra curante); importante la motivazione di queste figure professionali, cui compete anche la compilazione della cartella (elettronica) del paziente in modo accurato e puntuale. Tutta questa organizzazione trova logica collocazione nella Casa della Salute, che può utilmente affiancare un Presidio Ospedaliero Territoriale (POT) ove il paziente possa ricevere una cura temporanea a bassa intensità per migliorare le sue condizioni di salute, e quindi ad esempio dopo la dimissione da un Ospedale per acuti o in occasione di episodi acuti che si presentino al proprio domicilio individuale o collettivo (RSA o residenze per anziani), e altri ambiti ancora. Scrive Gladman che “Comprehensive geriatric assessment is the geriatrician’s gift to health care”.

Gladman JRF. Delivering comprehensive geriatric assessment in new settings: advice for frontline clinicians. J.R. Coll. Physicians Edinb 46, 174-9, 2016)

La salute degli anziani ricoverati

Nel Regno Unito vi sono circa 20.000 strutture residenziali per anziani (in parte RSA e in parte Residenze), che ospitano 430.000 persone circa. L’attesa di vita di queste ultime all’ingresso in RSA è di 15 mesi e il 25% muore entro un anno. Quando queste persone stanno male vengono portate al Pronto Soccorso Ospedaliero e qui 1/3 di esse muore.

Questo tipo di assistenza sanitaria non è ideale. Meglio sarebbe che il personale di assistenza nelle RSA (oggi poco preparato, poco motivato e poco considerato e pagato) venisse potenziato in qualità e numero e che vi fosse una regolare frequentazione del medico di famiglia nella struttura, con un piano terapeutico e un collegamento ben funzionante con una Casa della Salute. In questo ambito la medicina territoriale deve fare ancora molti passi avanti.

(David Oliver. BMJ 2016;352:i458)

Servizi Sociali per Anziani

Ho inviato al candidato Sindaco di Milano Dr. Stefano Parisi una proposta per migliorare i Servizi Sociali per gli anziani soprattutto per quelli fragili e soli. Prevedo anche una parte Sanità indirizzata alla Regione Lombardia che con l'allineamento politico di Milano potrà consentire interventi più efficaci di quanto possibile con una Giunta Comunale di Sinistra.

1. Servizi Sociali del Comune

(a) Custode Sociale per anziani soli e fragili

- Sono già stati sperimentati con successo nel 2000
- Sono gestiti e preparati dal privato sociale
- Possono essere collegati con una Centrale Operativa per la sicurezza (vedi oltre)
- Possono essere collegati con la Casa della Salute (o RSA).

(b) Legare la retta delle RSA alla loro qualità

- E' già stato sperimentato con successo nel 2000 e la metodologia esiste
- Controllo on-site della qualità del trattamento e prevenzione violenza sui ricoverati
- Regolare controllo sanitario dei ricoverati (ASL) – un geriatra
- Personale extracomunitario. Chi prepara il personale delle RSA? Chi prepara le badanti? - Centri Diurni troppo costosi!

2. Sanità (competenza regionale)

(a) Per i cronici

Medici di Medicina Generale collegati funzionalmente e amministrativamente con

- Ospedali di Riferimento (centri omnicomprensivi)
- POT
- Walk-in Centers
- case della Salute e Custodi Sociali
- RSA

(b) Per acuti

Medici di Medicina Generale, Guardia Medica Territoriale, Walk-in Centers, Pronto Soccorso

Il Medico di Medicina Generale non è solo, ma collegato a strutture di supporto di vario tipo. Solo così può lavorare meglio, avere consulenze specialistiche, second opinion e riuscire ad espletare tutti i compiti che gli sono propri, sia per la salute pubblica, sia per i cronici, sia per gli acuti (deve essere collegato funzionalmente soprattutto con POT – Presidi Ospedalieri del Territorio e Case della Salute)

3. Sicurezza nei quartieri

- Centrale Operativa unica collegata con pulsante a operatore territoriale (trasporti pubblici, vigilantes, Custode Sociale)
- Pattuglie di 3 uomini su auto veloci su 3 turni (le auto sono situate in punti strategici nei quartieri per intervento rapido)
- 100 auto e 300 vigili addestrati coprono la città 24h su 24
- Il modello è visibile a Lugano

Altro

Governare la sanità comporta responsabilità etiche

Chi è chiamato a governare il Servizio Sanitario Nazionale si trova di fronte due diversi ambiti, che richiedono misure molto diverse. Il primo è costituito da un'élite di persone ed apparati che si impegnano per far avanzare le conoscenze mediche sia nel campo clinico che sperimentale, il secondo è rappresentato dalla organizzazione e gestione dei servizi sanitari erogati alla popolazione. Appartengono al primo ambito le facoltà di medicina e gli Istituti di ricerca, inclusi gli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). Questi ultimi, in particolare, dovrebbero costituire una rete nazionale di Centri di riferimento per le varie patologie, come ipotizzato dalla UE da più di un decennio (Allegato 1); purtroppo questa rete non è stata ancora realizzata, così come non sono state poste in essere le misure atte a sostenere il personale nel suo sforzo di continuo aggiornamento, di ricerca, di didattica ma anche di rapporti e collaborazioni con altri ricercatori accademici e industriali nel mondo. E' questa la rete dove, idealmente, si formano e prosperano le scuole di medicina, con il compito di costruire sempre nuovi leader della professione medica e alimentare il perpetuarsi dell'élite medica, insieme ai policlinici universitari e agli altri enti di ricerca. Creare un ambiente favorevole a questa crescita e motivare gli uomini, facilitandone i rapporti e le collaborazioni, è un obiettivo strategico che, se trascurato, configura una responsabilità nei confronti della nazione che ne viene danneggiata anche economicamente.

L'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari erogati deve invece porre al centro dell'azione due obiettivi principali: la medicina territoriale (con i suoi nuovi presidi quali la Casa della Salute, i POT e i Walk-in Centres (Allegati 2, 3 e 4) e la Medicina di Iniziativa (Allegato 5), tesa ad individuare precocemente i fattori di rischio delle patologie più rilevanti e ad impedire o rallentare la comparsa della malattia conclamata. In tutti questi ambiti, inoltre, è essenziale che il personale venga motivato e aggiornato, giacché non vi può essere buona sanità senza buona medici (Allegato 6), che amino il proprio lavoro (Allegato 7). Molto resta da fare nel nostro Paese, ma perché le cose possano realizzarsi bene è necessario che in sanità operino persone con buona preparazione tecnica e morale, evitando l'ingerenza eccessiva della politica nella gestione spicciola e le continue riforme improvvise. Sistemi organizzativi sbagliati generano cattivi risultati sanitari, diseguaglianze e iniquità, ma anche sprechi e danni economici insostenibili, oltre a malcontento della popolazione. In tutti gli ambiti l'imperizia e l'omissione costituiscono una responsabilità di chi governa nei confronti della nazione e della sua prosperità, e nei casi più gravi configurano una vera e propria malpractice istituzionale.

