

Girolamo Sirchia

Pensieri sani

Vol. 1



Centro Trasfusionale Ospedale Maggiore Policlinico Editore

2013

In copertina

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

Indice

SANITÁ.....	5
Salute pubblica.....	6
Servizi sanitari.....	17
La professione medica.....	37
SALUTE.....	53
Attività fisica – Alimentazione – Obesità.....	54
Tabacco.....	66
Anziani.....	79
Cardiovascolare – Ipertensione – Diabete.....	82
Tumori.....	87
Farmaci – Vaccini – Altre terapie.....	91
PENSIERI.....	100
Hanno detto.....	112

Milano, febbraio 2014

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

Salute pubblica

La salute pubblica* non è sufficientemente tutelata

I nostri tempi sono caratterizzati dalla distribuzione di massa di molti prodotti di consumo. Nel campo dei prodotti alimentari poche grandi compagnie multinazionali producono alimenti di scarso valore nutritivo, ma altamente gradevoli al gusto e fortemente calorici, che vengono serviti al pubblico in grandi porzioni, a basso costo e capillarmente, sostenuti da una pubblicità abilmente confezionata e martellante. I bambini sono il *target* preferito dalla pubblicità in quanto:

- 1) più presto si inizia a consumare il prodotto, più alta è la probabilità che si continui a consumarlo negli anni futuri
- 2) condizionano le azioni dei loro genitori e parenti
- 3) sono molti e sono meno critici sui messaggi che la pubblicità propina loro (cfr. Hastings G – *Why corporate power is a public health priority*. BMJ 345, 26-29, 2012).

La responsabilità sociale di queste multinazionali è molto alta, in quanto le conseguenze di questo tipo di alimentazione sulla salute sono assai negative: in particolare essa è la principale responsabile dell'epidemia di obesità che stiamo osservando in tutto il mondo, con il suo carico di complicanze e di relativi costi sanitari e sociali. Le multinazionali però non sono tenute a rispondere ai Governi dei danni provocati dalle loro strategie, ma rispondono solo ai loro azionisti che pretendono profitti sempre più ingenti. Le normative di tutti gli Stati (e dell'Unione Europea) privilegiano gli aspetti economici della vita e le attività industriali e commerciali, che hanno bisogno di ampi spazi di libertà per prosperare. Poche regole, liberi scambi, libertà quasi assoluta nella pubblicità. Quest'ultima non è tenuta né a fornire dati veritieri, né a rispettare la salute pubblica di grandi e piccini; le Aziende non sono tenute al rispetto di fasce deboli della popolazione né al rispetto della salute e dell'ambiente.

Il profitto che traggono a spese del bene comune è evidente, ma esse mascherano questa evidente responsabilità pubblicizzando il cosiddetto bilancio sociale, ossia l'investimento di risorse più o meno conspicue in opere di bene, quali il sostegno ai bambini del Terzo Mondo, la lotta ai tumori, ecc.

I danni che la nostra società sta subendo per questo fenomeno industriale e commerciale sono incalcolabili, e solo timidi sono i tentativi che essa adotta per difendersi e por fine a questo sistema. L'esempio forse più importante è costituito dalla *Convention del WHO contro il tabacco*, ossia un accordo della maggior parte degli Stati del mondo a recepire e applicare azioni di contrasto all'uso del tabacco. Ma molto resta ancora da fare.

Innanzi tutto far capire ai giovani e alle popolazioni quali sono i rischi ed i costi di non investire nella salute pubblica e nella sua protezione. Secondo, far conoscere con il *marketing sociale* le responsabilità di chi attenta per lucro alla salute dei popoli e all'ambiente. Terzo, porre limiti alla pubblicità, specie a quella rivolta ai bambini, e obbligarla alla veridicità dei messaggi, punendo quelli fuorvianti o palesemente non veritieri.

Esemplare l'iniziativa del *Sindaco Bloomberg* a New York City per contrastare il fumo e l'assunzione dei cibi cosiddetti cibi-sazzatura (*junk food*). Se l'umanità vuole evitare conseguenze catastrofiche bisogna che la popolazione capisca che la salute pubblica deve venire considerata almeno alla pari dell'economia, dei mercati e dei profitti, e deve essere protetta dai Governi molto di più di quanto oggi avviene (Lang T, Rayner G – *Ecological public health. The 21st century's big idea?* BMJ 345, 17-20, 2012).

* La salute pubblica è la scienza e l'arte di prevenire le malattie, allungare la vita, promuovere la salute e la validità attraverso uno sforzo organizzato della comunità per sanificare l'ambiente, controllare le malattie trasmissibili, educare gli individui all'igiene personale, organizzare i servizi sanitari (medici ed infermieristici) per effettuare la diagnosi precoce ed il trattamento preventivo delle malattie, lo sviluppo della macchina sociale che assicuri ad ognuno un adeguato standard di vita, così da mantenere la salute attraverso una organizzazione capace di garantire a ciascun cittadino il suo diritto congenito alla salute e alla longevità (Winslow CE. *The untilled fields of public health*. Science 1920;51:23-33)

Le sette regole per la salute degli adulti

Le sette regole per la salute degli adulti di Lester Breslow^(1,2)

1. Poco alcool
2. Non fumare
3. Esercizio fisico regolare
4. 8 ore di sonno al dì
5. Pasti regolari senza assunzione di cibi fuori pasto
6. Peso corporeo normale
7. Regolare consumo del breakfast

Un'indagine ha dimostrato che una persona di 60 anni che segue tutte le sette regole possiede la salute di una di 30 anni che segue solo due regole e che un uomo di 45 anni che segue almeno sei delle sette regole ha un'attesa di vita che è di 11 anni più lunga di quella di un coetaneo che segue solo tre regole o meno.

1) Belloc NB, Breslow L, Hochstim JR. *Measurement of physical health in a general population survey.* Am J Epidemiol 1971;93:328-36

2) Belloc NB, Breslow L. *Relationship of physical health status and health practices.* Prev Med 1972;1:409-21

La salute pubblica è legata all'ecosistema

Il ruolo della salute pubblica è di assicurare alle popolazioni condizioni atte a vivere in salute; essa quindi ha il compito di proteggere tali condizioni nel tempo e attraverso le generazioni, evitando discriminazioni nei confronti di gruppi attuali o futuri circa i determinanti fondamentali della salute, ossia condizioni igieniche, abitazione, educazione, lavoro, servizi di welfare, sanità e, indirettamente, ambiente; infatti la crescita economica con l'uso di energia fossile e agricoltura industriale sta danneggiando in modo grave il sistema biofisico della terra, con rischi catastrofici soprattutto per la vita delle future generazioni.

(Graham H. Ensuring the health of future populations. BMJ 345, 9, 2012)

Consumismo e danni alla salute

La continua crescita della popolazione e la crescita dei consumi (in parte fisiologica, in parte indotta dalla pubblicità e dalla pressione sociale e quindi inutile) comportano una crescente quantità di rifiuti che danneggiano la biosfera e divengono insostenibili e incompatibili con il benessere del pianeta: CO₂ ed effetto serra conseguente sono in particolare un preoccupante rifiuto che rischia di generare disastri planetari. Quindi secondo Pallante non bisogna più premere sulla crescita dei consumi, ma sul loro ritorno ai consumi necessari, facendo cessare tutta quella serie di danni ambientali e sociali che il consumismo genera a vantaggio del profitto di alcuni, ma a danno della salute e della fisiologia di tutti.

La politica avveduta non dovrebbe quindi più parlare di crescita e di investire sulla devastazione del territorio, ma incentivare al ritorno della società ai ritmi naturali, all'agricoltura, al rispetto dell'ambiente e del suo verde, ai consumi essenziali, alla riparazione delle macchine anziché alla loro sostituzione, al risparmio energetico e di acqua; in una parola ad amare il creato.

Cause e rimedi della crisi economica e ambientale

da Giorgio Osti, Professore di Sociologia dell'Ambiente, Università di Trieste
(G. Osti. Scarsità del lavoro e crisi ecologica. L'urgenza di riformulare i nostri scenari, Aggiornamenti sociali maggio 2013, pp. 374-383)



RIMEDI

- ➊ PIÙ LAVORI PUBBLICI (SCAVARE BUCHE SECONDO KEYNES) → OGGI IMPOSSIBILE PER I VINCOLI DI SPESA
- ➋ { LAVORI ABBANDONATI (AGRICOLTURA FAMIGLIARE, ARTIGIANATO, ASSISTENZA) → INVESTIRE NELLA SCUOLA PROFESSIONALE
RICONSIDERAZIONE DEI FINI DELL'ECONOMIA (L'UOMO E L'AMBIENTE) E DELLA SUA ETICA
PRODUZIONE DI BENI SOLO A BASSO IMPATTO AMBIENTALE (MEDIAZIONE SOCIETÀ-NATURA)}

L'Autore riconduce la causa della crisi economica e quella della parallela crisi ecologica al cattivo uso del capitale, che viene finalizzato al profitto irrispettoso dell'uomo e delle sue vere necessità. Ciò spiega l'eccessiva produzione di beni di consumo superflui, che è a tutti gradita perché genera occupazione. Sul lungo termine, tuttavia, la iperproduzione satura i mercati e le merci restano invendute: è il caso delle automobili, degli elettrodomestici. Allora i produttori entrano in crisi, i lavoratori perdono il posto di lavoro, i consumi calano. Nel frattempo anche l'ambiente è stato danneggiato: la iperproduzione e il consumismo (favoriti anche dall'ampia disponibilità di energia fossile) hanno sviluppato l'agricoltura industriale a danno di quella familiare, i terreni si sono impoveriti e desertificati, si è dato spazio agli allevamenti che inquinano l'ambiente, ma soddisfano il bisogno di produrre enormi quantità di carne perché la gente vuole iperalimentarsi (e di conseguenza sviluppa patologie cardiocascolari, diabete, etc.), enormi derrate alimentari vengono importate da paesi lontani, e la loro qualità diviene di fatto poco controllabile con consequenti pericoli per la salute pubblica. Iperproduzione quindi che, oltre a terminare in crisi economica, genera anche crisi ecologica (data la enorme quantità di rifiuti solidi, liquidi e gassosi che vengono prodotti) per i danni inferti alla terra. I rimedi consistono nel ritorno ad un'etica del profitto che sia rispettosa dell'uomo e dei suoi veri bisogni, ponendo fine al consumismo.

I sussidi all'agricoltura vanno ripensati

I sussidi governativi ed europei agli allevatori di bestiame contribuiscono al sovrappeso delle popolazioni attraverso la produzione di cibi molto energetici a basso costo. Anche i sussidi all'agricoltura industriale (che produce mangime per gli allevamenti e oli vegetali) hanno questa responsabilità. Al contrario le piccole aziende agricole, che producono frutta e verdura, ricevono ben pochi sussidi. Ciò ha fatto sì che al contrario dei grassi e degli oli, i prezzi della frutta e della verdura siano saliti di molto. E' ora di cambiare questa strategia:

- 1) incrementando l'accesso ai cibi locali salutari (filiera corta e vendite dirette)
- 2) aumentando i cibi salutari nelle mense pubbliche
- 3) finanziando la produzione di cibi salutari così da ridurne il prezzo
- 4) finanziando le piccole aziende agricole ed i loro prodotti.

Questi ed altri provvedimenti sono parte di un piano di miglioramento della salute pubblica e di contrasto all'epidemia di sovrappeso ed obesità, che deve anche includere una incessante campagna di informazione della popolazione sui rischi di una alimentazione non salutare.

(Grandi SM, Franck C. Agricultural subsidies. *Arch Int Med* 172, 1754-55, 2012)

L'inquinamento è causa di patologia cardiovascolare

In USA una persona muore di patologia cardiovascolare ogni 39 secondi. Le cause di tale patologia sono per il 70% modificabili: ipertensione, dislipidemia, diabete, fumo di tabacco, obesità, inattività fisica, tipo di alimentazione. Recentemente si è scoperto che anche alcuni fattori ambientali possono causare patologia cardiovascolare: il tasso di polveri ultrasottili nell'aria e il contenuto di alcuni prodotti chimici (come l'acido perfluorooctanoico) negli alimenti, nell'acqua e nell'aria sono alcuni di questi agenti causali. L'acido perfluorooctanoico è ampiamente usato nell'industria e si ritrova nel sangue della maggior parte degli abitanti dei paesi industrializzati.

(Shonkar A et al. Perfluorooctanoic acid and cardiovascular disease in US adults. *Arch Int Med* 172, 1397-1405, 2012)

Resistenza agli insetticidi

Le zanzare stanno diventando resistenti agli insetticidi. Questi appartengono a 4 classi (piretroidi, organoclorinati, organofosfati, carbamati), ma finora i piretroidi hanno dato i risultati migliori. Oggi questi stanno diventando inefficaci con il rischio che vi sia una ripresa della malaria nei Paesi che ne sono affetti

(www.who.int/malaria/en/)

Pericoli da radiazioni ionizzanti a bassa dose

Nei lavoratori adibiti a risanare l'area di Chernobyl si è notato che l'incidenza di leucemia, e in particolare di leucemia linfatica cronica, è molto più alta dell'atteso. La causa è da ricercare nell'esposizione a basse dosi di radiazioni ionizzanti. Questo dato deve essere tenuto ben presente prima di esporre i pazienti a esami clinici, specie di bioimmagine.

(Zablotska LB et al. *Environ Health Perspect.* doi:10.1289/ehp.1204996, 2012)

La sequenza del genoma

La sequenza del genoma, ossia la lettura completa di quei circa 3,2 miliardi di doppie basi di DNA che fanno di ogni uomo un individuo unico, e la sequenza degli esoni (ossia delle regioni genomiche che codificano le proteine e che sono circa l'1% del genoma totale) ancora non consentono di personalizzare la medicina in modo soddisfacente, anche se le nostre conoscenze stanno avanzando.

(Kitsios GD, Kent DM. *Personalised medicine: not just in our genes.* BMJ 344, 27-29, 2012)

Laviamoci le mani

La prima misura necessaria ad assicurare la sicurezza dei pazienti è l'igiene delle mani del personale sanitario. L'Organizzazione Mondiale della Sanità fin dal 2005 ha lanciato il programma “Salva vite umane: lavati le mani”. Su questo importante punto bisogna insistere senza sosta e tutti, pazienti compresi, devono farsi parte attiva.

(Stone S et al. *Keeping hand hygiene high on the patient safety agenda.* BMJ 346, 6, 2013)

L'insonnia elettronica

Guardare la TV, controllare le e-mail o lavorare al computer dopo cena possono determinare “insonnia elettronica”, in quanto sono causa di stress ed emettono luci che interferiscono con il sonno.

(BMJ 346, 38, 2013)

I provvedimenti per la salute di NYC

- Divieto di fumo nei locali pubblici
- Limitazioni all'uso dei trans fats
- Indicazione del contenuto calorico dei cibi nei menu delle catene di ristorazione
- Riduzione del volume delle confezioni di bevande zuccherate

Tutto ciò è stato possibile grazie al coraggio e alla sensibilità del Sindaco Bloomberg.

La speculazione sulle malattie

I risultati della ricerca in medicina sono troppo spesso distorti o ignorati per ragioni commerciali. Ciò comporta non solo sprechi di denaro, ma anche pericoli per i pazienti a causa degli eventi avversi che derivano dalle pratiche inutili. Recentemente si è tenuta a Washington DC una Conferenza internazionale su questo tema (www.sellingsickness.com) al fine di studiare come modificare questo sistema pernicioso. E' stato redatto un Piano d'Azione contro le pratiche improprie, che inizia dal divieto di pubblicità di farmaci e diagnostici diretta al grande pubblico e continua con la promozione di un giornalismo più responsabile e un divieto di pubblicità ingannevole.

Vi è oggi una crescente necessità che gli interessi commerciali non danneggino la salute pubblica, ed è auspicabile che tutte le persone responsabili si impegnino in questa campagna.