Vorrei discutere di alcuni esempi italiani:

1. Le differenze nella quantità, qualità e costi dei servizi sanitari erogati nelle varie aree del Paese. Il Ministero non fa gli standard, malgrado la possibilità sia giuridica che tecnica di farli (Allegato 8).
2. L'aziendalizzazione delle ASL e Ospedali con relativa politicizzazione ed emarginazione dei medici (Allegato 9).
3. Gli standard di organizzazione del territorio: Casa della Salute, Walk-in Centre distrettuale, POT (Allegati 2, 3 e 4).
4. La medicina del territorio e il Medico di Medicina Generale (MMG).

Uno dei problemi oggi molto sentiti è l'accesso al MMG da parte dei cittadini in caso di necessità acuta. Il medico generalista oggi è disponibile solo in alcune ore del giorno ed è spesso difficile da raggiungere anche telefonicamente. In caso di necessità urgente il cittadino deve rivolgersi ai medici della continuità assistenziale. In tutti i casi il medico, sia a domicilio che in ambulatorio, si trova

sprovvisto di aiuti strumentali per la diagnosi e non è collegato con alcun centro specialistico per approfondimento o sostegno alla diagnosi (seconda opinione). Egli quindi è costretto a prescrivere interventi diagnostici in differita, e il cittadino deve a sua cura prenotare e realizzare le indagini prescritte, a volte con tempi di attesa eccessivamente lunghi e talora a pagamento (o in libera professione intra-moenia) per ridurre i tempi di attesa. Questa situazione crea disagi pesanti al paziente e ai suoi familiari e deve essere risolto con assoluta priorità, altrimenti sia il medico che il paziente scelgono di necessità il pronto soccorso ospedaliero, che risulta così sempre affollato e spesso costretto a far attendere il paziente per ore. Il malumore popolare su questo processo è oggi molto elevato e deve/può essere risolto in vari modi. In alcuni Paesi esso viene affrontato con un sistema Uber, secondo cui uno specialista si reca a domicilio del paziente su chiamata di un call center e tale medico può essere collegato in via telematica con un centro polispecialistico per seconda opinione e approfondimento diagnostico. Oggi numerosi strumenti e sensori consentono il rilevamento e la trasmissione a distanza di segnali e quindi di diagnostica in remoto. A me sembra più vantaggioso affidare a Walk – in Centres distrettuali, ossia a poliambulatori sempre aperti a tutti senza prenotazione, il compito di risolvere i problemi acuti dei pazienti che possono muoversi e, tramite loro medici, di coloro che sono impossibilitati a muoversi e che possono essere soccorsi al loro domicilio usando una strumentazione portatile e la trasmissione ai walk-in centres dei segnali raccolti sul paziente bloccato a domicilio. Lo sviluppo tecnologico di queste attrezzature e relativi sensori è in tumultuoso progresso e già consente importanti approfondimenti diagnostici a distanza. Si tratterà poi di decidere se e quanto questo tipo di prestazione territoriale debba essere retribuita e da chi.

5. Scarsa attenzione alla promozione della salute.

Fumo, inattività fisica e impropria alimentazione sono tra le più importanti cause delle malattie croniche non trasmissibili. Serve introdurre la Medicina di Iniziativa accanto a quella di attesa oggi esercitata, al fine di cogliere i fattori di rischio nella popolazione presunta sana, e concentrare su quella a rischio gli interventi che impediscano l'insorgenza della malattia o ne rallentino il progresso e le complicanze (Allegato 5). Peraltro la Medicina di Iniziativa trova oggi molteplici campi di applicazione e dal suo impiego ci si attende un miglioramento della qualità e della costo – efficacia dei servizi erogati.

6. Demotivazione del personale per inadeguatezza di:

- riconoscimenti del merito professionale e umano (soft skills)
- carriera
- posizioni accademiche (anche per la medicina generale!)
- aggiornamento continuo
- riconoscimenti economici proporzionati alla posizione gerarchica

Inadeguatezze, queste, che si traducono in una riduzione dello status sociale del Medico, oggi molto scemato rispetto al passato.

Manca infine una sufficiente attenzione al Medico Generalista che deve essere un buon internista e un buon gestore e guida del paziente, ma anche un custode della salute pubblica, della prevenzione e promozione della salute.

In sintesi, io credo che alla luce delle conoscenze odierne, il nostro Servizio Sanitario Nazionale presenti ritardi culturali e tecnici. Proprio la sua parziale inadeguatezza contribuisce a renderlo anche causa di diseguaglianze e iniquità incompatibili con lo spirito di coloro che lo hanno disegnato e con il volere della popolazione e configura una responsabilità morale ed economica di chi governa.

Allegato 1 - Ripensare gli IRCCS

Il 21 luglio 2016 nel corso di una riunione informale tenutasi al Ministero della Salute presso l'ufficio del Direttore Generale della Ricerca Sanitaria Dr. Giovanni Leonardi, alla presenza dei dirigenti della medesima direzione Dr.ssa Maria Novella Luciani e Dr. Gaetano Guglielmi, del Presidente dell'ISS Prof. Walter Ricciardi, del Direttore Scientifico di Multimedica Prof. Luigi Rossi Bernardi e del suo consulente Prof. Girolamo Sirchia, il Direttore Generale Leonardi ha consegnato ai presenti una prima bozza informale di un documento sugli IRCCS che rappresenta un primo passo per un ripensamento dell'identificazione, dell'organizzazione e funzione di questi presidi del nostro SSN. Dopo tanti anni dalla loro istituzione e le cospicue risorse erogate annualmente per la ricerca da loro svolta, il Ministero della Salute si chiede opportunamente quali sono i vantaggi da loro apportati alla salute degli italiani, all'erogazione dei servizi sanitari e alle imprese e si domanda altresì se vi sono spazi di miglioramento della qualità e dell'efficienza di queste strutture che, dobbiamo ricordarlo, sono deputate al ricovero dei pazienti oltre che alla ricerca clinica e sanitaria.

Il documento ministeriale è interessante perché dopo una prima parte che richiama le norme che regolano gli IRCCS riporta, per ognuno di essi, una scheda da essi compilata nella quale essi espongono i loro risultati e la loro storia a fronte dei finanziamenti ricevuti dalla sanità per la ricerca.

Già da un primo e sommario esame di queste schede si nota che a fronte di alcuni IRCCS che sembrano rispondere alle attese del Ministero, altri non sembrano aver prodotto risultati di rilievo oppure hanno operato in settori non pertinenti al mandato. In quasi nessun caso si va oltre il calcolo dell'Impact factor (IF) e in particolare non vengono menzionati i criteri di misura della loro qualità clinica, di efficienza, di riferimento per il territorio, di prodotti utili all'industria; in una parola del beneficio derivato al paziente o al servizio sanitario dalla loro ricerca e rispettive risorse pubbliche utilizzate.

La mia reazione alla lettura del documento ministeriale è sintetizzata nei seguenti punti.

1. Parto innanzitutto dalla convinzione che gli IRCCS devono costituire ospedali di riferimento per le specialità loro assegnate. In quanto tali, essi devono dimostrare la loro qualità elevata e la loro efficienza, nonché trattare casistiche numerose derivanti appunto dal loro essere, richiamo di pazienti da tutta la nazione. La misura della qualità e dell'efficienza va oggi misurata sugli esiti più che sui processi, ed è quindi utile e urgente che il Ministero della Salute definisca tramite i suoi organismi tecnici (ISS, Agenas, altri) gli indicatori più adatti.