(*Tiefer L et al. A call to challenge the “Selling Sickness”. BMJ 346, 8, 2013*)

L'austerità e la sanità

Se l'austerità fosse stata sperimentata con i criteri scientifici usati per i farmaci, la sperimentazione sarebbe stata interrotta a causa dei suoi deleteri effetti collaterali (David Stuckler, economista politico). Questi sono molteplici: in Grecia, Spagna, Italia, Portogallo e Irlanda il numero dei suicidi è raddoppiato, le malattie mentali e quelle legate all'uso di alcol e droga sono cresciute. La malaria è riapparsa in Grecia dopo che la disinfezione è stata ridotta. La mortalità infantile è aumentata. Le limitazioni imposte al Servizio Sanitario, oltre alla crescente disoccupazione e indebitamento delle persone, dovrebbero essere valutate per le loro future implicazioni; è possibile che i provvedimenti che riducono la spesa oggi comportino domani costi assai elevati.

(*Brand H et al. Austerity policies in Europe. Bad for health. BMJ 346, 7, 2013*)

Responsabilità dei Governi sulla salute

I Governi hanno il dovere di implementare efficaci misure di salute pubblica, aumentare l'informazione al pubblico e ai decisori, proteggere la popolazione dai pericoli, promuovere le pratiche salutari, creare un clima favorevole ai comportamenti salutari. Questo è infatti un investimento con alto ritorno anche economico, assai maggiore di quello che si verifica consentendo agli interessi di singoli gruppi di attuare e promuovere pratiche commerciali che contrastano con la salute pubblica.

(*Frieden TR. Government's role in protecting health and safety. N Engl J Med 368, 1857-59, 2013*)

Gli stili di vita salutari

Si sente spesso parlare di stili di vita salutari e si annette a questi una grande importanza per conservare la salute e ridurre i danni dell'invecchiamento. Ma cosa sono in sintesi questi stili di vita? Che dobbiamo fare per rispettarli? Ecco un decalogo di regole pratiche da seguire senza troppi sacrifici.

- 1) Non fumare. Il fumo di tabacco è la più importante causa di malattie e di morti prevenibili giacchè è tossico per tutti i tessuti dell'organismo. Se non si fuma, non si corrono questi rischi e a qualunque età smettere di fumare allunga la vita. Ricordatevi sempre che fumare è una pratica di autolesionismo che denuncia debolezza di carattere e inconsapevolezza, difetti comuni a tutte le assuefazioni (droghe, gioco d'azzardo, eccesso alimentare che siano).
- 2) Controllare ogni settimana il peso corporeo e il girovita e registrare su un foglio a quadretti (meglio se in grafico) date e valori. I valori ideali per la massa corporea (che viene rappresentata dall'indice definito come rapporto tra peso corporeo in kg diviso il quadrato dell'altezza, espresso in metri) sono compresi tra 22 e 24 (esempio: uomo del peso di 76 kg e m 1,78 di altezza; l'indice risulta $76/1,78 \times 1,78 = 23,98$), mentre l'ideale girovita (che si misura con un metro da sarta tenuto ben orizzontale, appena al di sopra delle creste iliache, ad addome rilassato) è di circa 90 cm per l'uomo e 80 cm per la donna.
- 3) Ridurre grandemente od eliminare lo zucchero, i dolci, le bibite con zuccheri aggiunti e gli alcolici. Riso, pane, pasta e patate non più di una o due volte la settimana in piccole porzioni (circa 70 g).
- 4) Eliminare o ridurre grandemente i grassi animali (insaccati di tutti i tipi, formaggi, burro, latte intero, carni grasse; sono ammessi latte scremato e ricotta di mucca in piccole quantità) e i grassi vegetali saturi (è ammesso solo l'olio di oliva in piccola quantità e possibilmente non cotto, ma aggiunto a fresco; ricordate che un cucchiaio da tavola di olio d'oliva apporta ben 100 Kcal).
- 5) Nutrirsi prevalentemente con verdure (tutte, ad eccezione delle patate) e frutta poco zuccherina (arance, mele, pere, pesche, etc.). Carne, riso o pasta solo saltuariamente in piccole porzioni, cucinate in modo semplice. Il peso corporeo e il girovita ci daranno la misura del nostro tenore alimentare: se il peso cresce, vuol dire che le porzioni sono troppo grandi e devono essere ridotte.
- 6) L'esercizio muscolare è indispensabile, perché il muscolo che si contrae libera sostanze che regolano il metabolismo, riducono la glicemia e la resistenza all'insulina (e quindi prevengono o correggono il diabete), riducono la pressione arteriosa, migliorano la funzione del cuore e dei polmoni (cioè la cosiddetta fitness cardiovascolare). Il miglior esercizio muscolare è quello aerobico associato alla potenza: ad esempio camminare in salita. Non è necessario andare in palestra o fare jogging: basta fare le scale a piedi, ignorando l'ascensore, o anche camminare velocemente in piano per un'ora al giorno. L'importante è che il movimento fisico sia giornaliero o quasi e sia di tale intensità da accelerare leggermente i battiti del cuore e comportare lieve sudorazione. Siccome all'inizio non si è allenati, bisogna cominciare con tempi e sforzi ridotti, crescendo progressivamente fino ad arrivare a regime in 2-4 settimane. Evitate sempre gli sforzi fisici eccessivi, specie se sporadici: jogging, tennis, palestra una volta ogni tanto possono essere pericolosi e vanno evitati. La metodicità è la virtù più utile. Ricordate che l'esercizio fisico moderato non è molto utile per perdere peso (al contrario di quello intenso prolungato), ma è fondamentale per assicurare un buon metabolismo e una buona funzione cardiovascolare. Ricordate anche che la frequenza cardiaca massima che non dovete superare è pari al 75% di 220 meno l'età in anni. Se avete 60 anni ($220 - 60 \times 3/4 = 120$ al minuto). È superfluo ricordarvi che l'esercizio in mezzo al traffico cittadino non è salutare e va evitato.

7) Riducete fortemente l'aggiunta di sale e di tutte le sostanze insaporenti ai cibi. Il sapore può essere ottenuto con erbe aromatiche (origano, basilico, menta, rosmarino, etc.) anziché con grassi e sale. Tutti i cibi confezionati contengono troppo sale, troppi grassi saturi e trans e composti chimici vari e vanno quindi temuti. Cucinatevi da soli quelle piccole cose che servono a nutrirsi bene. Se avete la possibilità di coltivare un piccolo orto (bastano pochi m²) otterrete due grandi vantaggi: disponibilità di verdure non inquinate da sostanze tossiche usate dall'agricoltura industriale e l'esercizio fisico ottimale per la forma fisica.

8) Prestate molta attenzione a quanto e cosa mangiate se frequentate mense e ristoranti, specie se pranzate in compagnia. Si rischia di mangiare male e bere molto, perché stare a tavola in allegria oppure per affari riduce l'attenzione e il controllo che sempre dobbiamo esercitare quando ci alimentiamo, così da scegliere bene la quantità e la qualità dei cibi ingeriti. A tavola usate i seguenti accorgimenti:

- 8.1. servite porzioni piccole in piatti piccoli: la quantità di cibo sembrerà maggiore;
- 8.2. portate alla bocca bocconi piccoli e masticate a lungo; ciò aiuterà anche la digestione, giacchè "prima digestio fit in ore";
- 8.3. non offrite né accettate di fare bis;
- 8.4. non mangiate mai fuori pasto e non assumete mai bibite zuccherine o aperitivi con relativi stuzzichini;
- 8.5. se avete sete, non bevete vino, ma acqua fresca (non gelida). Il vino va solo degustato e quindi assunto solo ai pasti in piccole quantità (mezzo bicchiere, cioè circa 100 mL);
- 8.6. al ristorante non ordinate tutto il pasto all'inizio: riservatevi di scegliere il secondo dopo aver consumato il primo piatto. Il primo piatto ideale è costituito da verdure che non sono solo la classica insalatona cruda, ma anche ricette semplici come la seguente ratatouille semplificata:
tagliate a dadi 2 melanzane, 2 zucchine, 2 cipolle di Tropea, 2 pomodori, disponeteli in una teglia da forno sopra un foglio di carta da forno e cuocete in forno a 160° per 20 min. Aggiungete una foglia di basilico, 1 cucchiaiolo di olio d'oliva, 1 pizzico di sale e servite.
È un ottimo primo piatto e addirittura un piatto unico, se assunto alla sera. Anche la verdure grigliate o i cetrioli possono essere un buon inizio di pasto, se piacciono, per non parlare di tutte le verdure cotte (spinaci, carciofi, erbette, insalate), eventualmente saltate in padella con un cucchiaio di olio di oliva dopo essere state cotte a vapore;
- 8.7. il self service è molto pericoloso, perché si tende ad assumere porzioni molto più grandi del necessario e ad assumere velocemente un numero più elevato di cibi. E' noto infatti che una grande offerta genera sempre una domanda elevata;
- 8.8. lo sforzo fisico riduce la fame. Se la fame vi tormenta, salite 4 piani di scale a piedi: può aiutare.

9) non esistono miracolosi metodi per dimagrire. Non seguite diete raccomandate dalla pubblicità o dagli amici, non assumete farmaci o integratori. Si tratta di pratiche non solo poco utili, ma spesso dannose. Si dimagrisce e soprattutto si mantiene il risultato solo con la riduzione sistematica delle porzioni ingerite e attenendosi al tipo di cibi più sopra raccomandati. In questo settore le informazioni ingannevoli sono più frequenti che mai, sia per ragioni commerciali, sia per credenze false o mai dimostrate. Ricordatevi che non esistono scorciatoie: servono, come sempre, consapevolezza e conoscenza dei fatti, unite a volontà di raggiungere gli obiettivi che ci siamo dati. Il calo ponderale ben programmato si aggira intorno a 2-3 kg al mese e ciò vale per tutte le persone. Chi non perde peso, vuol dire che mangia troppo e/o male: non esistono di regola difetti ormonali, ossa pesanti, metabolismo rallentato o altre amenità. Chi non perde peso, non segue uno stile alimentare corretto e deve rivedere la sua dieta. Un vecchio adagio recita che "ciò che non strozza ingrassa". Non è proprio così, ma quasi.

10) la vita sedentaria (ore sedute in ufficio e poi a casa davanti alla televisione o davanti al computer) accorcia la vita e spegne anche le capacità cognitive. La televisione è spesso dannosa, sia perché ci propina messaggi spesso impropri, sia perché ci fa perdere tempo a scapito di altre e più munifiche attività culturali o fisiche, che aiutano a prevenire anche malattie della mente (ad esempio la depressione) e quelle degenerative cerebrali (demenza). Ogni giorno pensate, leggete, scrivete, incontrate gli amici e non fatevi ipnotizzare dalla

televisione o dai social network (in particolare dai giochi anche d'azzardo) che sono fra l'altro una delle sorgenti dei mali della nostra società (consumismo, cattivi comportamenti sociali). Chiudete la televisione e il computer e applicatevi ad attività fisiche e mentali. Migliorerete presto il vostro benessere psicofisico.

Conclusioni

Seguendo questo decalogo eviterete molti mali, ridurrete il danno dell'invecchiamento, sarete più vigorosi e vigili. Non pensate che sia poi tanto difficile seguirlo: gli umani sono abitudinari e quando vi sarete abituati a questi stili di vita vi sarà più facile e naturale seguirli. Vigilate però sempre sul vostro comportamento e non fatevi coinvolgere dai cattivi consigli di chi vi circonda: fumare, bere smodatamente (ricordate la famosa gara dei grappini nella quale vince chi ingolla un maggior numero di bicchierini e paga chi perde?), mangiare eccessivamente non è divertimento, ma solo abbruttimento che si paga caro in termini di salute.

Qualità delle cure

L'Affordable Care Act prevede una Strategia Nazionale per la Qualità che interassi, monitorizzi e migliori di continuo sei aree:

- cure cliniche
- esperienza e coinvolgimento dei pazienti
- salute pubblica
- sicurezza
- coordinazione delle cure
- costo ed efficienza

La Tabella illustra alcuni esempi di misura attuali e ideali.

Table. National Quality Strategy Domains: Current and Future Measure Examples

Quality Dimension ^a	Examples	
	Current Measures	Future Measures
Safety	Central-line infections; claims-based health care-acquired conditions	All-cause patient harm including clinical data
Care coordination	Care transitions measure (3-item patient report); hospital readmissions	Readmissions across settings; care transition composite; patient-reported care coordination across settings
Clinical care	Setting-specific clinical process of care measures by condition	Patient-centered and patient-reported outcome measures; outcome measures for patients with multiple chronic conditions
Population and community health	Smoking; immunizations	Determinants of health; reduction in disparities
Patient experience and engagement	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) surveys	Multimodal collection of patient experience; shared decision making and engagement
Cost and efficiency	Cost for individual episodes around hospitalization	Costs across episodes with shared accountability; total cost of care for populations

^aAdapted from the US Dept of Health and Human Services.¹

La misurazione di ciò che viene fatto è indispensabile per migliorare la qualità delle cure riducendo le spese inutili.

(Conway PH et al. *The future of quality measurement for improvement and accountability*. JAMA 309, 2215-16, 2013)

Servizi sanitari

Come controllare la spesa sanitaria

Per porre un freno alla crescita della spesa sanitaria il *Center for American Progress* ha formato un Gruppo di esperti, che hanno avanzato le seguenti proposte:

1. gli Stati vengono premiati se pubblicizzano le misure di qualità, accesso e costo dei servizi e dimostrano una buona performance;
2. il pagamento di medici e ospedali deve essere a caso trattato e omnicomprensivo, includendo anche la riabilitazione e le cure post-dimissione (fino a 3 mesi);
3. i prezzi di molti prodotti e strumenti sono eccessivi ed è necessario aumentare la competizione tra i fornitori;
4. le misure della qualità e dei costi devono essere fatte in modo standard, pubblicizzate e ben illustrate ai pazienti;
5. appena stabiliti i sistemi di reporting della qualità, gli Stati (Regioni) devono utilizzare l'accreditamento (strategic purchasing) per ammettere al finanziamento solo gli erogatori di servizi migliori (e in numero ottimale);
6. i costi amministrativi sono troppo elevati (in USA rappresentano il 14% della spesa sanitaria) vanno ridotti ridisegnando il sistema e usando le tecnologie informatiche;
7. dato che i costi degli stessi servizi variano moltissimo tra le realtà sanitarie anche della stessa area geografica: bisogna rendere pubblici questi costi e applicare misure correttive adeguate, confrontando anche la qualità e i volumi delle prestazioni;
8. bisogna ridurre i costi della medicina difensiva. A questo scopo bisogna convincere la società e i giudici che i medici che si attengono a linee guida ufficiali non devono essere ritenuti responsabili di malpratica.

Conclusioni

Le opzioni che lo Stato ha a disposizione per controllare la spesa sanitaria sono i tagli lineari di spesa o il trasferimento di quest'ultima ai pazienti. Il Gruppo di esperti ritiene che le proposte più sopra avanzate costituiscono un terzo e più utile modo per raggiungere l'obiettivo.

(*Emanuel E. et al. A systematic approach to containing health care spending. NEJM 367, 349-54, 2012*)

Salute pubblica ed economia

Salute pubblica, miglioramento dei determinanti sociali e equità intergenerazionale sono strettamente legati non solo alla salute, ma anche all'economia della nazione. I problemi legati a questi ambiti vanno quindi considerati insieme e affrontati con priorità se si vuole contribuire al miglioramento del benessere della collettività.

(*Graham H. Ensuring the health of future populations. BMJ 345, 9, 2012*)

Interferenze pericolose

Il compito dei governi (centrale o territoriale) è di concentrarsi sulle misure di salute pubblica (ossia di salute delle popolazioni) e non sui problemi di salute dei singoli pazienti che sono più propriamente compito dei medici e degli altri erogatori di servizi sanitari, che sono vincolati ai valori etici e professionali, inclusa l'evidenza scientifica della loro pratica clinica. Una società ben ordinata deve temere l'interferenza dei legislatori e della magistratura nella pratica clinica e nella professionalità medica.

Weinberger SE et al. Legislative interference with the patient-physician relationship. NEJM 367, 1557-59, 2012

I maggiori problemi della sanità oggi

Costi in aumento

1. Diseguaglianze di quantità e qualità dei servizi erogati
2. Difficoltà a coordinare le cure (insufficiente collaborazione e dialogo tra professionisti e strutture)
3. Crescente malcontento del personale

(Lewis VA, Fisher ES. *Social networks in health care. So much to learn.* JAMA 308, 294-96, 2012)

La crisi dei servizi sanitari

La medicina oggi è divenuta molto complessa e le raccomandazioni o linee-guida di diagnosi e cura vengono applicate dai medici a solo metà dei pazienti. La qualità e la sicurezza delle cure sono ancora lontane: un terzo dei pazienti ricoverati in ospedale è soggetto ancora ad errori prevenibili.

Di converso la spesa per la sanità continua a crescere e prosciuga i bilanci di stati e famiglie. Ancor più preoccupante il 30% della spesa sanitaria viene dedicato a cure che contribuiscono poco o nulla a migliorare la salute e la qualità di vita dei cittadini, a costi amministrativi e a frodi.

Il rimedio è di perseguire il continuo miglioramento della qualità, imparando dalle esperienze positive degli altri, imparando a lavorare in squadra, ascoltando i bisogni dei pazienti.

L’Institute of Medicine raccomanda:

1. adottare le nuove tecnologie informatiche, incluso il portale per raccogliere le osservazioni e i suggerimenti dei pazienti;
2. aumentare la trasparenza sugli esiti e sui costi;
3. misurare le performance e confrontarle con quelle di altri per migliorare le proprie. Per questo è necessario potenziare il lavoro di squadra, l’autonomia del personale, un’aperta e franca comunicazione;
4. raccogliere i dati generati dalla routine in modo digitale e sistematicamente, imparare a gestirli e ad analizzarli per migliorare continuamente e generare conoscenza;
5. far partecipare i pazienti e le loro associazioni alla gestione della sanità dando valore ai PROMS e offrendo loro educazione sanitaria e conoscenza delle linee-guida e dei sistemi decisionali;
6. aggiornarsi continuamente sia nelle pratiche mediche che in quelle di management.

(Smith M.A. et al. *What’s needed is a health care system that learns. Recommendations from an IOM report.* JAMA 308, 1637-38, 2012)

Servizi sanitari: valutazione

Secondo l’Euro Health Consumer Index (che considera la soddisfazione dei cittadini, l’accesso ai servizi e le loro qualità), l’Olanda risulta la migliore e l’Italia si colloca al 21° posto (su 34 Paesi considerati), la Francia all’8°, la Gran Bretagna al 12° e la Germania al 14°. La crisi sta provocando un po’ dovunque tempi di attesa più lunghi, maggiori partecipazioni dei pazienti alla spesa e maggiori difficoltà di accesso ai farmaci innovativi.

(BMJ 344, e3430, 2012)

Ridisegnare il servizio ospedaliero

La concentrazione di alcune casistiche in pochi Ospedali ben equipaggiati (traumi, ortopedia, pediatria) è indispensabile se si vuole assicurare ai pazienti prestazioni di alta qualità a costi sostenibili.

(*BMJ* 344, e3413, 2012)

Cure primarie

Vi è oggi ampia evidenza che i Paesi che possiedono un buon sistema di cure primarie, ossia una medicina territoriale comprensiva, coordinata e centrata sui bisogni delle persone, possono vantare migliori risultati in termini di salute dei cittadini e costi più contenuti.

(*Starfield B et al – Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q.* 83, 457-502, 2005)

Aree di spreco in sanità (ossia servizi sanitari più pericolosi che utili erogati in eccesso)

1. Antibiotici per le infezioni delle vie aeree superiori
2. Coronarografia
3. Endoarteriectomia carotidea
4. Bypass aorto-coronarico
5. Trattamenti per il mal di schiena⁽¹⁾
6. Statine negli anziani⁽²⁾
7. Costosi test diagnostici (es. risonanza magnetica)^(3, 4)

Un contributo alla non-qualità in sanità è dato dalle re-ammissioni in ospedale. Ad esempio il 10% dei pazienti operati in dilatazione coronarica viene riammesso in ospedale entro 30 gg post-intervento⁽⁵⁾. Purtroppo la ricerca sull'eccessivo uso di alcuni servizi sanitari è molto carente⁽⁶⁾.

Inoltre, vi sono prestazioni sanitarie usate troppo poco; tra queste in particolare spiccano le pratiche di prevenzione secondaria tese a prevenire le recidive della malattia (ad es. uso dell'aspirina nei soggetti che hanno avuto infarto del miocardio, controllo della pressione arteriosa nei soggetti che hanno avuto ictus, ecc.).

- 1) *Deyo RA et al – Overtreating chronic back pain: time to back off? J Am Board Fam Med* 22, 62-68, 2009
 - 2) *Gordon-Smith A – Diagnosis of neuropathy. Arch int Med* 172, 132-133, 2012
 - 3) *Culver AL et al. – Statin use and risk of diabetes mellitus in postmenopausal women in the Women's Health Initiative. Arch int Med* 172, 144-152, 2012
 - 4) *Korenstein D et al – Overuse of health care services in the United States. Arch int Med* 172, 171-178, 2012
 - 5) *Khawaja FJ et al – Factors associated with 30 day readmission rates after percutaneous coronary intervention. Arch int Med* 172, 112-117, 2012
 - 6) *Katz MH – Overuse of health care. Arch int. Med* 172, 178, 2012
-

Gli sprechi nei farmaci

Nel Regno Unito è stato stimato che ogni anno più di € 550 milioni di farmaci prescritti ai pazienti vengono da questi gettati.

(*Drug and Therapeutics Bulletin, 2012,50:49, doi:10.1136/dtb.2012.05.0100*)

Ridisegno del Servizio Sanitario

Il Servizio Sanitario deve cambiare impostazione per far fronte alla crescente complessità e al costo della patologia acuta e cronica. Il primo passo è strategico: bisogna aumentare il valore dell'assistenza e ciò inizia dalle misure degli esiti e dei costi delle cure, con l'obiettivo di migliorarli continuamente e sempre soddisfacendo le necessità dei pazienti. Tra gli esiti bisogna considerare non solo quelli hard (ad esempio la mortalità), ma anche altri (quali l'entità della riammissione in Ospedale a 30 giorni dopo la prima dimissione, il ricorso al Pronto Soccorso a 30 giorni, la percentuale di pazienti che può essere dimessa al proprio domicilio) per gruppi di pazienti con certe patologie acute, aggiustati per il rischio relativo (RR), più gli outcomes specifici per la patologia (ad esempio la mobilità nei soggetti che hanno avuto ictus), outcomes funzionali o indici di riabilitazione (scala Rankin), che appartengono ai cosiddetti PROMS (patient-reported outcomes). A questo scopo vanno studiate le migliori tecniche di rilevamento dati (interviste telefoniche, altro metodo sperimentale), ma sempre con un atteggiamento rispettoso ed empatico verso il paziente, senza il quale nulla funziona.

Si tratta di una vera e propria scienza della raccolta dati, che va insegnata e continuamente sviluppata con adeguata ricerca. L'importante è cominciare a usare i sistemi di misura, giacchè sappiamo che i processi migliorano già perché si sa che vengono valutati. La metodologia di raccolta dati è importante: le checklist hanno in questo senso un ruolo determinante per dare completezza e ordine alle azioni svolte.

In sintesi ogni tipo di patologia acuta o cronica deve avere la lista di dati da raccogliere sua propria, personale specificamente incaricato di raccoglierli e analizzarli, una ricerca per migliorare questo fondamentale aspetto di misura degli outcomes e dei costi. Il miglioramento continuo dei sistemi di misura e della loro organizzazione (controllo post dimissione, telefonate di sostegno alla compliance terapeutica e alla riconciliazione farmacologica, ecc.) consente di ottenere dati sempre più utili sia per il benchmarking, sia per affinare gli standard di cura e di continuità terapeutica dopo la dimissione, ossia per allargare l'orizzonte dalla singola prestazione sanitaria all'intero ciclo di cura, ai percorsi migliori di diagnosi e cura e in definitiva all'accrescimento del valore delle cure per i pazienti e per la società.

(vedi anche Lee TH. Care redesign. A path forward for providers. NEJM 367, 466-72, 2012).

Le 10 strategie più efficaci dei direttori generali per erogare cure migliori a costi minori

Box. A CEO Checklist for High-Value Health Care

Foundational Elements

- Governance priority—visible and determined leadership by CEO and board
- Culture of continuous improvement—commitment to ongoing, real-time learning

Infrastructure Fundamentals

- Information technology (IT) best practices—automated, reliable information to and from the point of care
- Evidence protocols—effective, efficient, and consistent care
- Resource utilization—optimized use of personnel, physical space, and other resources

Care Delivery Priorities

- Integrated care—right care, right setting, right providers, right teamwork
- Shared decision making—patient-clinician collaboration on care plans
- Targeted services—tailored community and clinic interventions for resource-intensive patients

Reliability and Feedback

- Embedded safeguards—supports and prompts to reduce injury and infection
- Internal transparency—visible progress in performance, outcomes, and costs

(Gabow P et al. *Marshalling leadership for high-value health care*. JAMA 308, 239-40, 2012)

La collaborazione in sanità

La miglior collaborazione tra i sanitari e tra le strutture aumenta la qualità delle cure e riduce la spesa

(Song Z et al. *Health care spending and quality in year 1 of the alternative quality contract*. NEJM 365, 909-918, 2011)

L'aumento delle regole in un sistema complesso

Più aumentano le regole per controllare un sistema complesso (come la sanità) più il sistema può deviare dai risultati desiderati

(Pisek P. *Redesigning health care with insights from the science of complex adaptive systems*. In: *Crossing the quality charm: a new health system for the 21st century*. Washington DC. The National Academies Press, 2001)

Cambiano i valori in sanità

Sempre più la società si aspetta che i medici e gli Ospedali dimostrino che i servizi sanitari da loro erogati vengano misurati e si dimostri che abbiano un valore di salute; i pazienti e le Istituzioni si aspettano che per la misura della qualità dei servizi sanitari si tenga conto non solo degli esiti oggettivi delle cure, ma anche della valutazione soggettiva dei pazienti.

Questa nuova visione implica delle trasformazioni a livello dei medici, tra le quali:

1. la ricertificazione dei medici, che in tal modo possono dimostrare ai pazienti, alle organizzazioni e alla magistratura di essere sempre aggiornati;
2. premi monetari e morali per i medici che dimostrano di avere performance di alto livello;
3. la trasparenza dei dati.

Il progresso verso la qualità, la sicurezza e la trasparenza dei risultati è ancora lento, ma si stanno facendo passi avanti significativi. E' necessario che i medici capiscano che si tratta di una strada obbligata e siano i promotori del cambiamento.

Pay for performance

L'uso di incentivi economici per migliorare le performance dei medici funziona poco e male in molte condizioni cliniche e, più in generale, nei sistemi complessi.

Le ragioni sono molteplici: l'aggiustamento del rischio è difficile, molti indicatori usati per valutare gli outcomes sono discutibili; gli indicatori basati sul processo, ancorché più facili da calcolare degli outcomes clinici aggiustati sul rischio del paziente, correlano male con la qualità degli outcomes; intervengono spesso fattori mal conosciuti che interferiscono in modo variabile (ad esempio lo stato sociale dei pazienti); l'audit può essere visto come un controllo pericoloso per i medici e generare comportamenti di resistenza; infine alcuni effetti delle misure possono essere discorsivi (ad esempio spostare l'attenzione su alcuni pazienti e patologie a scapito di altri, comportare perdita di motivazione, generare la messa in atto di artifici più o meno leciti come l'up-coding).

Infine, e ben più importante, bisogna ricordare che il denaro è solo uno dei fattori che influenzano il comportamento degli uomini, e non è il più importante.

Glasziou et al hanno proposto un metodo che prevede di applicare il pay-for-performance solo dopo aver risposto positivamente ad una serie di domande circa l'adeguatezza del metodo nella situazione considerata (e in particolare alle prime tre e alle possibilità di valutare gli effetti dell'uso di incentivi). Tabella

(Glasziou PP et al. Pay for performance. How to make it worth doing. *Brit Med J* 345, 22-25, 2012)

Application of financial incentives checklist to some real examples					
Checklist item	Childhood immunisation in Australia*	Asthma action plan (3+)**	QOF haemoglobin A _{1c} target†	Hospital care of myocardial infarction, heart failure, and pneumonia§	Performance pay for low performing physicians
Is there a remediable problem in routine clinical care?					
1. Does the desired clinical action improve patient outcomes?	Yes—Trials and observational studies show net benefits for most vaccines covered	Yes—Trials showed written action plans improve control and reduce emergency visits	No—Indirect evidence only that lower HbA _{1c} predicts better patient outcomes; large trials were under way	Yes—Trials and observational studies show clear relation between evidence based processes of care and improved patient outcomes	Yes—Trials and observational studies show clear relation between screening for diabetes and breast and cervical cancer and vaccination and improved outcomes
2. Will the undesirable clinical behaviour persist without intervention?	Yes—Immunisation rates had been consistently dropping	Yes—Sustained low use of action plans had been documented	No—Trends showed improving control before incentives	No—Studies showed improvements for half of proposed measures, with at least 90% reaching target	Yes—Difference between low and high performing physicians persisted despite both groups improving
3. Are there valid and reliable measures of the desired clinical behaviour?	Yes—Immunisation easily recorded	Yes—Copy of plan	Yes	Yes	Yes
4. Have barriers and enablers to improving clinical behaviour been assessed?	No—Cold chain failure in rural areas not identified	Not examined	No	No	No
5. Will financial incentives work better than other interventions to change behaviour, and why?	Uncertain	Probably—Similar financing of immunisation had worked	Unclear	No—Monitoring and quality improvement collaborations yield similar, if not greater, improvements	Possibly—Studies suggest low performing physicians respond better to payments, but also to other quality improvement strategies
6. Will benefits clearly outweigh any unintended harmful effects, and at an acceptable cost?	Unclear cost effectiveness	Unclear—Low use of action plans even after incentives meant costly roll out with no impact	No	Unclear cost effectiveness; improvement gains were modest	Yes—Funds given to providers were small and the gains clinically significant
Design and implementation					
7. Are systems and structures needed for the change in place?	Mostly—But cold chain was a problem in remote areas.	Yes	Yes—Most practices had computerised systems	Yes	Yes
8. How much should be paid, to whom, and for how long?	Paying clinicians worked while incentives were in place	Patients?— GPs were paid but patients were reluctant to attend for the 3 visits required	National QOF system rewarded practices achieving targets, but behaviour reverted when target removed	Hospitals with a quality score in the top 10% received a 2% incentive bonus; those in the 10–20% band received a 1% bonus. In the third year a penalty was applied to low performers	Extra 1.5–7.5% of base fees, plus \$3000 bonus for improved quality scores
9. How will the financial incentives be delivered?	Direct payment to practices	Direct payment to practices	Direct payment to practices	Unclear how payments to hospitals were distributed to units	Directly to providers

*The General Practice Immunisation Incentive scheme was introduced in 1998 (www.medicareaustralia.gov.au/provider/incentives/gpi/index.jsp).²¹

†Asthma. 3+ (www.medicareaustralia.gov.au/provider/incentives/pip/files/27/09/2-asthma-incentive-guidelines.pdf). The 2011 financial incentive to increase use of action plans had disappointing results, perhaps because payment to the doctor required three patient visits, which well asthma patients were reluctant to do. Other barriers include insufficient trained practice nurses and asthma educators, spirometers, and practice registers.