2. Il riferimento per i pazienti deve prevedere un'apertura al territorio (cioè ai MMG) con i quali l'IRCCS deve instaurare un'azione continua di collaborazione e di sostegno diagnostico e terapeutico, di guida e di condivisione della ricerca. Molto significativo a questo proposito la collaborazione che Multimedica ha instaurato con le cooperative di MMG per l'identificazione dei prediabetici nelle persone presunte sane. Se queste persone si sottopongono ad un cambiamento degli stili di vita (alimentazione e attività muscolare corretta) il prediabete può regredire e il metabolismo normalizzarsi. Considerando che è stato calcolato che il costo di un diabetico in Italia è di circa 2.000,00 euro all'anno più elevato di un non diabetico e che i diabetici italiani sono almeno 5 milioni è facile capire quanto una simile collaborazione può far risparmiare alla finanza pubblica.

3. Proprio quest'ultimo è l'argomento che più voglio rimarcare. Finora il nostro SSN è stato incentrato sulla cura delle patologie già manifeste. La sofisticazione dei presidi di diagnosi e cura e i loro costi sono però lievitati ad un punto da rendere economicamente insostenibile il SSN. Da ciò odiosi provvedimenti di contenimento della spesa che peraltro sono chiaramente inefficaci. La verità è che sembra arrivato il momento in cui è necessario cambiare paradigma, dando ampio spazio alla correzione di quegli stili di vita non salutari che sono grande causa di molte patologie croniche invalidanti e costose. L'identificazione precoce dei fattori di rischio nei soggetti che si presumono sani e la loro correzione è la via che sembra poter

risolvere i problemi sanitari del Paese. I medici tuttavia devono capire e far proprio il concetto che la identificazione e correzione dei fattori di rischio è un compito clinico della massima importanza che spetta loro, alla stregua della diagnosi e terapia della malattia conclamata. La prescrizione che il medico deve effettuare per conservare la salute e prevenire la comparsa delle malattie deve inoltre essere raccolta da una organizzazione territoriale che si prende in carico il soggetto per organizzargli uno stile di vita salutare; ad esempio inserendolo in programmi proattivi di cessazione del fumo o dei gruppi di cammino secondo la tecnica del Fitwalking e/o di educazione alimentare e così via. Si tratta di programmi che prevedono la presenza di altri professionisti oltre ai sanitari (comunicatori, esperti di attività motoria, psicologi, ecc.); questi devono essere formati e retribuiti per la loro attività, che diventa quindi anche opportunità di lavoro (nuove professioni). Pensate a quanto è insensato oggi vedere che il 22% degli italiani continua a fumare mentre la scienza si adopera per identificare le mutazioni occorse nei fumatori e per produrre farmaci costosi capaci di colpirle. Oppure vedere come l'obesità infantile continua a crescere con il suo fosco di patologie associate mentre l'educazione alimentare è scarsa e addirittura osteggiata da interessi organizzati di tipo industriale e commerciale. Tutti noi sappiamo che l'ideale sarebbe la volontà governativa di attuare una Health in all policy, e sappiamo anche che ciò non viene spesso realizzato per il coacervo di interessi che si frappongono e che sono più forti degli interessi di salute pubblica, ma ritengo comunque che progressi possono essere fatti nel tempo se le idee e le volontà sono chiare e i vantaggi economici ben dimostrati.

4. Se gli IRCCS devono essere strutture di riferimento clinico e di ricerca clinica traslazionale, guida e sostegno per il territorio ed i MMG e PLS, se devono essere eccellenti ed efficienti, se devono produrre sia lavori scientifici di alto profilo (IF) aver ricercatori di fama (H Index e aggiudicazioni di grants) e capace di determinare anche innovazione tecnologica e organizzativa (documentata da brevetti trasferiti al mercato o da innovazione vantaggiose di erogazione dei servizi sanitari), il sistema degli IRCCS va davvero ripensato e migliorato con il consenso di tutte le forze interessate ad una sanità più efficiente, sostenibile e di migliore qualità. A questo fine io credo che una Conferenza Nazionale degli IRCCS, che definisce bene questi scopi e si proponga di ridisegnarne il ruolo, sia strumento utile e possa rappresentare il secondo passo dopo la presentazione del documento ministeriale che ci è stato offerto in pre-visione e che rappresenta il primo passo di un nuovo IRCCS più consono ai tempi di oggi.

In quell'occasione potrebbero anche essere rivisti alcuni elementi organizzativi che sono risultati poco utili o dannosi. Ad esempio:

- a) le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico sono state poco utili. La Fondazione dovrebbe essere di diritto privato oppure pur restando pubblica acquisire quei gradi di libertà organizzativi e gestionali disegnati nei primi anni '90 da Reinventing Government e riassumibili nella definizione "La pubblica amministrazione imprenditoriale";
- b) l'organizzazione intera della Fondazione potrebbe consentire l'autonomia amministrativa, organizzativa e gestionale dei dipartimenti (vedi blog www.girolamosirchia.org);
- c) i capi dipartimento dovrebbero sedere nel CdA della Fondazione;
- d) l'internazionalizzazione dovrebbe essere aumentata e prevedere posizioni per italiani eccellenti rientrati dall'estero;
- e) dovrebbero essere favorite le interazioni con altre strutture produttive e scientifiche.

È assolutamente necessario, infine, trovare un accordo con le regioni perché vivano gli IRCCS come una risorsa qualificante della loro realtà sanitaria e non come un corpo estraneo o una struttura da trattare alla stregua di qualunque ospedale della rete regionale e da occupare con statuti che non recepiscono la loro valenza nazionale e internazionale inclusa la capacità di contribuire al potenziamento e alla crescita della sanità regionale in termini di innovazione e di finanziamenti.

In conclusione, credo che l'iniziativa della Direzione Generale del Ministero della Salute di ripensare la funzione degli IRCCS, di attualizzarla e migliorarla, definendone meglio le funzioni essenziali di Centro di riferimento nazionale e di ricerca per la sanità, sia assolutamente lodevole. Anche l'UE sta da tempo tentando di realizzare una rete di centri di riferimento ove concentrare le patologie e sviluppare metodi di diagnosi e cura più avanzati, utili ai pazienti e all'industria. In Italia abbiamo già tali centri, dobbiamo solo utilizzarli meglio, migliorandone l'organizzazione e il funzionamento, la distribuzione territoriale e la governance, ma anche annettendo a tali funzioni solo strutture oggettivamente qualificate.

Allegato 2 - La casa della salute o unità complessa di cure primarie (uccp)

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

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

La Casa della Salute o UCCP fa parte di un'Azienda Integrata di Servizi Sanitari (AIS) che comprende:

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

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

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

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

I medici generalisti devono avere anche posizioni accademiche ed essere coinvolti in ricerche cliniche e sanitarie. Tutto il personale e specie i medici sono tenuti ad un programma di Continuous Professional Development (CPD) e ad una rivalutazione per il rinnovo del contratto quinquennale di lavoro. Il contratto dei dipendenti è unico ovunque essi siano impiegati (Ospedale, Poliambulatorio, Casa della Salute) e la quota variabile viene aumentata per i team che hanno i risultati migliori.

In breve 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(1). 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.