‡The English Quality and Outcomes Framework (QOF)²² target was later revised because of concerns about unintended consequences.

§Centres for Medicare and Medicaid Services premier health quality incentive demonstration.²⁴ A three year programme in 265 not-for-profit volunteer hospitals that targeted care of five conditions: acute myocardial infarction, heart failure, pneumonia, coronary artery bypass grafting, and joint replacement of the hip and knee, but only the first three improved. Long term mortality was unaffected.

||A four year study comparing low performing physicians in two US preferred provider organisation health plans.²²

Rewards were based on seven clinical quality indicators. The pay for performance group had significantly greater increases than controls for cervical cancer screening, HbA_{1c} testing, mammography, and varicella vaccine after three years.

La medicina parsimoniosa: le cure utili

Trasformare la medicina attuale in “Medicina Parsimoniosa” significa prestare solo le cure utili, eliminando quel 20% di pratiche mediche inutili che continuano ad essere effettuate e che fanno lievitare la spesa sanitaria senza alcun vantaggio per i pazienti. Evitare procedure e terapie inutili è un attributo della professionalità medica (*Tilburg JC, Cassel CK. Why the ethics of parsimonious medicine is not the ethics of rationing. JAMA 309, 773-74, 2013*) anche perché bisogna ricordare che ciò che è superfluo per alcune categorie di pazienti può non esserlo per altre categorie, e quindi è alla fine la capacità clinica e il buonsenso del medico che entrano in gioco. Non basta fare riferimento a elenchi di prestazioni (quali ad esempio la eTable disponibile sul sito <http://www.Jama.com>), anche se questi elenchi sono utili per orientare il medico.

(*Elshaug AG et al. The value of low-value lists. JAMA 309, 775-76, 2013*)

L'auto-organizzazione in sanità

Il Servizio Sanitario per migliorare deve abbandonare l’impianto regolatorio tradizionale e muovere verso un sistema che favorisca l’auto-organizzazione creativa, che è l’elemento vincente nelle organizzazioni complesse. Ciò significa rimuovere le separazioni strutturali tra i vari professionisti della sanità, allineare i loro obiettivi, lasciarli liberi di sperimentare e limitarsi a semplici regole per aiutare a limitare la spesa.

(*Lipsitz LA. Understanding health care as a complex system. JAMA 308, 243-44, 2012*)

Proposta di un Pronto Soccorso aperto a tutti e di facile accesso

Negli Stati Uniti un quarto circa di tutte le visite per problemi acuti avvengono al Pronto Soccorso (Schuur JD, Venkatesh AK. *The growing role of emergency departments in hospital admissions. NEJM 367, 391-93, 2012*) e anche in Italia l'affluenza cosiddetta impropria di pazienti ai Pronto Soccorso ospedalieri è alta. Malgrado gli sforzi fatti, questa inappropriatezza continua. Una soluzione potrebbe essere quella di affiancare al Pronto Soccorso un Poliambulatorio sempre attivo, ben attrezzato e gestito da medici territoriali, ai quali il *triage* del Pronto Soccorso possa inviare i codici bianchi. Se questi risultassero più gravi del previsto a giudizio del Poliambulatorio, potrebbero rientrare nel circuito del Pronto Soccorso. Si eviterebbero in tal modo casi di pazienti rifiutati dal Pronto Soccorso e poi risultati affetti da gravi patologie, senza intasare il Pronto Soccorso con pazienti impropri. Un reparto di osservazione breve ben dotato e una postazione di medici pronti a recarsi a domicilio (medici della continuità assistenziale) potrebbero completare questo sistema di accoglienza e protezione, così da offrire alla popolazione un punto di riferimento senza causare problemi di sovraffollamento al Pronto Soccorso.

Gli accessi al Pronto Soccorso

In Italia gli accessi al Pronto Soccorso sono stati nel 2012 20 milioni, il 60% per codici verdi (ossia prestazioni che avrebbero dovuto afferire ad altra struttura non di urgenza).

La scuola di medicina in Ospedale

L’Ospedale è un fondamentale luogo di insegnamento. Infatti si possono attuare le seguenti attività educative:

- educazione sanitaria dei pazienti (esempio: smettere di fumare)
- educare i giovani medici all’uso della medicina basata sull’evidenza
- uso dei social media
- comportamenti professionali adeguati
- indirizzare i giovani verso le attività per le quali mostrano più attitudine
- capacità di comunicare con i pazienti e i colleghi
- sicurezza dei pazienti e uso saggio della medicina parsimoniosa
- modalità per reperire fondi di ricerca
- Continuous Professional Development (CPD), costruzione e gestione del portfolio della conoscenza
- uso appropriato della letteratura medica
- importanza dell’empatia con i pazienti
- importanza del lavoro interdisciplinare
- fondamentale importanza della clinica oltre ai test strumentali minimi necessari

Tutte queste attività vedono il Primario in funzione di guida e promozione. E così si rafforza “la scuola di medicina”.

Patient centered medical home – Casa della Salute

Si basa su tre pilastri fondamentali:

1. continuità delle cure (rapporto individuale per i cronici);
2. accesso rapido, semplice e continuo;
3. cure fornite da un team di sanitari.

(Bodenheimer T. *Lessons from the trenches. A high-functioning primary care clinic.* NEJM 365, 5-8, 2011)

Vantaggi della “Casa della Salute”

Uno studio dimostra che la Casa della Salute che offre un accesso facile e continuo, un dialogo con il personale sanitario e un coordinatore delle cure, che costituisca il riferimento di ogni paziente (La salute in Italia oggi, p. 28 e Spunti per una sanità migliore p. 59), riduce i problemi di frazionamento e scoordinamento delle cure. Alla fine del 2011 le Case della Salute accreditate negli USA erano 3.060 ed il numero sta crescendo rapidamente.

(Doty MM et al. “The role of care coordinators in improving care coordination; the patient’s perspective. Arch Int Med 172, 587-88, 2012)

I medici di medicina generale e i loro assistenti e collaboratori nelle case della salute: funzioni

1. Fare il meeting settimanale culturale con tutto il personale
2. Verificare il cruscotto qualità
3. Sostenere i gruppi dei pazienti (Balint)
4. Impostare ed eseguire ricerca sanitaria
5. Discutere i casi post-dimissione
6. Incontrare gli specialisti sui singoli pazienti (condividono il rimborso dei pazienti)
7. Valutare i cronici (con le infermiere)
8. Discutere e valutare i programmi di promozione della salute (camminare, obesità, fumo, ambiente)
9. Visitare i pazienti acuti o riacutizzati
10. Verificare la compliance e la conciliazione dei farmaci nei cronici con multimorbidità (con il farmacista)

(Barnes K.H. et al. *The developing vision of primary care*. NEJM 367, 891-93, 2012)

La cura delle malattie croniche

Circa metà dei pazienti che si rivolgono al medico generalista hanno più di una malattia cronica. In questi malati non è corretto curare ogni singola affezione con i protocolli specifici, ma il paziente va considerato nel suo insieme: altrimenti la cura diviene caotica, il numero di farmaci somministrati troppo elevato, le interazioni tra i farmaci assai pericolose. Gli eventi avversi da farmaci si collocano nelle prime 5 cause di morte negli Ospedali e determinano il 17% dei ricoveri ospedalieri.

Le linee guida e le indicazioni del farmaco vengono impostate con studi che arruolano pazienti affetti da una sola patologia, non diverse patologie contemporaneamente. Se linee guida e farmaci vengono usati in questi ultimi soggetti il rischio è di provocare danni anziché benefici. Se poi i pazienti sono molto anziani la variabilità di risposta aumenta ancora.

La cura del paziente cronico con patologie molteplici quindi non deve essere affidata agli specialisti, ma ai generalisti che avendo una visione olistica del malato riescono a curarlo meglio spendendo meno.

L'attenzione al malato più che alla malattia è una necessità crescente perché ben sappiamo che spesso conta di più capire le aspettative del paziente e assicurargli una tranquillità psicologica piuttosto che insistere con mezzi sempre più sofisticati su alcuni aspetti della singola malattia. Questo ritorno al malato nel suo insieme deve contagiare non solo i medici, ma anche gli amministratori e deve essere organizzato affinché molti aspetti della cura siano adeguatamente valorizzati e finanziati. Già Osler ricordava che “è più importante sapere quale tipo di persona ha la malattia che non quale tipo di malattia affligge quella persona”.

(Mangin D et al. *Beyond diagnosis: rising to the multimorbidity challenge*. BMJ 345, 11-12, 2012)

Ruolo delle Regioni

Uno dei primi allarmi circa un Federalismo troppo spinto e costoso venne lanciato da Sartori su “*Il Corriere della Sera*” del 3 novembre 2007. Oggi credo che molti si siano accorti che le Regioni costano troppo (€ 49 miliardi l’anno), hanno un potere eccessivo (che ha ridotto troppo il potere dello Stato centrale), hanno un’invadenza politica pericolosa, particolarmente in sanità. Per questo molti oggi invocano un ripensamento del ruolo delle Regioni in Italia e più in generale del cosiddetto Federalismo.

Nuovi criteri per la ricerca clinica

La medicina è molto cambiata negli ultimi decenni. Le patologie croniche sono molto più frequenti di quelle acute e sono spesso molteplici, le scelte diagnostiche e terapeutiche si sono allargate, si sta affermando la medicina personalizzata, basata cioè sulla risposta di ogni singolo paziente e non di popolazioni di pazienti. Anche i metodi di valutazione di efficacia degli interventi medici si sono evoluti e sta prendendo sempre più piede la misura di efficacia delle nuove cure in confronto ad altre cure in uso, piuttosto che il suo effetto contro il non-trattamento (cosiddetta ricerca di efficacia comparata – comparative-effectiveness research), condotta con metodologie opportune. Questa innovazione, unita alla ricerca dei risultati centrati sul paziente (patient-centered outcomes research) e a quelle basate sull'evidenza, sta cambiando completamente il modo di curare e i rapporti tra curante e paziente, giacchè è quest'ultimo in definitiva che deve giudicare il valore del trattamento che gli viene applicato.

In sintesi la ricerca clinica oggi ha senso solo se impostata con metodo scientifico e orientato a soddisfare i criteri di salute e benessere dei pazienti.

(*Gabriel SE, Normand ST – Getting the methods right. The foundation of patient-centered outcomes research. NEJM 367, 787-90, 2012*)

Un istituto di ricerca pubblico indipendente in Norvegia

In Norvegia esiste il “Norwegian Centre of knowledge in health care”, un Istituto di ricerca pubblico indipendente, che ha il compito di studiare come migliorare i servizi sanitari, inclusa la *comparative-effectiveness research*.

(*Brethauer M, Hoff G. Comparative-effectiveness research in cancer screening programmes. Brit Med J, 344, 18-20, 2012*)

Austerità e fondi di ricerca

Winston Churchill sosteneva che ogni crisi apriva nuove opportunità. Per la ricerca medica la riduzione degli stanziamenti statali deve spingerci a coinvolgere in questa vitale attività umana i privati, organizzando tuttavia bene questa raccolta di fondi oltre che il loro miglior uso. Si può pensare a fondi con creazione di “Bond di Ricerca Biomedica”, remunerati con i risultati della ricerca, o ad altri sistemi già in uso per creare autostrade, stadi, ecc.

(*Moses H, Dorsey ER. Biomedical research in an age of austerity. JAMA 308, 2341-42, 2012*)

Ristrutturare il Servizio Sanitario Nazionale per migliorarlo

Le cause della persistente crisi nell'Eurozona sono tre:

- 1) elevato debito pubblico;
- 2) globalizzazione (con riduzione della capacità produttiva di beni a favore dei servizi);
- 3) tassazione elevata sulle imprese ed eccessiva regolamentazione.

In questi 3 punti l'Italia detiene il primato europeo. Per alcuni servizi pubblici come la sanità il futuro non è roseo. Bisogna subito considerare di alleggerire la spesa sanitaria a favore di una partecipazione privata, specie di tipo assicurativo, ma mantenendo il controllo del sistema saldamente in mano pubblica. Bisogna inoltre centralizzare i controlli e accorpare gli erogatori di servizi sanitari, come è avvenuto in Svezia, Norvegia e Danimarca.

In base alle esperienze finora acquisite 4 sono i provvedimenti utili:

1. addossare parte della spesa sanitaria e assistenziale ai privati (assicurazioni e mutue) invece che allo Stato;
2. semplificare le regole;
3. responsabilizzare maggiormente i familiari, il volontariato e le comunità locali per le cure domiciliari degli anziani e dei cronici;
4. sostenere con agevolazioni le imprese che organizzano a loro spese servizi sanitari per i loro dipendenti.

Si tratta in definitiva di stipulare con i cittadini un nuovo controllo sociale, in cui essi sono chiamati a collaborare per sostenere in parte il loro diritto alle cure. Come ha scritto un editoriale del Financial Times il 16 aprile del 2013, se l'alternativa a questa soluzione è andare incontro a servizi sanitari sempre peggiori, essa va preferita senz'altro. Fondazioni con sgravi fiscali, capitali privati e atteggiamenti filantropici possono operare in alcuni ambiti meglio di uno Stato in affanno economico. Ciò può indurre nei cittadini comportamenti più consapevoli (ad esempio smettere di fumare se ciò riduce il premio assicurativo) e nello Stato la forza di alcuni interventi finora rimandati (ad esempio eliminare dai LEA le lesioni e malattie causate da attività voluttuarie come lo sport) o aumentare il co-payment per le persone abbienti o per coloro che scelgono alcune modalità di cura più costose rispetto ad altre più tradizionali (come l'intervento di prostatectomia con robot da Vinci, anziché con intervento tradizionale sull'esempio di un ospedale di Vancouver in Canada).

I suddetti suggerimenti operativi variano da nazione a nazione, ma sono più urgenti nei Paesi come l'Italia ove esiste un servizio sanitario nazionale e dove la crisi economica è più grave. Tra parentesi, è colpevole da parte del governo italiano continuare a sottovalutare la crisi della nazione per non fare azioni di ristrutturazione e riforme istituzionali: tale strategia infatti riduce la responsabilizzazione dei cittadini e priva la nazione della loro collaborazione a fare le riforme necessarie e urgenti. La non-azione non è un'opzione, ma una colpa grave. L'azione non è finalizzata a realizzare un sistema di tipo americano (che non funziona bene), ma a rafforzare con capitali e regole migliori il nostro Servizio Sanitario Nazionale, assicurando a tutti i cittadini servizi sanitari di buona qualità, come è accaduto finora [1].

Le riforme più sopra ipotizzate, tuttavia, non sono semplici da fare, e certo provocherebbero sconcerto e contrarietà in molti cittadini. Alcuni peraltro ricordano che se si potenziasse la medicina territoriale (inclusa le Case della Salute), riducendo la spesa ospedaliera, si potrebbe ottenere un grande vantaggio in qualità e costi, come dimostrato oltre 20 anni or sono da Barbara Starfield (recentemente scomparsa) [2].

[1] Saltman RB, Catin Z. Restructuring health systems for an era of prolonged austerity. *BMJ* 347, 17-19, 2013

[2] Caley M. Remember Starfield: primary care is what counts. *BMJ* 2013; 347:f4627

Come migliorare il Servizio Sanitario Nazionale

Sono 10 le raccomandazioni che Berwick formula per migliorare il Servizio Sanitario inglese, e si basano su quattro iniziative fondamentali:

- puntare tutto su qualità e sicurezza
- ascoltare e coinvolgere i pazienti e gli operatori
- sostenere sviluppo professionale e umano del personale
- investire nella massima trasparenza (completa e non equivoca).

(*BMJ* 2013;347:f5038)

La regolamentazione in sanità

Negli USA la continua crescita della spesa sanitaria nei trascorsi 60 anni sembra essere direttamente correlata alla crescita del PIL*. La spesa sanitaria sembra dipendere dal PIL più che dalla regolamentazione. Unica eccezione la contrazione di spesa registrata negli anni '90, forse legata alla cosiddetta "managed care", insieme di regole che hanno limitato la forse eccessiva libertà d'azione in sanità di erogatori di servizi sanitari e di pazienti. Se queste limitazioni diventano eccessive, tuttavia, si manifestano danni sulla qualità dei servizi, sui medici e sui cittadini, con costi di lungo termine che sono maggiori dei risparmi.

* Il PIL è il valore di tutti i beni e servizi prodotti in un anno da tutte le componenti della produzione nazionale (lavoro, capitale, management). Il PIL pro capita è: PIL totale/n° cittadini, corretto per inflazione.

(*Fuchs VR. The Gross Domestic Product and Health Care Spending. New Engl J Med* 369, 107-109, 2013)

Il Servizio Sanitario Nazionale

Da tempo il King's Fund sta studiando nel Regno Unito il Servizio Sanitario e le sue proposte riforme. L'impressione che se ne trae è di un sistema molto (troppo) complesso, con troppi livelli di governo, con troppa burocrazia, con troppe ideologie, troppa politica, poche risorse (vedi la vignetta Picture of the week in *BMJ* 6 luglio 2013). E in Italia? Il quadro è simile, ma in più i medici sono stati marginalizzati sempre più e altre professioni sanitarie stanno prendendo il sopravvento. Nessuno si preoccupa di motivare i medici, di sostenerne il ruolo fondamentale di riferimento primario per il paziente, di aggiornarli efficacemente. Sia i medici di base che gli ospedalieri languono in un sistema che non premia il merito e le capacità professionali, che non stimola capacità, dedizione, impegno professionale, conoscenza e ricerca, ma parla solo di costi e tagli di spesa. E' uno scenario abbastanza demoralizzante.

Le cure primarie (medicina territoriale o di base)

Se uno Stato investe nelle cure territoriali (o primarie) non risparmia denaro, ma riduce la crescita della spesa. Ciò avviene però solo se il potenziamento delle cure primarie riguarda tutti i suoi aspetti:

- 1-2) struttura e accesso (organizzazione e personale impiegato)
- 3) coordinamento (funzione di gatekeeping rispetto agli altri professionisti sanitari)
- 4-5) comprensività e continuità di cura (lavoro di squadra con altri professionisti e servizi sanitari, capacità di utilizzare tecnologie moderne per diagnosi e cura, coinvolgimento del paziente nella sua cura)
- 6) rapporto medico-paziente (quando è forte, rispettoso e coinvolgente si ottiene migliore adesione al trattamento, alle misure preventive, minor ricorso al ricovero ospedaliero, minori differenze di salute legate a condizioni sociali diverse, minore spesa)
- 7) medici olisti competenti ed esperti (con tecnologie sufficienti e moderne determinano minori sprechi e miglior stato di salute della popolazione e contenimento della spesa).

(Haggerty JL et al. The strength of primary care systems. Stronger systems improve population health but require higher levels of spending. BMJ 2013;346:f3777)

È tempo di integrare sociale e sanitario

La situazione economica attuale non consente di addossare allo Stato l'intera spesa dell'assistenza sociale. In Gran Bretagna la Commissione Dilnot ha proposto un tetto di spesa a carico degli assistiti, legato al reddito. Potrebbe rappresentare un passo avanti anche in Italia.

Appena possibile, tuttavia, la vera soluzione è di integrare il sistema sanitario e quello dell'assistenza sociale, specie quello che riguarda la degenza in RSA. Tenere divisi i due sistemi (il primo dei quali finanziato dallo Stato, il secondo a carico prevalente del paziente) è oggi un criterio superato dalla realtà, che ci dimostra come le necessità sanitarie e socio-assistenziali dei pazienti cronici non siano separabili. La Commissione Barker e il King's Fund in Gran Bretagna (diretto da Chris Ham) dovranno proporre una risposta a questo quesito entro il 2015.

(BMJ 2013;346:f3973)

Una nuova strategia per migliorare la qualità delle cure

Misurare la qualità dell’assistenza che scopo ha?

- a) Misurare gli eventi avversi
- b) Misurare l’outcome oggettivo e soggettivo
- c) Aiutare il paziente e sostenerlo psicologicamente.

Finora le misure della qualità si sono per lo più limitate a valutare il processo di ogni procedimento di cura. Inoltre gli esiti vengono anche misurati, ma non viene approfondita e corretta la causa dei risultati cattivi. La cosa è peggiorata dal fatto che gli errori divengono motivo di biasimo e di azione della magistratura. Al contrario deve essere instaurata la cultura del Quality Improvement (QI), capendo che questo è un processo che cresce e cambia nel tempo e col tempo e che esige la costruzione di norme locali e non nazionali giacchè ogni Ospedale è una realtà a se stante. E’ l’incentivo a migliorare il processo di QI che funziona, non quello applicato alla singola misura. Ciò implica ricerca, monitoraggio, root-analysis da parte dell’intera équipe sanitaria e ciò va premiato. La cultura del QI è un’attività che non cessa mai e che va sostenuta continuamente con incentivi professionali; la misura degli errori e degli esiti va fatta per alimentare questo lavoro, non per costruire graduatorie nazionali o benchmark; esse devono innescare lo studio dei modi per migliorare continuamente. La qualità è un concetto ancorato alla realtà locale come pure la soluzione dei problemi. Ciò non significa che le “best practices” non debbano essere scambiate, divulgate e retribuite.

(Werner RM, McNutt R. A new strategy to improve quality. Rewarding actions rather than measures. *JAMA* 301, 1375-77, 2009)

Il nuovo paradigma in sanità

Malgrado le migliori intenzioni e le indiscusse capacità della maggioranza degli operatori sanitari, l’accesso e la qualità della cure variano troppo e una confusa quantità di procedure di diagnosi e cura comportano alla società troppi costi inutili. Gli interessi dei pazienti sono compresi dalla insufficiente informazione sui pregi e difetti dei servizi sanitari, sugli errori e le frodi, sugli interessi commerciali che li infiltrano, sugli eccessi burocratici che li affliggono.

Il servizio sanitario necessita urgentemente di una correzione capace di riportare la missione etica e gli interessi dei pazienti al centro della sua azione. Perché ciò accada è necessario che i pazienti assumano un ruolo leader nel sistema e nella sua correzione.

Chi meglio di loro può dire cosa è loro necessario? Il servizio sanitario deve appunto essere un servizio, capace di soddisfare i bisogni dei pazienti. Questi devono rivedere con i medici le inefficienze della sanità, devono disegnare insieme nuovi servizi e sistemi di informazioni. Su questa strada si sono già incamminate diverse organizzazioni, riportate in questo articolo, ed è chiaro che solo potenziando queste iniziative i servizi sanitari possono divenire sostenibili. Vale sempre la regola che lavorare insieme è il segreto del successo, perché l’unione fa la forza.

(Richards T. et al. Let the patient revolution begin. *BMJ* 346, 7, 2013)

Ruolo del volontario socio-sanitario

L'Inghilterra sta valutando come potenziare il volontariato nelle strutture sanitarie e assistenziali. Bisogna offrire ai volontari un ruolo preciso, onde evitare che la loro presenza venga mal tollerata dal personale dipendente, che è sempre preoccupato di conseguenze sui posti di lavoro e sul proprio ruolo.

Chris Naylor del King's Fund ha precisato che i volontari debbono essere utilizzati per migliorare la qualità dell'assistenza e non per sostituire il personale e contenere i costi. La loro presenza nelle strutture sanitarie e assistenziali è oggi fondamentale perché rende più umano il servizio, consente alla comunità di verificare come il servizio viene erogato, offre prestazioni che il personale dipendente stenta a dare (ad esempio imboccare i pazienti che non riescono a mangiare da soli).

L'Istituzione deve dare però più voce al volontariato, potenziarlo e valorizzarlo. Deve anche favorire la costituzione in ogni Ente assistenziale di un'associazione dei volontari e dei benefattori, e dare a questa spazi negli organismi direttivi degli Enti.

(cfr *BMJ* 2013; 346:f1595)

Per cambiare davvero: il paziente deve autorizzare i pagamenti agli erogatori?

Da anni andiamo dicendo che la preoccupazione principale del Servizio Sanitario Nazionale deve essere il bene del paziente, ma ciò non avviene. E' ora di cambiare l'impianto del sistema, dando al paziente la funzione di pagatore delle prestazioni o almeno di autorizzatore dei pagamenti delle prestazioni di medici e Ospedali da parte della Regione. Se il pagamento non potesse avvenire senza il nulla osta del paziente, forse si potrebbe ovviare almeno in parte alla persistente disattenzione che la sanità mostra nei confronti dei suoi utenti. Anche la graduatoria degli Ospedali e la carriera del personale di assistenza potrebbero giovarsi di simili meccanismi di valutazione.

Le spese sanitarie inutili

Secondo l'Institute of Medicine le prestazioni mediche inutili ammontano in USA al 30% della spesa sanitaria.

(Smith M et al – http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13444,2012)

I principali problemi del Servizio Sanitario Nazionale

1. Differenze di quantità e qualità dei servizi erogati nelle diverse aree del Paese (iniquità che inficia il diritto costituzionale dei cittadini a trattamenti uguali).
 2. Focalizzazione sugli acuti e sull’Ospedale.
 3. Lunghe attese per alcune prestazioni.
 4. Scopertura di alcune aree (odontoiatria, cronicità, non-autosufficienza).
 5. Gravi carenze nella continuità di cura (specie tra Ospedale e territorio).
 6. Sistema non centrato sul paziente, ma sugli erogatori di servizi.
 7. Scarsi controlli sugli erogatori di servizi sia ospedalieri che territoriali e mancanza di precisi indirizzi di comportamento.
 8. Scarsa attenzione alla selezione, preparazione, aggiornamento, motivazione del personale sanitario.
-

Ospedale pubblico e privato

La grande differenza tra Ospedali pubblici e privati è che questi ultimi, al contrario dei primi, sono gestiti da professionisti esperti accuratamente selezionati e non da persone gradite alla politica. Ma l’Ospedale pubblico è anche penalizzato dal sistema di amministrazione che, essendo di tipo pubblico, non è adatto ad una impresa, quale l’azienda sanitaria dovrebbe essere, ma solo ad enti non economici (forse). Un terzo punto di debolezza è che gli Ospedali pubblici non hanno alcuna autonomia, perché il sistema è fortemente centralizzato sulla Regione (centralismo regionale).

A queste condizioni lo sviluppo è possibile quasi solo per i privati. E’ quindi inutile continuare a confrontare i risultati degli Ospedali privati con quelli pubblici e gridare salviamo il servizio pubblico, se poi non si cambiano le regole che governano la sanità pubblica.

Utilità dei PROMS

I Patient-Related Outcome Measures (PROMS), ossia l’esperienza del paziente, è un parametro valido per misurare la qualità delle prestazioni sanitarie. Non si tratta di misurare la soddisfazione del paziente, ma definire quale è stata la sua esperienza in merito ad alcuni parametri, come quelli indicati di seguito.

Categorie di esperienze in ordine decrescente di importanza

1. Comunicare con le infermiere
2. Trattamento del dolore
3. Tempestività dell’assistenza
4. Spiegazioni circa i farmaci somministrati e le loro compitanze
5. Comunicazione con i medici
6. Pulizia delle stanze e dei bagni
7. Piano di dimissione e assistenza post-ospedale
8. Rumore di notte

(Boulding W et al. *Relationship between patient satisfaction with inpatient care and hospital readmission within 30 days. Am J Manag Care 17, 41-48, 2011*).

(Manary M et al. *The patient experience and health outcomes. N Engl J Med 368, 201-3, 2013*)

Servizio sanitario estivo di riferimento specialistico

Proposta organizzativa

Uno dei problemi che si registrano nella sanità lombarda (e italiana) è costituito dalla marcata riduzione estiva dei servizi. La concentrazione delle ferie in luglio e agosto fa sì che per molte specialità i cittadini in quel periodo non abbiano riferimenti certi, anche perché spesso vengono lasciate in servizio persone più giovani e meno esperte. Lo specialista esperto di riferimento va in ferie e il paziente che ha un aggravamento o una complicanza non sa più che fare. Si reca allora al pronto soccorso, ma questo non sempre riesce a risolvere i problemi molto specialistici.

Io credo che per ogni specialità si debba organizzare a livello regionale o subregionale un reparto di riferimento specialistico con organico e servizi di supporto al completo. Ad esempio, un reparto di ematologia, corredata di laboratorio, servizio trasfusionale, radiologico, ecc. rimarrà a disposizione con tutto il suo organico al completo, e i malati ematologici dell'area in questione potranno afferire a quel servizio per ogni loro necessità (controlli, riabilitazione, complicanze, ecc), trovando un'assistenza di alto livello quantitativo e qualitativo.

Il Centro Trasfusionale e di Immunoematologia del Policlinico di Milano adottò questa strategia fin dagli anni Ottanta, assicurando sia la disponibilità ininterrotta di sangue ed emocomponenti sia la diagnostica immunoematologica; il successo dell'iniziativa venne dimostrato dalle mille richieste che sono pervenute da tutta la Lombardia e da molte altre regioni, e che venivano evase con regolarità. Una simile organizzazione regionale avrebbe, a mio avviso, un grande successo e un grande apprezzamento da parte della popolazione, senza significativo aggravio di spese.

La centralità del paziente

La medicina incentrata sul paziente viene definita dall'Institute of Medicine "L'assistenza rispettosa delle preferenze del paziente, dei suoi valori e necessità, che devono guidare il medico in tutte le sue azioni".

Questa nuova visione della medicina può richiedere il ridisegno del servizio sanitario e include da un lato la modifica del modo di comunicare tra medico e paziente e dall'altro la valorizzazione del paziente come decisore delle pratiche di diagnosi e cura proposte dal medico. Anche l'esito del processo di cura cambia, giacchè valorizza il giudizio del paziente (soggettivo) rispetto a quello del medico (oggettivo).

Anche la Casa della Salute deve rispecchiare questa nuova impostazione; anche qui infatti la trasparenza e la piena consapevolezza delle scelte e dei risultati e il ruolo di controllo del paziente, unitamente alla sua responsabilizzazione nella cura, sono alla base del suo funzionamento e di nuovo deve essere valorizzato il modello teorico di Street et al secondo i quali "la comunicazione guarisce".

(Naik AD. *GOn the road to patient centeredness. JAMA Internal Medicine* 173, 218-19, 2013)

Dignitas

Dignitas è la clinica svizzera che pratica il suicidio assistito. Circa 200 Inglesi hanno usufruito di tale servizio, che viene ritenuto di alto livello qualitativo.

(*BMJ* 2013;346:f3595)

Check-up per tutti in UK

Il governo inglese ha stabilito di effettuare un check-up su tutti i cittadini di età compresa tra 40 e 75 anni per prevenire morbilità e mortalità evitabili. Il controllo verifica ipertensione, fumo, ipercolesterolemia, obesità, inattività fisica, dieta inappropriata e consumo di alcolici. Si prevede di effettuare un counselling per ridurre i fattori di rischio e quindi per evitare complicazioni evitabili. E' questo lo stesso programma che da oltre 10 anni l'Associazione Amici del Policlinico e della Mangiagalli Donatori di Sangue onlus offre ai propri iscritti nel momento in cui si presentano al Centro Trasfusionale del Policlinico di Milano. Le ripetute visite al Centro, inoltre, consentono al donatore di essere seguito nel tempo e indirizzato verso stili di vita, indagini o terapie adatte a meglio proteggere il suo stato di salute.

(*Editorial. Government's plans for universal health checks for people aged 40-75. BMJ 2013; 347; f4788*).