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

Allegato 3 - I presidi ospedalieri del territorio (pot)

Per anni si è tentato con poco successo di chiudere i piccoli ospedali. Forse è un bene che ciò non sia avvenuto giacché essi potrebbero diventare un presidio sanitario della medicina territoriale prevalentemente rivolto alla cura dei cronici e degli anziani anziché dei pazienti acuti. Per quest'ultima funzione essi non sono indicati, in quanto necessariamente sprovvisti di quelle competenze e tecnologie che oggi il trattamento degli acuti richiede, e che devono essere concentrate in pochi ospedali avanzati di riferimento, ma possono assolvere al compito di offrire al proprio territorio e ai medici della medicina primaria i seguenti servizi:

1. mettere a disposizione dei medici generalisti di zona alcuni letti per il ricovero di pazienti (per lo più anziani) che richiedono cure di bassa intensità e collegarsi con uno o alcuni ospedali di riferimento per offrire letti di bassa intensità di cura per dimissione protetta evitando così che entro poco tempo (30 gg) vi siano nuovi ricorsi ai Pronto Soccorso (PS) ed eventuali nuovi ricoveri, notoriamente perniciosi per i costi e per l'intasamento dei PS;
2. includere una Casa della Salute per i cronici dotata di Unità di valutazione multidimensionale atta a redigere piani di cura individuali per i pazienti, gestiti da case – manager che seguano in modo proattivo ogni paziente per assicurargli in ogni momento la prestazione sanitaria appropriata e la continuità della cura;
3. eventualmente un walk-in center che possa fungere da presidio ambulatoriale di diagnosi e cura aperto almeno 16 ore al giorno che possa essere di sostegno ai Medici di Medicina Generale (MMG) come second opinion, approfondimento diagnostico, guardia medica negli orari in cui gli studi sono chiusi o semplicemente un presidio medico per coloro che provengono da altri luoghi o desiderano comunque una prestazione sanitaria anche a pagamento.

Nei Presidi Ospedalieri di Territorio (POT) potrebbero operare, a seconda dell'opportunità, medici generalisti e specialisti territoriali o medici dipendenti. Sarebbe a mio avviso opportuno si consentisse una carriera per i medici dei POT, prevedendo vari livelli di responsabilità della dirigenza e chiedendo all'Università di istituire posizioni accademiche per la medicina generale, estremamente utile per consentire a quest'ultima quelle attività di didattica e di ricerca che sappiamo strettamente connesse al progresso medico.

Per il buon collegamento di questi POT con gli ospedali di riferimento sarebbe utile anche sperimentare in questi ultimi l'istituzione di interfacce quali l'hospitalist (o internista coordinatore dei processi di diagnosi e cura dei pazienti ricoverati, in dialogo continuo con i POT e i medici generalisti soprattutto per la dimissione), o analoga figura di tipo infermieristico dirigente, interazione indispensabile per evitare l'attuale frazionamento delle cure, la inutile ripetizione di indagini strumentali e di laboratorio, l'assommarsi di prescrizioni farmaceutiche che sono spesso causa a loro volta di scarsa compliance del paziente alle cure, ecc.

Questo flessibile impianto organizzativo consente anche la partecipazione del privato alla gestione dei POT, e quindi la possibilità di ampliare e migliorare ulteriormente le loro funzioni, a tutto vantaggio della medicina territoriale che, da anni, andiamo sostenendo debba essere migliorata e potenziata.

Allegato 4 - Darzi centres o walk-in centres

La Regione Lombardia ha realizzato uno di questi Centri a Milano, in via Rugabella, 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 convenzionato o 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 .

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*

Allegato 5 - Un Nuovo Modo di Fare Sanità: la Medicina di Iniziativa

- Tra i motivi che rendono economicamente non sostenibile il Servizio Sanitario Nazionale (e gli altri sistemi sanitari occidentali) vi è l'impostazione della sanità che da sempre si è occupata delle persone dopo che è comparsa la malattia (cosiddetta medicina di risposta o reazione). Con il rapido progresso dei mezzi di diagnosi e cura (sempre più fini e costosi) e l'allungamento della vita media (con relativo carico di malattie croniche invalidanti) la spesa sanitaria è esplosa e rende necessario oggi un ripensamento di tale impostazione.
- Il nuovo paradigma della sanità consiste nell'identificare i soggetti apparentemente sani che rischiano di sviluppare la malattia così da intervenire precocemente in modo che il processo si arresti o regredisca. Tipico il processo che porta alla comparsa del diabete e dell'obesità in una parte della popolazione. Una volta comparso, il diabete di tipo 2 sviluppa complicanze estremamente impegnative sia dal punto di vista umano che economico.

Le complicanze del diabete sono varie: dalla malattia coronarica (ne soffre il 10% di coloro che hanno il diabete), alla retinopatia (il 34%), all'insufficienza renale (il 5 – 10% di coloro che hanno il diabete di tipo 2, ma il 30 – 40% delle persone con diabete di tipo 1), alla neuropatia (il 32%). Sono le complicanze che portano alla morte e che rappresentano il vero pericolo del diabete, che spesso si associa ad obesità (diabesità) e ipertensione arteriosa: oltre il 50% di coloro che hanno il diabete infatti muore a causa di problemi cardiovascolari e il 10 – 20% per insufficienza renale.

Il diabete è preceduto da una condizione clinica, chiamata prediabete, che è caratterizzata da assenza di sintomi. Solitamente, la diagnosi clinica avviene con un ritardo medio di circa 5 anni. Durante questo periodo, se viene effettuata un'adeguata diagnosi precoce, è possibile intervenire con efficaci terapie preventive a basso costo attraverso interventi sullo stile di vita (dieta, esercizio fisico ecc) che possono arrestare il decorso della malattia e delle sue complicanze. Durante il prediabete, elevati livelli di glucosio plasmatico agiscono su cuore, occhi, reni, nervi e vasi sanguigni, determinando un significativo aumento di complicanze. La comparsa silenziosa della malattia è un problema rilevante dal momento che le fasi precliniche del diabete non sono benigne e il 10 – 20% dei pazienti sviluppa complicanze prima della diagnosi clinica della malattia.

Da numerosi studi emerge chiaramente come la diagnosi tempestiva e il costante controllo delle persone con diabete, grazie a terapie di qualità, riducano del 10 – 25% il rischio di complicanze minori (danni agli occhi e ai reni) e del 15 – 55% il rischio di complicanze più gravi (insufficienza renale cronica, patologia coronarica, perdita della vista, piede diabetico, ecc), riducendo drasticamente i ricoveri per le complicanze della malattia e, di conseguenza, gli alti costi per il Servizio Sanitario Nazionale.

Negli USA si stima che 82 milioni di cittadini è affetto da una condizione di prediabete e ciò ha stimolato recentemente il Presidente Obama a lanciare uno specifico programma di precoce identificazione sanitaria e di modifica degli stili di vita delle persone affette da questa condizione.

L'intervento americano è basato sui risultati di uno studio decennale Reduction in the incidence of Type 2 diabetes with lifestyle intervention or Metformin" pubblicato su N Engl J Med 2002; 346:303 – 403 da parte del Diabetes Prevention Program Group. Il Diabetes Prevention Program Outcome Study è un programma del Ministro della Sanità americana Sylvia Mathews Burwell che prevede di utilizzare i risultati di questo studio per finanziare attraverso Medicare, e in accordo con l'Affordable Care Act, per la prima volta, programmi di intervento attivo per prevenire la progressione del prediabete a malattia conlamatata. Tali programmi sono stati recentemente definiti e certificati per la loro efficacia attraverso il Diabetes Preventive

Programme dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta e sono basati sulla modifica degli stili di vita secondo una procedura dettagliatamente descritta.