Per un maggior valore delle cure

Anche se le linee guida (formulate in base a dati oggettivi provenienti dalla ricerca medica) sono di indubbio valore per praticare una medicina basata sull'evidenza, è altrettanto vero che ogni paziente ha caratteristiche sue proprie che influenzano il risultato e il valore di quelle pratiche. Per questo è necessario effettuare una personalizzazione delle cure, cioè utilizzare dati che ci permettono di praticare solo cure di alto valore per quel singolo paziente, evitando cure che hanno scarso beneficio, e condividendo queste scelte con il paziente stesso. L'uso della cartella elettronica ci si attende possa consentire una più facile valutazione delle cure utili, rispetto a quelle meno utili e che comportino più rischi che vantaggi. Questo tipo di medicina personalizzata potrà sperabilmente consentire una pratica medica più efficace e condivisa, che riduce le cure inutili da un lato (eccesso di cure) e la insufficienza di cure dall'altro con i relativi danni umani ed economici.

(*Kerr EA, Hayward RA. Patient-centered performance management. Enhancing value for patients and health-care systems. JAMA 318, 137-138, 2013*)

La professione medica

Undici validi obiettivi per una leadership della professione medica nella riforma del sistema sanitario

1. Ridurre gli interventi chirurgici, i ricoveri, i test di laboratorio inappropriati.
2. Ridurre alcune cause di morbilità (fumo, violenza, traumi infantili, alcool, droga).
3. Ridurre la frequenza dei parto cesarei a valori pre-1980.
4. Ridurre l'accanimento terapeutico.
5. Semplificare l'uso dei farmaci (soprattutto gli antibiotici), particolarmente negli anziani.
6. Stimolare la partecipazione del paziente alle scelte terapeutiche.
7. Ridurre i tempi di attesa di trattamento.
8. Ridurre i livelli di inventario (ad esempio protesi, moduli, provette, etc.).
9. Registrare un'unica volta solo le informazioni utili.
10. Ridurre i Centri di alta specialità e potenziare tali pratiche in strutture centralizzate.
11. Ridurre i livelli di mortalità infantile e di prematurità in alcuni gruppi etnici.

(D.M. Berwick, JAMA, 1994)

Un partito dei medici

In Inghilterra si è costituito un nuovo partito politico chiamato National Health Action (NHA) composto da medici che vogliono difendere il Servizio Sanitario Nazionale dagli attacchi della politica e del profitto.

(BMJ 2012; 345:e7731)

Ripristinare i valori della medicina e del medico è interesse di tutta la società

L'educazione dei medici nei grandi Ospedali di riferimento è utile in quanto li addestra ad utilizzare strumenti avanzati e a lavorare in una realtà multispecialistica. Tuttavia l'aspetto negativo è che essi imparano a richiedere conferme diagnostiche e terapeutiche ad altri, privilegiando la completezza dei referti piuttosto che il proprio ragionamento, senza assumersi in pieno la responsabilità professionale e quella dell'uso minimo indispensabile delle risorse. In medicina vale la regola dell'80/20 (l'80% dei casi clinici si diagnosticano considerando in prima istanza il 20% delle cause possibili): per questo è più utile ed economico iniziare il processo diagnostico dalle cause più frequenti anziché esplorare tutte le possibili cause della patologia in esame con un atteggiamento di iper-investigazione, che ha costi e rischi non indifferenti. Negli anni tuttavia è cresciuto un altro motivo di iper-uso dei mezzi di diagnosi e cura: il timore di essere imputati di malpratica ed essere condannati a risarcire il paziente. Questo rischio crescente induce i medici a fare il massimo, ad assumere il minor numero possibile di rischi, a privilegiare la completezza anziché la ragionevolezza nei processi di diagnosi e cura.

Chiedere visite a parere di molti specialisti, fare molte indagini, somministrare molti farmaci crea innumerevoli occasioni di errore e di eventi avversi al paziente: la nostra società deve capire che va ripristinata la figura del medico, avvocato del paziente, che deve godere del rispetto e della fiducia dei malati. Certo anche i medici possono sbagliare, ma se ciò avviene senza colpa, egli non deve essere sottoposto al linciaggio mediatico e giudiziario. La società peraltro ha il dovere di assicurare ad ogni cittadino che il medico è aggiornato, onesto e disponibile e per questo va rispettato ed aiutato a svolgere la sua difficile professione. Il suo giudizio clinico è più importante di una lunga serie di indagini strumentali, e questo devono continuamente sottolineare coloro che educano i giovani medici, rivalorizzando i veri valori del medico. I medici, dal canto loro, devono rispettare il loro codice etico (vedi l'allegato Codice della Canadian Medical Association pubblicato nel 1987).

(Detsky AS, Verma HA – A new model for medical education. *Celebrating restraint.*
JAMA 308, 1329-30, 2012)

CMA POLICY SUMMARY

CODE OF ETHICS

Principles of Ethical Behaviour for all physicians, including those who may not be engaged directly in clinical practice.

- I Consider first the well-being of the patient.
- II Honour your profession and its traditions.
- III Recognize your limitations and the special skills of others in the prevention and treatment of disease.
- IV Protect the patient's secrets.
- V Teach and be taught.
- VI Remember that integrity and professional ability should be your best advertisement.
- VII Be responsible in setting a value on your services.

RESPONSIBILITIES TO THE PATIENT

An Ethical Physician:

Standard of care

- 1. will practise the art and science of medicine to the best of his ability;
- 2. will continue his education to improve his standard of medical care.

Respect for patient

- 3. will ensure that his conduct in the practice of his profession is above reproach, and that he will take neither physical, emotional nor financial advantage of his patient.

Patient's rights

- 4. will recognize his limitations and, when indicated, recommend to the patient that additional opinions and services be obtained;
- 5. will recognize that the patient has the right to accept or reject any physician and any medical care recommended to him. The patient, having chosen his physician, has the right to request of that physician opinions from other physicians of the patient's choice;
- 6. will keep in confidence information derived from his patient, or from a colleague, regarding a patient and divulge it only with the permission of the patient except when the law requires him to do so;
- 7. when acting on behalf of a third party will assure himself that the patient understands the physician's legal responsibility to the third party before proceeding with the examination;
- 8. will recommend only those diagnostic procedures which he believes necessary to assist him in the care of the patient, and therapy which he believes necessary for the well-being of the patient. He will recognize his responsibility in advising the patient of his findings and recommendations;
- 9. will on the patient's request, assist him by supplying the information required to enable the patient to receive any benefits to which the patient may be entitled;

- 10. will be considerate of the anxiety of the patient's next-of-kin and co-operate with him in the patient's interest.

Choice of patient

- 11. will recognize that he has a responsibility to render medical service to any person regardless of colour, religion or political belief;
- 12. shall, except in an emergency, have the right to refuse to accept a patient;
- 13. will render all assistance in his power to any patient, where an urgent need for medical care exists;
- 14. will, when the patient is unable to give consent and an agent is unavailable to give consent, render such therapy as he believes to be in the patient's interest.

Continuity of care

- 15. will ensure the availability of medical care to his patients in his absence; will, when he has accepted professional responsibility for an acutely ill patient, continue to provide his services until they are no longer required, or until he has arranged for the services of another suitable physician; may, in any other situation, withdraw from his responsibility for the care of any patient provided that he gives the patient adequate notice of his intention.

Personal morality

- 16. when his morality or religious conscience alone prevents him from recommending some form of therapy, he will so acquaint the patient.

Clinical research

- 17. will, before initiating any clinical research involving human beings, ensure that such clinical research is appraised scientifically and ethically and approved by a responsible committee, and is sufficiently planned and supervised that the individuals are unlikely to suffer any harm. He will ascertain that the previous research and the purpose of the experiment justify this additional method of investigation. Before

Members' comments on this subject are welcome and will be referred to the appropriate CMA councils and/or committees for consideration. Additional copies of this summary as well as further information and references are available upon request. Please address all correspondence to: President, Canadian Medical Association, PO Box 8650, Ottawa, Ont. K1G 0G8.

proceeding he will obtain the consent of those individuals or their agents, and will do so only after explaining the purpose of the clinical research and any possible health hazard which he can foresee.

The dying patient

18. will allow death to occur with dignity and comfort when death of the body appears to be inevitable;
19. may support the body when clinical death of the brain has occurred, but need not prolong life by unusual or heroic means.

Transplantation

20. may, when death of the brain has occurred, support cellular life in the body when some parts of the body might be used to prolong or improve the health of others;
21. will recognize his responsibility to a donor of organs to be transplanted and will give to the donor or his relatives full disclosure of his intent and the purpose of the procedure; in the case of a living donor, he will also explain the risks of the procedure;
22. will refrain from determining the time of death of the donor patient when he will be a participant in the performance of the transplant procedure or when his association with any proposed recipient might influence his judgement;
23. who determined the time of death of the donor may, subsequent to the transplant procedure, treat the recipient.

Fees to patients

24. in determining his fee to the patient, will consider his personal service and the patient's ability to pay and will be prepared to discuss his fee with his patient.

RESPONSIBILITIES TO THE PROFESSION

An Ethical Physician:

Personal conduct

25. will recognize that the profession demands of him integrity and dedication to its search for truth and its service to mankind;
26. will recognize that self-discipline of the profession is a privilege and that he has a responsibility to merit the retention of this privilege;
27. will conduct himself beyond reproach and will report to the appropriate body of his peers conduct by a confrère which he considers unbecoming to the profession;
28. will conduct himself in such a manner as to merit the respect of the public for members of the medical profession;
29. will avoid impugning the reputations of his confrères.

Contracts

30. will, when aligning himself in practice with other physicians, insist that they maintain the standards enunciated in this Code of Ethics and the Guide to the Ethical Behaviour of Physicians;
31. will only enter into a contract, regarding his professional services, which allows fees derived from physicians' services to be controlled by the physicians rendering the service;
32. will enter into a contract with an organization only if it will allow him to maintain his professional integrity;
33. will only offer to a confrère a contract which has terms and conditions equitable to both parties.

Reporting medical research

34. will first communicate to his confrères, through recognized scientific channels, the results of any medical research, in order that those confrères may establish an opinion of its merits, before he or they present it to the public.

Addressing the public

35. will recognize his responsibility to give the generally held opinions of the profession when interpreting scientific knowledge to the public

and in presenting any personal opinion which is contrary to the generally held opinion of the profession, he will indicate he is doing so, and will avoid any attempt to enhance his own professional reputation.

Advertising

36. will build a professional reputation based upon his ability and integrity, and will only advertise professional services or make professional announcements according to local custom;
37. will avoid advocacy of any product when he is identified as a member of the medical profession;
38. will avoid the use of secret remedies.

Consultation

39. will request the opinion of an appropriate confrère acceptable to the patient when diagnosis or treatment is difficult or obscure, or when the patient requests it. Having requested the opinion of a confrère, he will make available all relevant information and indicate clearly whether he wishes his confrère to assume the continuing care of the patient during this illness;
40. will, when his opinion has been requested by a confrère, report in detail his findings and recommendations to the attending physician and may outline his opinion to the patient. He will continue with the care of the patient only at the specific request of the attending physician and with the consent of the patient.

Patient care

41. will co-operate with those individuals who, in the opinion of the physician, may assist in the care of that patient;
42. will make available to a confrère, on the request of the patient, a report of his findings and treatment of that patient;
43. will provide medical services to a confrère and his dependent family without fee, unless specifically requested to render an account;
44. will provide only minor or emergency services to himself or his immediate family and these without payment.

Financial arrangements

45. will avoid any personal profit motive in ordering drugs, appliances or diagnostic procedures from any facility in which he has a financial interest;
46. will refuse to accept any commission or payment, direct or indirect, for any service rendered to his patient by other persons excepting only by his employees and professional colleagues with whom he has a formal partnership or similar agreement.

RESPONSIBILITIES TO SOCIETY

An ethical physician who acts under the principles of this Guide to the Ethical Behaviour for Physicians will find that he has fulfilled many of his responsibilities to society.

An Ethical Physician:

47. will strive to improve the standards of medical services in the community. He will accept his share of the profession's responsibility to society in matters relating to the health and safety of the public, health education, and legislation affecting the health or well-being of the community;
48. when a witness, will recognize his responsibility to assist the court in arriving at a just decision;
49. will, in the interest of providing good and adequate medical care support the opportunity of his confrères to obtain hospital privileges in his community appropriate to their personal and professional qualifications.

"The complete physician is not a man apart and cannot content himself with the practice of medicine alone, but should make his contribution, as does any other good citizen, towards the well-being and betterment of the community in which he lives."

Medici buoni manager

Gli ospedali guidati da medici funzionano meglio di quelli gestiti da manager. Tuttavia solo il 3,6% dei 6.500 ospedali americani hanno un direttore generale medico.

(*BMJ* 343; 281, 2011)

Selezione attitudinale per diventare medici

Negli ultimi 40 anni il maggior contributo all'aumento dell'attesa di vita della popolazione USA è stato dato dal ridotto consumo di tabacco e dall'aumento dell'attività fisica.

Per questo è indispensabile che i nuovi medici capiscano il valore della prevenzione e della salute pubblica, e uniscano alla preparazione accademica sentimenti e capacità di relazionarsi con i pazienti e le loro famiglie. L'Università, peraltro, deve selezionare i giovani che vogliono intraprendere gli studi medici al fine di assicurare che solo quelli attitudinalmente predisposti possano diventare medici.

(*Kirch DG. Transforming admissions: the gateway to medicine. JAMA* 308, 2250-51, 2012)

Per valutare medici e ricercatori

Per valutare i medici

Bisogna considerare 4 aree:

1. Conoscenza medica
2. Abilità professionale
3. Attività per la salute pubblica su temi prioritari
 - invecchiamento della popolazione
 - multi morbilità
 - frammentazione dei servizi
 - ineguaglianze
 - risorse limitate
4. Necessità dei pazienti

Per valutare i ricercatori

In Gran Bretagna per valutare i ricercatori si chiede loro di segnalare le 4 migliori pubblicazioni per originalità, importanza e rigorosità, ma anche l'impatto della ricerca sull'economia, la società, la qualità della vita, l'ambiente, la salute e i servizi sanitari.

(*Watt G. The UK's research excellence framework 2014, BMJ* 2012;345:e7797)

La rivalidazione dei medici in Gran Bretagna

Dal 3 dicembre 2012 (ed entro il 2016) tutti i medici inglesi che esercitano la professione devono sottoporsi ogni 5 anni alla rivalidazione (o rinnovo della licenza professionale), ossia ad un processo che dimostri al General Medical Council (GMC) che essi sono aggiornati e aderenti ai più rilevanti standard professionali, che riguardano: conoscenza, abilità professionale e performance, sicurezza, comunicazione, lavoro di squadra e relazioni. Il GMC richiede che ogni medico dimostri di essersi impegnato ogni anno in 6 tipi di attività:

1. Continuous Professional Development (CPD)
2. Miglioramento della qualità
3. Eventi significativi
4. Feedback dai colleghi
5. Feedback dai pazienti
6. Revisione dei reclami e dei complimenti

Tutto il processo deve avvenire sotto la supervisione locale di persone o gruppi designati dalle ASL, che forniscano anche consiglio e supporto.

(*Oxtoby K. Revalidation. A guide for doctors. BMJ Careers, 1 dicembre 2012*)

Come modificare i comportamenti dei pazienti?

La scarsa aderenza dei pazienti alle terapie rappresenta un importante ostacolo al trattamento efficace delle malattie croniche e si associa ad un significativo aumento della morbilità, della mortalità e dei costi.

Questo grande problema è stato affrontato con la tecnica dell'intervista motivazionale, ma i risultati sono incostanti e solo alcuni studi hanno fornito risultati positivi. Bisogna quindi studiare e applicare anche altri metodi per modificare i comportamenti delle persone e valutarli scientificamente prima di adottarli nella pratica quotidiana.

(*Berkowitz SA, Johansen KL. Does motivational interviewing improve outcomes? Arch Int Med 172, 463-64, 2012*)

Il giro in corsia

Il modello di assistenza ospedaliera del passato prevedeva specializzandi e laureandi (talora con la collaborazione part-time di medici generalisti) come “*medici di letto*”, cioè come responsabili della visita quotidiana e relativa cartella dei pazienti loro assegnati, con la supervisione del Capo Reparto, al quale venivano ogni giorno presentati i malati durante il “giro”.

Il “giro” in corsia migliora la sicurezza del paziente, la possibilità di collaborazione tra medici e infermieri, l’uso efficiente delle risorse ed è uno strumento potente di aggiornamento per tutti. L’importanza del “giro” deve essere promossa non solo dai clinici, ma anche dai managers dell’Ospedale.

(*Royal College of Physicians and Royal College of Nursing. Ward rounds in medicine. Principles for best practice, 2012, www.rcplondon.ac.uk, www.rcn.org.uk*)

Ecco alcune principali **Raccomandazioni** del suddetto documento:

- ✓ il “giro” in corsia deve essere visto come una priorità per tutti i componenti del *team* multiprofessionale
- ✓ la Capo Sala deve essere presente al letto di ogni paziente come componente indispensabile del “giro”
- ✓ deve essere predisposto un tempo dedicato al “giro” multidisciplinare; bisogna quindi rimuovere le difficoltà che si frappongono a individuare questo tempo
- ✓ il “giro” deve essere effettuato al letto del paziente e non in un locale separato, anche se una riunione in locale separato può essere utile per preparare o continuare la discussione di singoli casi clinici
- ✓ le cartelle dei malati e le indagini effettuate devono essere conservate centralmente, così come l’accesso a dati elettronici
- ✓ è importante che il “giro” venga utilizzato per insegnare ai giovani medici e aggiornare tutti i partecipanti, nonché per effettuare un *audit* clinico
- ✓ i pazienti devono essere incoraggiati a partecipare attivamente alla visita medica e deve essere rivolta particolare attenzione a proteggere la confidenzialità e la dignità del paziente stesso
- ✓ tutte le decisioni principali e le relative azioni devono essere chiaramente documentate
- ✓ durante il “giro” devono essere attentamente esaminate le prescrizioni farmaceutiche e utilizzate liste di controllo per ridurre le omissioni e migliorare la sicurezza del paziente
- ✓ i pazienti devono essere coinvolti nel piano di dimissione e deve essere preparata una scrupolosa relazione di dimissione comprendente i farmaci prescritti e le azioni mediche raccomandate, comunicando al paziente e ai suoi parenti ogni dettaglio e possibilmente comunicando direttamente con il medico generalista che lo prenda in carico alla dimissione.

Il Royal College of Physicians e il Royal College of Nursing, congiuntamente, hanno fatto un appello perché il giro in corsia venga ripristinato negli Ospedali inglesi e ad esso partecipi tutta la squadra dei sanitari del Reparto. Il giro è un poco caduto in disuso, ma le sue funzioni sono ancora oggi molto importanti. Si pongono le diagnosi, si affinano i trattamenti e gli approfondimenti diagnostici, si pianifica la dimissione, si investe nella sicurezza e nell’insegnamento, si migliorano i rapporti con il paziente e la sua famiglia, si aumenta la loro fiducia nella squadra. Il giro deve essere guidato dal Primario nella mattinata, deve essere centrato sul paziente e sulla sua cartella e deve includere check-lists per ridurre eventuali omissioni e prevenire errori.

(*Kmietowicz S. Restore ward round to former glory to improve patient care and team working, say Royal Colleges. BMJ 2012,345,e6622*)

Rapporti medico – paziente

Ippocrate diceva che l'affabilità e l'empatia del medico spesso riescono da sole a far star meglio il paziente. Ciò è vero anche oggi: l'aderenza alla terapia ipertensiva, o la risposta al trattamento anti-dolorifico migliorano quando il paziente sente che il medico gli è vicino con calore umano .

(Roghmann K.J. et al. *Satisfaction with medical care: its measurement and relation to utilization. Med Care 17, 461-79, 1979*)

La buona comunicazione

La comunicazione usa due linguaggi: quello della logica e quello dell'emozione. Ognuno vede il mondo a modo suo. Empatia è spostarsi nella mente e nel cuore degli altri per vedere il mondo come lo vedono loro.

(Covey SR. *La leadership centrata sui principi. Franco Angeli, Milano, 2009*)

Informazioni in sanità

L'operazione più redditizia che il governo può effettuare è fornire al pubblico informazione in materia di sanità.

(George Will, *Access to Fashion, Boston Globe, 8 gennaio 1989*)

Come migliorare i comportamenti sociali

Il marketing sociale, ossia l'utilizzo di tecniche efficaci per migliorare i comportamenti delle popolazioni importate dal marketing commerciale, si avvale di vari strumenti quali:

- i gruppi tra pari (ad esempio weight watchers, circolo dei diabetici, ecc.);
 - le interviste motivazionali. L'intervista serve per introdurre senza parere un messaggio di cambiamento. Ad esempio è oggi molto usato dai produttori di sigarette intervistare i fumatori per indurli a persistere o a cambiare la marca usata;
 - le telefonate di rinforzo. Ad esempio per sostenere l'aderenza al trattamento in alcune malattie croniche, per verificare la compatibilità tra farmaci, per ricordare la necessità di misurare e registrare la pressione arteriosa, ecc.;
 - messaggi lanciati nei net sociali, cinema e TV, attraverso dialoghi o situazioni (D: "Vuoi una sigaretta? R: No, grazie non sono così pazzo da fumare) e per i bambini uso dei cartoni animati più che di personaggi;
 - campagne informative istituzionali (alle scuole, al pubblico, nei presidi sanitari, ecc.).
-

Nuovi strumenti per il medico di base

È stato di recente approvato un nuovo test rapido che può essere utilizzato anche dalla medicina di base per identificare i bambini con TBC. Il test è automatico e in 2 ore identifica il micobatterio nello sputo e nel liquido nasofaringeo, valutando anche se è resistente alla rifampicina.

Negli ultimi tempi i test rapidi sono stati messi a punto per diverse condizioni, inclusa l'infezione da HIV. Si tratta di un nuovo strumentario che allarga la possibilità di diagnosi a disposizione dei medici di base, che finora non hanno mai potuto giovarsi dell'innovazione tecnologica per affinare la loro capacità diagnostica e non dipendere interamente da altri professionisti.

(Zar HJ et al. *Lancet Glob Health* 2013;1:e97-104)

In ambulatorio i medici più esperti e non i più giovani

Per 24 ore al dì e per 7 giorni la settimana, al Royal Free Hospital di Londra l'ambulatorio di pediatria (e l'urgenza) sono effettuati da pediatri esperti con la collaborazione di giovani medici e altro personale sanitario. Durante il cambio dei tre turni di lavoro (alle 9, alle 16.30 e alle 21) i medici sovrappongono il lavoro per ½-1 ora. Ciò consente di discutere i casi più complessi, assicurare continuità di cura, insegnare ai giovani (che possono così arricchire il loro e-portfolio della conoscenza e che si dichiarano molto soddisfatti di questo sistema). Gli stessi medici possono peraltro continuare a seguire i pazienti in reparto o in ambulatorio, così da assicurare continuità di cura ai pazienti e opportunità di aggiornamento continuo a se stessi e ai giovani medici. Non vi è stata difficoltà a reclutare medici esperti per questo servizio, forse anche per gli incentivi non economici che possono essere offerti a questi partecipanti, inclusa la residenza nell'Ospedale.

(Gabbie S. *Providing 24/7 care in a consultant delivered paediatric service. BMJ Careers*, 23 giugno 2013)

Il medico sciatto

Molti medici oggi non vestono più in modo classico: non portano il camice, non portano cravatta, hanno aspetto anonimo e trasandato (scruffy doctors). Molti pazienti non sembrano contenti di questo cambiamento: essi lamentano di non capire più chi è medico e chi non lo è, e ritengono che l'immagine del medico ed il suo ruolo ne soffrano molto. Né vi è ragione di ritenere che questo abbigliamento comporti meno rischi di trasmettere germi ai pazienti: non vi è alcuna prova in tal senso: ciò che serve a questo fine è lavare le mani e pulire bene gli ambienti. L'aspetto trasandato e informale richiama invariabilmente il concetto di poco pulito, e questo è davvero un pericolo per il paziente. Dobbiamo ritornare a potenziare le misure igieniche, quelle dell'igiene dell'era pre-antibiotica, perché essa è sempre attuale e fondamentale e i giovani medici in particolare devono tornare a conoscerla ed apprezzarla; l'igiene rinascere dalle sue ceneri come una fenice man mano che aumentano le resistenze agli antibiotici e sono troppo pochi i nuovi antibiotici allo studio.

(Dancier S. *Put your ties back on. BMJ* 2013;346:f3211)

Direttori Generali Medici per gli Ospedali

Le migliori organizzazioni sanitarie in USA (Kaiser-Permanente in California, Intermountain Healthcare in Utah, Virginia Mason in Seattle) sono dirette da medici che uniscono ad un'alta credibilità da parte dei loro colleghi una conoscenza profonda di ciò che va fatto per migliorare la qualità e una capacità di motivare i medici a darsi come obiettivo principale la qualità dei servizi erogati al paziente. E' un cambio culturale prima che tecnico e bisogna saperlo realizzare. Solo così si possono ridurre gli sprechi legati a scarsa attenzione al malato e alla preoccupazione di osservare standard e sanzioni imposti dall'alto (Ham C. BMJ 2013;346:f3668).

Recentemente sono stati sviluppati alcuni indicatori di spreco, che possono essere utili per aiutare i medici a perseguire il loro obiettivo di qualità (Am J Med Qualità 2013;doi:10.1177(1062860613486830).

La eccessiva medicalizzazione

Una causa della crescita dei costi in sanità è l'eccessivo uso di mezzi di diagnosi e di cura che si è verificato negli ultimi decenni. Non solo molti di questi interventi sono inutili, ma spesso sono dannosi. Tra il 1975 e il 2012 la incidenza dei tumori tiroidei si è triplicata, ma la mortalità non è cresciuta, a indicare che non la patologia, ma l'uso della tecnologia e le sue migliorate possibilità sono alla base del fenomeno. Tutto ciò nuoce al paziente e alla finanza pubblica. Oggi troppo spesso si curano i marcatori anormali e non le malattie: talora ciò è utile, ma spesso non lo è, e il detto "less is more" deriva proprio dagli interventi inutili e dall'eccessiva medicalizzazione. Come rimediare a tutto ciò? Potenziando un medico colto ed esperto, che ha buon senso e senso di responsabilità, ma anche riducendo il rischio che le linee guida diventino una legge e che l'intervento del magistrato sia sempre incombente. Ancora una volta è ripristinando il ruolo sociale del medico, rispettandone la figura, motivandolo e preparandolo meglio alla sua professione che possiamo sperare di avere una medicina più equilibrata ed utile, meno invasiva, meno costosa e con meno sprechi.

(Glasziou P et al. *Too much medicine; too little care. BMJ 347, 7, 2013*)

La voce debole dei medici

La difesa della salute pubblica e la condanna delle iniziative che favoriscono gli interessi commerciali anziché il bene comune è molto forte da parte delle riviste scientifiche inglesi. Recentemente il BMJ ha stigmatizzato il voltafaccia del Governo sull'annunciata volontà di introdurre i pacchetti anonimi per le sigarette e il prezzo minimo per unità alcolica, determinato dalle pressioni politiche dei produttori (Collin J e Hill S. Corporate involvement in public health policy is being obscured. BMJ 346, 9, 2013). In Italia la difesa del bene comune è molto più debole: ad esempio il blitz effettuato recentemente dal Senato, che ha approvato l'emendamento del Senatore Galan che consente di fumare la sigaretta elettronica nei locali pubblici chiusi e nei luoghi di lavoro (incrinando così la ben consolidata abitudine di non fumare più in questi luoghi) ha trovato una classe medica assente o quasi, a parte poche lodevoli eccezioni quali la Consulta Nazionale per il Tabacco o la Lega Italiana contro i Tumori.

Il medico e il malato

La pratica medica (detta arte medica) è la sintesi tra scienza e tecnologia da un lato e la personalità e l'esperienza del medico dall'altro (Gadamer HG. Dove si nasconde la salute. Cortina Ed., Milano 1994). Quest'arte si traduce così nell'atto medico di diagnosi e cura, che è tanto più gradito ed efficace quanto più entrambe le componenti sono qualitativamente elevate.

Esiste un'attitudine ad essere medico (cioè a "saper essere"), ossia ad instaurare un rapporto con il malato, costituito da capacità tecniche e relazionali nonché di caratteristiche personali, che deve essere oggetto di intervento didattico e pedagogico, ma è migliorabile solo in parte. Questo implica che chi desidera iscriversi alla Facoltà di Medicina e Chirurgia debba essere sottoposto ad una valutazione attitudinale. Inoltre l'attitudine dell'internista è diversa da quella del chirurgo e quindi è anche necessario un esame attitudinale di ammissione alle specialità mediche e chirurgiche. Solo in tale modo si può passare dall'"insegnamento della medicina" alla "formazione del medico", cioè a far sì che medico e paziente non rappresentino solo due ruoli, ma soprattutto due persone, che non possono limitare il loro rapporto alla sola considerazione dei sintomi, ma devono instaurare e sostenere un complesso rapporto relazionale. Dice Gadamer: "Dobbiamo renderci conto delle differenze che esistono tra la medicina scientifica e la vera e propria arte medica". Appartiene all'arte medica anche la consapevolezza del medico della sua fragilità e della sua natura umana mortale: ciò mitiga la situazione del medico sano e forte e del paziente malato e debole. In realtà essi sono entrambe creature deboli che debbono aiutarsi a combattere il male. Per questo Donald Winnicott dedicò il suo libro "Gioco e realtà" (1974) "ai miei pazienti che hanno pagato per insegnarmi".

Se quindi i medici hanno molto da imparare sia dai libri, sia dalla professione quotidiana, tuttavia anche i pazienti devono capire una cosa fondamentale: ognuno di noi deve custodire la propria salute per evitare di ammalarsi e ognuno di noi deve sforzarsi di capire i limiti e le possibilità dell'arte medica e della scienza, così da sfuggire alla speculazione della magia e agli interessi industriali, aumentando il proprio livello di conoscenza sul tema della salute e della malattia, inclusa l'azione delle Istituzioni deputate ad erogare i servizi sanitari. In una parola sapere e capire di più per vivere più anni in salute. Ecco perché dobbiamo insistere perché l'educazione sanitaria venga posta in primo piano tra le azioni sanitarie: si tratta di un investimento ad altissimo ritorno anche economico, ed è desolante osservare come esso non rientri nei compiti dei grandi mezzi di comunicazione di massa e venga considerato marginale dalle Istituzioni.

Selezione dei candidati a Medicina

Per selezionare coloro che vogliono iscriversi alla Facoltà di Medicina e Chirurgia bisogna scegliere coloro che hanno attitudine a:

1. prendersi cura dei pazienti
2. migliorare continuamente le loro conoscenze
3. amare la ricerca
4. interagire con i pazienti e i sanitari

(Lubelski D. *Medical school admission interview and licensing examination scores. JAMA 309, 1108, 2013*)

L’empatia distingue i veri medici

È indispensabile insegnare ai medici l’importanza dell’empatia (ossia l’atteggiamento di partecipazione affettuosa ai problemi del paziente) e ammettere alla professione solo quelli che durante un tirocinio sul campo hanno dimostrato di possedere questa dote.

Tutti i sanitari, medici e non medici, debbono inoltre applicare la “due diligence” per assicurarsi di operare secondo le leggi e le regole.

Le conseguenze (negative) del terzo pagante in sanità

Finchè il malato pagava in proprio per la prestazione medica, il rapporto tra paziente e medico era diretto senza interposizione di altre figure professionali.