Non mancano simili esperienze in Italia. Il FINDRISC (Finnish Diabetes Score) è un questionario semplice e a basso costo somministrabile da Medici di Medicina Generale (MMG) nel loro studio, oramai ben validato in Europa che prevede 8 domande sui principali fattori di rischio che si associano al diabete. I valori misurati con un semplice punteggio riassuntivo permettono, con alta probabilità, di classificare le persone e il loro rischio futuro di sviluppare diabete di tipo 2. E' attualmente in corso lo studio DIAPASON finanziato dal Ministero della Salute e dalla Fondazione Invernizzi, eseguito in collaborazione con i MMG riuniti nella CMMC (Cooperativa Medici Milano Centro). A questi medici è stata fornita una versione digitale del test FINDRISC modificata che ciascun medico ha inserito ed utilizzato nel proprio personal computer. Ciascun medico di medicina generale ha poi provveduto ad effettuare ai propri assistiti, di età maggiore di 40 anni, non affetti da diabete e malattie oncologiche, che accedono per qualsiasi motivo in modo casuale al proprio ambulatorio il test FINDRISC. I pazienti identificati dai medici di medicina generale in questo progetto sono stati a tuttora 1.504. Risultati: soggetti con punteggio maggiore di 9 (rischio di diabete) sono 938 (62,3%). Di questi sono stati sottoposti finora alle successive analisi di laboratorio 447 soggetti. I test ematochimici (test da carico orale di glucosio da 75 grammi, Hba1c) eseguiti hanno consentito di classificare i 447 soggetti esaminati in questo modo: 60 con diabete (13,5%), 171 (38,2%) con prediabete e infine 216 (48,3%) non diabetici. Nessuno dei 231 soggetti diabetici o prediabetici conosceva il loro stato rispetto a questa malattia. Ottantuno (81) soggetti con prediabete hanno accettato di iniziare un programma di modifica degli stili di vita. Dopo un anno, a seguito di accertamenti diagnostici di laboratorio, su questi 81 soggetti con prediabete, 5 (6,2%) hanno avuto una evoluzione verso il diabete; 42 (51,8%) rimanevano prediabetici e 34 (42%) hanno dimostrato valori normali di glicemia a digiuno e dopo carico orale di glucosio ed emoglobina glicata, in pratica sono tornati soggetti normali. Una dimostrazione concreta che i programmi di screening, rapidi, a basso costo adottati e l'applicazione di semplici regole comportamentali possono costituire armi molto efficaci per combattere questa epidemia.

- Analogamente a quanto osservato nel diabete, la identificazione dei soggetti a rischio di malattia e la prevenzione della sua comparsa attraverso modificazione strutturata degli stili di vita è oggi possibile in vari ambiti e riguarda patologie di grande impatto sociale ed economico.
- Alla luce di questi fatti emerge chiaramente la necessità di far sì che: 1) la modifica degli stili di vita non sia più solo un consiglio del medico curante ma una prescrizione vera e propria; 2) tale modifica avvenga in modo strutturato secondo procedure ben codificate e controllate ad opera di un professionista; 3) solo una compliance dimostrata in modo oggettivo da questi professionisti consente di accedere a prestazioni successive gratuite (ad esempio prescrizione di statine a scopo preventivo) (vedi Approfondimento 1).

Questa nuova impostazione della sanità implica che deve nascere nei cittadini, iniziando dai medici, un'ampia consapevolezza e condivisione del nuovo paradigma e dei nuovi modi di operare la sanità, devono essere redatte norme e procedure idonee a realizzarle, devono essere create nuove figure professionali capaci di gestire, controllare e certificare tali procedure e la loro osservanza (ad esempio esperti di gestione dei gruppi di cammino o di cucina), ma - molto più difficile - devono essere fissate regole che limitino l'invadenza di alcune tecniche di marketing commerciale e che diano spazio e risorse al marketing sociale, ossia alle tecniche capaci di convincere i cittadini ad abbandonare stili di vita non salutari (fumo, alimentazione impropria, sedentarietà) a favore di quelle salutari. Un simile percorso è innanzitutto culturale e deve vedere in primo piano il Ministero della Salute (nella sua funzione primaria ed esclusiva di definire i principi della salute), ma anche tutti i livelli di governo, le associazioni professionali e di impresa, il volontariato, nel nome dell'interesse collettivo, e del suo Servizio Sanitario Nazionale.

Oltre ai fini di arrestare o invertire i processi patologici che portano alla malattia nei soggetti apparentemente sani, però, la Medicina di Iniziativa trova spazio anche in alcune patologie onde ridurre o rallentare il loro

aggravamento: ad esempio nei pazienti che hanno avuto un primo scompenso acuto di cuore per evitare le recidive o nella dimissione dei soggetti anziani e fragili dall’Ospedale per acuti onde affidarli alle cure territoriali (vedi Approfondimento 2).

Per iniziare questo percorso di Medicina di Iniziativa proporrei 4 ambiti, dei quali mi sto più attivamente occupando:

1. Nel presunto sano. Identificare i soggetti con prediabete (o con fattori di rischio per diabete)
2. Trattare il prediabete con:
 - a) movimento fisico strutturato (prescritto e non solo suggerito dal Medico) e gestito e documentato da professionisti delle attività motorie anche con l’ausilio di device portatili;
 - b) calo di peso
3. Monitorare i soggetti scompensati per diagnosticare precocemente a distanza l’aumento della massa ematica (ed evitare così lo scompenso acuto che deve ricorrere al pronto soccorso):
 - a) ricezione del segnale (sensore applicato ai pazienti)
 - b) segnale di allarme al paziente
 - c) eventuale convocazione del paziente al centro cardiologico di riferimento.
4. Piano assistenziale degli anziani fragili (con case manager) (Vedi Approfondimento 2).

Approfondimento 1 - Il movimento fisico come medicina

Se i medici si limitano a consigliare agli assistiti di camminare velocemente e sistematicamente, la gran parte di essi non lo farà. Lo ha sperimentato il Dott. David Sagbir, medico di Columbus, Ohio, che nel 2005 ha allora deciso di costituire un gruppo di cammino e camminare con i suoi pazienti. L'iniziativa denominata 'Walk with a Doc' (camminare con un dottore) ha avuto un grande successo e ha indotto a partecipare con regolarità anche sedentari incalliti (Abbasi J. As walking movement grows, neighborhood walkability gains attention. JAMA, 316, 382 – 83, 2016).

Oggi esistono circa 250 gruppi di cammino in Ohio, che impegnano 3.000 medici e 200.000 assistiti in una regolare attività di cammino veloce. Questi gruppi, oltre che far bene alla loro salute fisica, hanno contribuito grandemente a migliorare l'ambiente denunciando e correggendo le manchevolezze del territorio all'intorno, come la sicurezza dei marciapiedi e delle strade nei parchi. Il cammino organizzato e guidato, con i suoi 150 minuti (minimo) di attività fisica aerobica medio – intensa, è il modo più semplice e piacevole di prevenire le complicazioni della vita moderna, causate dall'alimentazione eccessiva e dalla sedentarietà. E' però importante che le comunità rendano più disponibili, attraenti e piacevoli le aree dove si cammina, perché anche questo è un fattore fondamentale.

Importante è anche l'attenzione della ricerca scientifica sugli aspetti fisiopatologici che fanno del movimento fisico una vera medicina. Infine l'organizzazione sanitaria deve mettere in atto tutti quei meccanismi che favoriscono questa nuova medicina invece della mera assunzione di farmaci (quali ipotensivi, statine, antidepressivi, dimagranti, ipoglicemizzanti, ecc).

Su questo punto di miglioramento della salute, legato ad un ambiente che favorisca il cammino è intervenuto nel 2015 il Dipartimento USA per la Salute e i Servizi Umani con il documento 'Step it Up'. Tutto questo sta generando in USA un fiorire di iniziative dove la Sanità si estende a collaborare con l'ambiente, i trasporti, la sicurezza stradale, i parchi e la loro vivibilità, i divertimenti e altre discipline. Recentemente due importanti organizzazioni (The President's Council of Fitness, Sports and Nutrition e la National Foundation on Fitness, Sports and Nutrition) hanno unito i loro sforzi per realizzare una campagna (#Oto60) indirizzata alle scuole per far sì che i ragazzi facciano attività fisica per 1 ora al giorno e mangino meno e meglio (Abbasi J. New campaign to focus on physical activity and nutrition. JAMA 316, 384, 2016).

Da ultimo, il Governo americano tramite il Segretario di Stato per la Sanità, Sylvia Burwell, ha previsto di finanziare nell'ambito dell'Accountable Care Act 2010 programmi di attività fisica strutturati e certificati (anche grazie ai device portatili) per la prevenzione del diabete di tipo 2: il target, in particolare, è il prediabete che si è dimostrato essere in parte regredibile associando la riduzione del peso corporeo al movimento fisico, organizzato e gestito secondo un manuale appositamente preparato.

Anche in Italia le cose si stanno muovendo, ma siamo ancora lontani dall'organizzazione americana. Tuttavia sta prendendo corpo uno sforzo che vede impegnati molti medici di famiglia, alcuni IRCCS e la Direzione della Ricerca del Ministero della Salute.

La speranza è che l'iniziativa si allarghi e generi attenzione in ambiti sempre più ampi del Paese, nell'interesse della salute pubblica e ambientale.

Approfondimento 2 - La cura delle persone anziane fragili

Una nuova sfida per l'organizzazione sanitaria e la medicina di iniziativa

La cura dei pazienti anziani e fragili (cioè quelli molto compromessi, con storia di cadute, mobilità e autonomia limitate, disturbi cognitivi) è molto diversa da quella riservata a persone robuste. Per i fragili è necessario effettuare innanzi tutto una valutazione multidimensionale, che include cioè le condizioni di salute fisica, mentale e psicologica, la capacità di attendere alle normali occupazioni della vita quotidiana, i determinanti sociali e ambientali di salute e benessere. Tale valutazione multidisciplinare sfocia in un piano di cura e assistenza che va poi gestito da un case manager, cioè una figura sanitaria di riferimento e coordinamento del paziente, che operi in modo proattivo (medicina di iniziativa) cioè si incarichi di verificare sistematicamente le condizioni del paziente, lo guidi nei percorsi di diagnosi e cura, sotto la direzione del medico curante (o meglio del geriatra curante); importante la motivazione di queste figure professionali, cui compete anche la compilazione della cartella (elettronica) del paziente in modo accurato e puntuale. Tutta questa organizzazione trova logica collocazione nella Casa della Salute, che può utilmente affiancare un Presidio Ospedaliero Territoriale (POT) ove il paziente possa ricevere una cura temporanea a bassa intensità per migliorare le sue condizioni di salute, e quindi ad esempio dopo la dimissione da un Ospedale per acuti o in occasione di episodi acuti che si presentino al proprio domicilio individuale o collettivo (RSA o residenze per anziani), e altri ambiti ancora. Scrive Gladman che “Comprehensive geriatric assessment is the geriatrician’s gift to health care”.

(Gladman JRF. Delivering comprehensive geriatric assessment in new settings: advice for frontline clinicians. J.R. Coll. Physicians Edinb 46, 174-9, 2016)

Allegato 6 - 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.

Allegato 7 - Perché i medici bravi talora cambiano lavoro?

Al personale più valido non mancano le offerte di lavoro. Ogni Azienda deve quindi porsi come obiettivo primario quello di trattenere il proprio personale migliore, ricordando sempre quali sono le principali cause che inducono quest'ultimo a cambiare luogo di lavoro.

- 1) Stagnazione, ossia progressione di carriera, e relativi riconoscimenti economici, troppo lenta;
- 2) lavoro eccessivo e ripetitivo;
- 3) anteposizione delle questioni economiche ai valori umani;
- 4) scarsa capacità dell'Azienda di innovare;
- 5) scarsa valorizzazione del personale, con poca condivisione decisionale e poca attitudine alla delega delle decisioni. Insufficiente meritocrazia;
- 6) scarsa attenzione all'aggiornamento del personale ed altri stimoli professionali alla motivazione;
- 7) verticismo spinto ed eccessiva burocrazia.

Ecco quindi le ragioni per cui il basso turn-over del personale migliore per abbandono e il benessere psico-fisico dei medici (e infermieri) nelle Aziende sanitarie vengono considerati un indicatore di qualità dell'Azienda stessa(1). Il benessere del medico va inteso nel senso più ampio e include la possibilità di impegno, crescita e successo nei principali aspetti della vita personale e professionale(2).

Il medico è contento se si favoriscono il suo stato di salute fisica e psichica, la sua capacità professionale, il suo status sociale, la sua leadership, la sua partecipazione all'organizzazione e gestione della sanità.

Molti medici oggi sono demotivati giacché:

- subiscono frequenti cambiamenti organizzativi spesso poco efficaci;
- non partecipano alle decisioni dei vertici aziendali;
- hanno scarso riconoscimento della loro autonomia e valore professionale;
- hanno un ruolo subalterno a quello dei politici e degli amministrativi;
- sono subissati di compiti burocratici ed esposti a rischi professionali;
- in maggioranza hanno salari inadeguati.(3)

La demotivazione esita spesso nel cosiddetto burn-out e nell'incuria della propria salute. Le cause di burn-out sono state identificate nei seguenti fattori:

- a. eccessivo lavoro: anche nelle ore notturne;
- b. lavoro cronicamente stressante dal punto di vista psicologico, che prevede spesso rilevanti impegni cognitivi;
- c. frequenti e rapidi cambiamenti della pratica medica e dell'organizzazione sanitaria (eccessivo lavoro burocratico, crescenti responsabilità, conflitto tra l'interesse del sistema e quello dei malati, ecc.);
- d. progressiva perdita di autonomia nei confronti del sistema, ma responsabilità sempre elevate;
- e. mancati riconoscimenti morali e materiali e scarse opportunità professionali;
- f. caratteristiche personali e di genere.1

Un medico su tre in qualche momento della vita viene colpito da burn-out che si manifesta con perdita di entusiasmo per la professione, senso di inutilità del proprio lavoro, cattivo rapporto con pazienti e colleghi.2

Le conseguenze del disagio dei medici si riflettono anche sull'organizzazione sanitaria attraverso:

- turn over aumentato;
- ridotta produttività ed efficienza (assenteismo, pensionamento anticipato);
- rapporti difficili con i pazienti, i colleghi, il sistema;
- ridotta qualità e sicurezza delle cure ai pazienti e loro insoddisfazione;
- maggior incidenza di malattie fisiche e mentali.

Tale disagio dei medici è correggibile, ma è necessaria molta ricerca per aumentare la generale consapevolezza e trovare i migliori modi di risolvere questo problema tanto importante per i medici, per i

malati e per il Servizio Sanitario Nazionale. Il burn-out non si combatte con l'evasione dal lavoro, ma con modificazioni organizzative che consentano al medico di curare, fare ricerca e insegnare con soddisfazione ma anche assecondino la sua aspirazione ad emergere, acquisire nuove tecniche e conoscenze, essere riconosciuto materialmente e moralmente per i suoi risultati e i suoi meriti². Purtroppo nelle Istituzioni pubbliche italiane siamo lontani da questi obiettivi e di fatto manca una politica delle risorse umane.

1. Wallace JR et al. *Physicians wellness: a missing quality indicator*. *Lancet* 374, 1714-21, 2009
2. Shanafelt TD et al. *The well-being of physicians*. *Am J Med* 114, 513-19, 2003
3. Mechanic D. *Replicating high-quality medical care organisations*. *JAMA* 303, 555-56, 2010

Allegato 8 - Gli standard delle prestazioni in sanità

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

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

La metodologia per definire gli standard parte dalla valutazione della realtà, lavoro che è stato fatto da Marco Campari per conto del Ministero della Salute nel 2007 (confronta: M. Campari. La variabilità dei consumi, riportato in G. Sirchia: "Spunti per una sanità migliore". Appendice A - girolamosirchia.org). Il lavoro tuttavia non è stato compiuto e non è più stato ripreso questo concetto fino ad oggi. Se si addivenisse alla realizzazione e controllo degli standard di quantità, qualità e costo dei Servizi Sanitari, i divari tra le Regioni sarebbero ridotti, non si verificherebbe più la riduzione impropria dei Servizi Sanitari erogati in alcune Regioni, la qualità sarebbe sotto controllo e anche il costo diverrebbe standard, eliminando quei divari per cui, ad esempio, un presidio sanitario costa in alcune aree del Paese il doppio di quanto pagato da altre ASL. Questo in realtà sta accadendo per i costi: i costi standard, di cui si sta discutendo, altro non sono che l'applicazione del principio suddetto alla valutazione economica. Tuttavia non si parla ancora di standard di quantità e qualità, che sono assolutamente indispensabili per garantire il value for money e, con esso, che ogni cittadino, ovunque viva, goda degli stessi diritti in termini di assistenza sanitaria.

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

Allegato 9 - L'aziendalizzazione della sanità'

In Italia ci siamo sforzati per anni di assimilare gli ospedali pubblici e le ASL ad Aziende, con l'intento primario di razionalizzarne l'organizzazione e la gestione e tenere sotto controllo la spesa. In effetti era necessario iniettare nel sistema sanitario più efficienza, ma i risultati di questa scelta, a distanza di un quarto di secolo dalla promulgazione delle leggi di riforma sanitaria 502/92 e 517/93, sono molto discutibili perché discutibile è proprio questa assimilazione.

Innanzitutto, come ha spesso ripetuto l'economista e aziendalista Marco Vitale "l'Ospedale non è un'Azienda, è un Ospedale". Infatti esso non opera in un vero regime di mercato né di concorrenza, in quanto non solo vi è ampia asimmetria di capacità contrattuale tra erogatori del servizio e consumatori e più spesso i primi operano in regime di monopolio, ma altresì l'ospedale pubblico e la ASL, alla stregua di altri servizi pubblici essenziali non possono fallire né permettersi di pareggiare il bilancio a scapito della quantità e qualità dei servizi erogati.

Peter Drucker, professore di management alla New York University(1) scriveva che l'ospedale è la più complessa organizzazione umana mai realizzata ed è forse il caso che le Aziende imparino dall'Ospedale piuttosto che il contrario, importando anche, oltre e al di là del pareggio del bilancio, i valori che i professionisti sanitari perseguono, quali fiducia del paziente, comunicazione onesta e completa, trasparenza, valore salute sul lungo termine, priorità per l'interesse del paziente, scelte basate sull'evidenza scientifica anche nel management, aggiornamento permanente e motivazione del personale, sua valorizzazione umana e professionale, insegnamento ai più giovani, ricerca scientifica, rispetto e ascolto dei professionisti da parte dei vertici ospedalieri(2).

Ma vi è un altro elemento che in Italia ha contribuito al risultato poco soddisfacente della aziendalizzazione in sanità: l'impostazione data alle Aziende sanitarie pubbliche, che è stata di tipo commissario più che non di un'Azienda moderna. Un Direttore generale nominato dalla Regione esercita un potere monocratico e risponde solo a chi lo ha nominato. Si tratta quindi di un vecchio schema di Azienda verticistica che oggi è stata abbandonata dal mondo imprenditoriale, in quanto si è capito che la linea di comando verticale senza coinvolgimento e valorizzazione del capitale umano è inadatta ai tempi moderni. Il personale di qualità è l'unico vero valore dell'Azienda: è necessario cercare, formare, motivare e trattenere questo personale coinvolgendolo sempre più (3), ma notoriamente la struttura pubblica non attua una moderna politica del personale. Un approfondimento di questo tema è disponibile nell'Allegato (ALL.).

L'Azienda sanitaria è un'Azienda di servizi erogati da professionisti sanitari, per loro natura autonomi interlocutori e avvocati dei pazienti. Se poi si considera che la Direzione generale a) è spesso di formazione estranea alla sanità e alla medicina, e quindi ha difficoltà a capire fino in fondo questi mondi e i loro valori, b) è di necessità legata al potere politico e c) ha come prioritario obiettivo il contenimento dei costi, si può comprendere come si sia arrivati a tagli della spesa e a soluzioni organizzative spesso infelici e dannosi, che hanno avuto l'effetto di mettere in difficoltà il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e la professione medica e infermieristica, con un crescente malumore della popolazione e del personale sanitario stesso(4).

Sono oggi molto sbiaditi i valori del SSN e anche l'etica del sistema è a rischio. Io credo che sia necessario aprire un nuovo capitolo della sanità, disegnando una diversa Azienda sanitaria, una sorta di "Azienda speciale" che vede l'amministrazione al servizio del personale e non ad esso sopra-ordinato.4 A mio avviso l'Azienda dovrebbe essere articolata in Dipartimenti diretti da un Capo Dipartimento medico il più possibile autonomo e responsabile anche della gestione organizzativa e finanziaria del suo Dipartimento: una volta negoziato il budget di quest'ultimo e fissati gli obiettivi di quantità e qualità dei risultati, l'autonomia organizzativa e gestionale del Dipartimento deve essere la più ampia possibile, ancorché sorvegliata regolarmente da controllo di gestione. Deve, in particolare, essere prerogativa del Dipartimento avere un proprio organico, acquisire o allontanare il personale, ordinare la spesa, e così via. Come sempre il binomio

poteri – responsabilità deve essere inscindibile se si vuole che ritornino una medicina e una sanità dei medici e non dei manager e degli amministrativi.

Il Capo Dipartimento è assistito da un collegio di direzione e da specialisti amministrativi, ma deve rispondere in prima persona del suo operato e dei risultati ottenuti. In tal modo l’Amministrazione centrale gli può delegare i poteri organizzativi e gestionali riservandosi di valutarlo in base ai risultati. Fondamentale compito del Dipartimento è anche quello di provvedere all’aggiornamento del personale con il sistema del Continuous Professional Developmentcfr(5) incentrato su un portfolio della capacità professionale, delle conoscenze e del comportamento, strumento fondamentale per la carriera dei professionisti, carriera che deve essere reintrodotta in quanto essenziale per motivare il personale e promuovere i più meritevoli. Il collettivismo e l’appiattimento che ci hanno impregnato per decenni deve finire in quanto dannoso all’interesse di tutti, sanitari e pazienti, nonché importante causa della demotivazione che pervade il personale. Anche la ricerca clinica e la didattica devono far parte del portfolio in quanto strumenti di motivazione e di carriera. In un parola tutto ciò serve a ridare ai medici e al personale sanitario tutto uno status sociale che il sistema attuale ha sminuito e senza il quale non può esistere buon sanità. E’ oggi ampiamente dimostrato che solo un personale soddisfatto e motivato consente un buon servizio sanitario(6). Esso inoltre consente il contenimento della spesa attraverso soluzioni organizzative che non intaccano la qualità di servizi, ma anzi la migliorano. Nuovi percorsi come la Medicina di Iniziativa o nuove soluzioni organizzative come la Casa della Salute, il POT, il Walk-in Centre (vedi blog girolamosirchia.org) non possono decollare senza l’attiva e motivata partecipazione del personale sanitario. Molte di queste soluzioni sono state avviate in altri Paesi, ma è fondamentale conoscerle, studiarle e capirle, internazionalizzando di più la nostra sanità e apprenderla maggiormente agli apporti di conoscenza e cultura che possono e devono derivare dalle esperienze dei pazienti e dalle professioni italiane e straniere. Una sperimentazione organizzativa e gestionale di questa nuova Azienda sanitaria potrebbe consentirci di superare i vincoli normativi esistenti e affinare il modello e i suoi strumenti. E’ verosimile che riportando la sanità nelle mani dei medici e del rimanente personale sanitario che lavora in prima linea si possa rimediare a una situazione che non sembra capace di contenere i crescenti costi attraverso un miglioramento della qualità dei servizi e della relativa spesa anziché attraverso continui tagli lineari(7).

Sempre che i medici sappiano correggere alcuni loro comuni difetti, quali personalismo, narcisismo, conflittualità, insufficiente attenzione e collaborazione con i pazienti e i colleghi e rifiuto di diverse responsabilità manageriali di tipo organizzativo e gestionale.

1. Citato da 2.
2. Wiersinga WJ, Levi M. *What other industries can learn from health care*. JAMA Intern Med 176, 425-26, 2016.
3. Covey SR. *La leadership centrata su principi*. Franco Angeli Editore 2009, pp. 174-177.
4. Kmietowicz Z. *BMA: take politics out of NHS*. BMJ 334, 969, 2007.
5. Sirchia G. *Spunti per un sanità migliore*. Piccin Ed. 2011, p. 76.
6. Shanafelt TD et al. *The well being of physicians*. Am J Med 114, 513-19, 2003.
7. Ham C. *The Conservative Party’s policies on health*. BMJ 338, 1342-43, 2009.

Considerazioni per i 40 Anni del NITp

Celebrando i 40 anni del NITp, penso che il suo successo sia legato in gran parte ai seguenti fattori:

1. ha rappresentato sempre una piattaforma al servizio dei numerosi specialisti che intervengono nel prelievo e nel trapianto di organi. Ha funzionato facilitando l'organizzazione e i contatti tra le équipes, gestendo le liste di attesa e i test immunologici e immunogenetici, ma anche facilitando l'incontro periodico degli specialisti riuniti in gruppi di lavoro. Le procedure adottate dall'intera organizzazione scaturiscono dall'accordo raggiunto da questi incontri, e la loro revisione periodica ne assicura l'aggiornamento continuo. Non quindi una struttura di vertice, ma costituita e gestita dagli operatori stessi, utilizzando un Centro di servizi divenuto successivamente il Centro di Riferimento Interregionale;
2. è stato ed è un esempio di organizzazione multi-disciplinare e multi-professionale, giacché ha visto il contributo paritetico di vari specialisti medici, con infermieri, dirigenti regionali, amministratori ospedalieri, giornalisti, esperti di logistica e di presidi medici, ma anche di alcuni assessori alla sanità regionali come Rivolta e Melotto, che sostennero l'affermazione del NITp. Tutti hanno lavorato insieme con il rispetto delle rispettive competenze, con ammirabile lavoro di squadra;
3. l'origine stessa del NITp è stato un esempio di aperta e intelligente collaborazione. La mia proposta del 1974 ai Professori Edmondo Malan e Piero Confortini (grandi chirurghi del trapianto) di delegare l'organizzazione del trapianto (e quindi le liste d'attesa e la scelta dei pazienti da trapiantare!) ad una struttura terza che non aveva propri pazienti nasceva dal fatto che già all'origine del prelievo e del trapianto serpeggiavano malumori e sospetti circa i pazienti che i chirurghi autonomamente sceglievano per trapianto e i sospetti erano particolarmente accesi anche sul prelievo di organi e sulla morte cerebrale. Feroci campagne di stampa e movimenti di opinione mettevano a serio rischio la pratica del prelievo e del trapianto. Questi grandi chirurghi, leader della trapiantologia italiana, ci accordarono la loro fiducia (di cui vado orgoglioso anche oggi) e nacque il NITp;
4. l'internazionalità del NITp e dei suoi componenti ci portò in contatto con i Centri e le Organizzazioni di trapianto di tutto il mondo, ove acquisimmo rispetto e considerazione. Siamo stati sempre presenti in tutti i principali tavoli europei e americani e abbiamo collaborato a costruire con loro le loro e le nostre decisioni. I pionieri del trapianto sono stati nostri amici e maestri;
5. il NITp è stato una piattaforma non solo organizzativa ma anche scientifica, e numerose sono state le ricerche di tipo collaborativo che sono state pubblicate e che hanno contribuito allo sviluppo e crescita della trapiantologia;
6. il cemento che ha legato insieme le centinaia di persone che hanno costituito il NITp è stato l'amore per il proprio lavoro. Ne è nato un mondo nuovo, una organizzazione multidisciplinare e multi-regionale costruita sulla fiducia e stima reciproche, sull'autorevolezza professionale, sull'innovazione organizzativa e gestionale.

Oggi il NITp continua la sua attività: sono cambiati molti uomini e molte situazioni, ma i valori costitutivi restano, restano le collaborazioni e tutti i presupposti del suo successo.

Il NITp è stato e resta un motore della trapiantologia, della sanità e della salute pubblica italiane.

In merito segnalo un pensiero del dr. Sergio Harari pubblicato sul "Corriere della sera" Milano