Quando è entrato in scena il Servizio Sanitario Nazionale, e cioè un terzo pagante, la figura del medico come unico interlocutore del paziente e unico responsabile dell’atto medico è stata “diluita”, ed è passato il concetto che l’atto medico è erogato dal sistema sanitario, che oltre al medico include molte altre figure, compresi i politici ed i burocrati. In altri termini il malato cerca sempre il medico, ma questo è condizionato da un insieme di vincoli cui diviene subalterno, così perdendo la sua prerogativa di decisore, coordinatore ed erogatore della cura. Questo cambiamento è alla base di molti dei difetti del moderno Servizio Sanitario Nazionale, anche perché le figure amministrative e politiche hanno emarginato il medico e gli si sono sostituite nel ruolo di decisore, con una visione che spesso privilegia più le conseguenze economiche che quelle cliniche dell’atto medico.

Questa nuova realtà ha impoverito il rapporto medico-paziente, che oggi non è più una relazione con dialogo interpersonale che il medico offre ad una richiesta di aiuto a lui rivolta dal paziente. Sul paziente si muovono molti altri attori (infermieri, tecnici, specialisti di varia natura, amministratori, politici, manager, economisti, aziendalisti, ecc.). Si nota quindi un evidente contrasto tra una concezione ippocratica tradizionale e una che si presenta esplicitamente come un suo superamento (Reichlin. In: “Il senso della medicina. Gruppo di studio sulla bioetica”. Affari Sociali 64, 726-744, 2013), ossia tra una presa in carico diretta da parte del medico di tutti i problemi del malato e un’azione collettiva in cui il medico è solo un attore, e spesso non il decisore. È questo un progresso? Non direi proprio, e non lo dice nemmeno il paziente che spesso rimpiange “i buoni medici di famiglia di una volta”. Non lo dicono anche eminenti pensatori come Pellegrino (Pellegrino ED, Thomasma DC. Per il bene del paziente. Tradizione e innovazione nell’etica medica. Ed. Paoline, 1992). Amaramente i medici non hanno capito o non hanno saputo guidare il cambiamento e opporsi al grave vulnus che veniva inferto al loro ruolo e alla loro figura professionale. La situazione peraltro continua a peggiorare, cresce il malcontento di medici e pazienti ed i costi della sanità crescono; crescono anche gli sprechi, le iniquità (che ne dite della libera professione intramoenia, che ha snaturato i principi stessi del Servizio Sanitario Nazionale che prevede equità di accesso alle cure?), le differenze tra le varie aree del Paese, le illegalità, le prepotenze. Ma malgrado questo qualcuno ritiene che ci si debba spingere più oltre fino a fare del rapporto medico-paziente un vero e proprio contratto (Veatch RM. The patient – Physician relationship. Indiana University Press Bloomington 1991 e Veatch RM. Hippocratic, religious and secular medical ethics. The point of conflict. Georgetown University Press, Washington DC, 2012).

Vi sono infine pensatori che mediano tra le due posizioni e suggeriscono di coniugare la dinamica istituzionale del contratto con la logica del patto di cura basato sulla fiducia (Ricoeur P. Il giudizio medico. Morcelliana, Brescia, 1996). Condivido il pensiero di alcuni medici inglesi che recentemente hanno scritto: “Coloro che non hanno rapporti con il malato non devono lavorare nei servizi sanitari. Dobbiamo liberarci dei burocrati, data managers e simili che si sono moltiplicati in sanità” (Jason Luty. BMJ 2013; 346:f1481)

Paura e dirigismo negli Ospedali

Don Berwick ha sottolineato che negli Ospedali inglesi vige un clima di paura e di dirigismo anziché la voglia di imparare, innovare e partecipare con entusiasmo. Se non si cambierà, i servizi sanitari non potranno migliorare e per cambiare è necessario che la sanità venga riportata nelle mani dei medici.

(Dyer C. *The long road to ensuring patient safety in NHS hospitals. BMJ 346, 16, 2013*)

Emergenza sanitaria in volo

Ogni anno viaggiano nel mondo su aerolinee commerciali 2,75 miliardi di passeggeri. Nel triennio 2008-2010 si sono verificate 11.920 emergenze denunciate durante il volo: 37,4% sincopi, 12,1% problemi respiratori, 9,5% nausea e vomito, e poi attacchi cardiaci, ictus, ecc. La morte si è verificata nello 0,3% dei casi in volo o dopo l'atterraggio. L'urgenza è stata soccorsa in volo nel 48,1% dei casi da passeggeri medici. Un quarto dei passeggeri che avevano presentato un'urgenza in volo è stato ricoverato in Ospedale all'arrivo.

Nella Tabella sono riportate le Raccomandazioni per i passeggeri medici che prestano aiuto ai passeggeri colpiti da malore in volo.

(Peterson DC et al. *Outcomes of medical emergencies on commercial airline flights. N Engl J Med 368, 2075-83, 2013*)

*Recommendations for Traveling Physicians or Other Health Care Providers during In-Flight Medical Emergencies.
General Approach to In-Flight Medical Emergencies*

Identify yourself and specify your level of medical training to the flight crew.

Patient assessment:

Identify the patient's chief problem and its duration.

Identify associated and high-risk symptoms (e.g., chest pain, shortness of breath, nausea or vomiting, or unilateral weakness or numbness).

Obtain vital signs (pulse and blood pressure). If you are unable to assess blood pressure by means of auscultation, assess it by palpating the radial pulse.

Assess the patient's mental status and determine whether there are focal neurologic deficits.

If the patient is in cardiac arrest, obtain and apply an automated external defibrillator (AED). For patients with a pulse but a suspected cardiac problem, consider using an AED if it has monitoring capabilities. (The airline may require contact with a ground-based consultant before use.)

Ask a flight attendant to obtain the emergency medical kit (EMK) and administer oxygen as needed.

Initiate consultation with the ground-based consultant if not already initiated by the flight crew.

Recommendations for interventions, such as administration of medications or intravenous fluids, should be discussed with the ground-based consultant.

Aircraft diversion, ground-based medical assistance, or both should be coordinated with ground-based consultation.

Document the clinical presentation and care rendered. This information should be provided to medical personnel on arrival at the destination with the transfer of care.

Management of Syncope or Presyncope

Confirm breathing and pulse.

Move the patient to an aisle or galley, place the patient in a supine position with legs raised, and provide oxygen.

Check vital signs. Most patients will be hypotensive immediately after the episode.

If the patient has diabetes, a glucometer from the patient or a fellow passenger may be used for glucose assessment.

(A device may also be available in enhanced EMKs.)

Most patients will recover spontaneously within minutes. Give oral fluids when possible.

Consider intravenous fluids only if the patient is persistently hypotensive and cannot take oral fluids.

Management of Chest Pain or Palpitations

Check vital signs.

Provide oxygen.

If chest pain may be cardiac in origin, consider administering aspirin.

If systolic blood pressure is more than 100 mm Hg, consider administering sublingual nitroglycerin every 5 minutes.

Check blood pressure after each dose.

If the AED has monitoring capabilities, consider its use to evaluate the cardiac rhythm and evidence of ST-segment changes in the limb leads.

If symptoms resolve with the above measures, aircraft diversion is not typically required. Ground-based consultation can assist with diversion decisions.

Holistic Review in USA

L'ammissione alla facoltà di Medicina e Chirurgia deve essere assoggettata ad un esame attitudinale, giacché coloro che intendono fare il medico devono possedere alcune attitudini riportate nella Tabella(1) e che si possono riassumere in rigore intellettuale, collaboratività, coscienza sociale, creatività(2).

Mapping Desirable Physician Traits to Applicant Data.	
Physician Trait	Applicant Data Elements
Intellectual ability	Academic record
Commitment to service	History of engagement
Cultural sensitivity	Past behavior
Empathy	Essay, letters of reference
Capacity for growth	Adversities overcome
Emotional resilience	Distance traveled*
Strength of character	Letters of reference, testimonials
Interpersonal skills	Interview, letters of reference
Curiosity and engagement	Life choices

* "Distance traveled" refers to cumulative life experiences — how far one has come in life, rather than physical distance.

Questa valutazione attitudinale viene denominata Holistic review, che l'Association of American Medical Colleges definisce come "un mezzo flessibile e personalizzato per valutare le capacità del candidato in termini di esperienze effettuate, attributi e risultati accademici, ma anche per capire se e come il candidato possa apportare valore durante gli studi e come futuro medico". Al Mount Sinai Ichman School of Medicine viene effettuato un corso estivo di 6 settimane per la preparazione dei candidati alla valutazione attitudinale pre-medicina ed i risultati sono molto positivi (3).

Solo con strumenti di questo tipo si può sperare di avere una nuova classe di medici non solo più preparati, ma anche più adatti a soddisfare le aspettative dei pazienti che dal medico si aspettano non solo capacità professionale ma anche empatia, vicinanza, disponibilità, umanità(1).

(1) Witzburg RA, Sandheimer HM. Holistic review. Shaping the medical profession one applicant at a time. NEJM 368, 1565-67, 2013.

(2) Kauter SL. Toward a sound philosophy of premedical education. Acad Med 83, 423-4, 2008.

(3) Muller D. Reforming pre-medical education. Out with the Old, in with the New. NEJM 368, 1567-69, 2013



I desideri di Ilaria, una bambina di 8 anni malata,
mi hanno davvero commosso.

SALUTE

Attività fisica
Alimentazione
Obesità

Importanza dell'esercizio fisico

Esistono tre tipi di esercizio fisico: quello aerobico (cammino veloce, nuoto, bicicletta, jogging), quello di resistenza (pesi, bande elastiche) e lo stretching (yoga). Vi sono inoltre esercizi combinati: ad esempio jogging con pesi sulle braccia oppure esercizi aerobici che usano il peso corporeo come sorgente di resistenza (fare le scale a piedi).

L'esercizio aerobico è particolarmente benefico per il sistema cardiovascolare, giacchè aumenta il consumo massimo di ossigeno, aumenta la gettata cardiaca e ne diminuisce la frequenza a riposo.

L'esercizio di resistenza aumenta le masse e la forza muscolare, e aumenta la richiesta metabolica dell'organismo che, a sua volta, comporta una diminuzione del grasso corporeo. Esso è molto utile per ridurre il rischio di cadute e migliorare l'equilibrio. Lo stretching migliora la flessibilità dei tendini, la funzione delle articolazioni, la motilità. I vari tipi di esercizio hanno quindi precise indicazioni terapeutiche (Tabella).

Per le donne è molto importante includere esercizi di resistenza (ad esempio portare pesi) nella loro routine; lo yoga è utile per trattare il mal di schiena.

Tutti gli esercizi fisici hanno effetti positivi in quanto riducono la pressione arteriosa, aumentano il benessere psicologico, riducono l'ansia e la depressione, migliorano le capacità cognitive, allungano la vita, specie nel diabete di tipo 2. Infatti l'esercizio fisico aumenta la sensibilità all'insulina, riduce il tasso di emoglobina glicata e migliora il controllo della glicemia, ed è l'associazione tra esercizio aerobico e di resistenza che si dimostra più utile nel diabete e sembra anche prevenirne l'insorgenza.

Infine il movimento sistematico nelle persone sane di mezza età si associa ad una riduzione del rischio di sviluppare malattie croniche (ischemia e scompenso cardiaco, malattia cronica ostruttiva del polmone, malattia di Alzheimer, tumori del colon o del polmone, diabete, ictus, insufficienza renale) in età più avanzata. Insieme al mantenimento del peso ideale, al non uso del fumo, al moderato uso di alcolici, l'attività fisica è il fattore che consente di godere di un invecchiamento sano.

Exercise	Specific Benefits	Special Indications/Limitations
Brisk walking, running	Improved cardiovascular health	None
Swimming, bicycling	Improved cardiovascular health	Nonweightbearing; does not increase bone mineral density
Tai chi	Improved cardiovascular health, improved balance	May be particularly good for older persons because of the gentle movements
Resistant (weight) training	Improved muscle, strength and size, improved balance	Seems to complement the benefits of aerobic exercise
Yoga	Increased flexibility, stress management	Can be done on own or in addition to other exercises; has been used in the management of chronic diseases (eg. pain, cancer, depression)
Stretching	Increased flexibility, decreased risk of injury	Best incorporated as a warm-up before other exercises

Una guida per il medico che vuole prescrivere attività fisica è disponibile sul web al sito http://www.move.va.gov/download/Resources/CHPPM_How_To_Write_An_Exercise_Prescription.pdf, ed è auspicabile che tutti i medici lo usino per consigliare attività fisica adatta a tutti i loro pazienti.

Attività fisica e salute

L'inattività fisica è un rischio primario di malattie cardiovascolari e di morte prematura. Gli individui inattivi hanno un rischio di infarto miocardico che è quasi il doppio dei soggetti attivi. Basta un'attività fisica moderata per eliminare questo rischio: 150 minuti alla settimana negli adulti, 300 minuti alla settimana per i bambini. Ma i vantaggi dell'attività fisica sono anche altri, come riportato nella seguente Tabella, ove è indicata anche la forza della evidenza scientifica di ogni affermazione.

(da Royal College of Physicians: *Exercise for life*, June 2012)

Appendice B – Tabella A1 – Relazione tra attività fisica (PA) e risultati di salute

Table A1 The relationship between physical activity (PA) and health outcomes

Health outcome	Association with physical activity	Effect size	Evidence strength
All-cause mortality	Clear inverse relationship between PA and all-cause mortality	Approximate 30 % risk reduction across all studies	✓✓✓✓
Cardiorespiratory health	Clear inverse relationship between PA and cardiorespiratory health	There is a 20–35 % lower risk of cardiovascular disease, coronary heart disease and stroke	✓✓✓✓
Metabolic health	Clear inverse relationship between PA and risk of type 2 diabetes and metabolic syndrome	30–40 % lower risk of metabolic syndrome; 35–50 % lower risk of type 2 diabetes in moderately active people	✓✓✓✓
Energy balance	Favourable and consistent effect of aerobic PA on achieving weight management	Aerobic PA has a consistent effect on achieving weight maintenance (<3 % change in weight). PA (in large volume) can achieve weight loss, and dietary control throughout intervention. Following weight loss, aerobic PA has a consistent effect on weight maintenance.	✓✓✓✓ ✓✓✓✓ ✓✓✓
Musculoskeletal health	Bones Inverse association with PA and risk of hip fracture and vertebral fracture PA can increase spine and hip bone marrow density	36–68 % risk reduction of hip fracture Effect on bone mineral density is 1–2 % (weak evidence for vertebral #)	✓✓✓ ✓✓
	Joints No evidence of regular moderate PA promoting OA Moderate intensity PA has disease-specific benefits in terms of pain, function, quality of life and mental health	Risk reduction of osteoarthritis (OA) for walking is 22–83 % In adults with OA, pooled effect sizes for pain relief 0.25–0.52, function =0.14–0.49, disability electrical stimulation =0.32–0.46	✓✓ ✓✓✓✓
	Muscular Increase in PA enhances skeletal muscle mass, strength, power and neuromuscular activation	Resistance type PA on muscle mass and function is variable and dose-dependent.	✓✓✓✓
Cancer	There is an inverse relationship between PA and risk of breast and colon cancer.	There is a 30–50 % lower risk of colon cancer, and a 20 % lower risk of breast cancer.	✓✓✓✓

Table from: Department of Health. *Let's get moving – a new physical activity care pathway for the NHS*. commissioning guidance. London: DH, 2009.

Poca TV è meglio

Stare seduti molto tempo davanti alla televisione si associa ad un aumento della mortalità (pericolo che si associa a quello di subire una grande quantità di pubblicità e quindi di aumentare i consumi inutili, e a quello di input di scarsa qualità culturale).

(Grontved A, Hu FB. *Television viewing and risk of type 2 diabetes, cardiovascular disease, and all-cause mortality: a meta-analysis.* JAMA 305, 2448-55, 2011)

Muoversi allunga la vita

L'attività fisica e la condizione di non fumatore correlano con la longevità anche nelle persone di età compresa tra 75 e 85 anni. I soggetti che si impegnano regolarmente nel camminare o nuotare hanno una vita media che risulta sino a 2-5,4 anni più lunga.

(Rizzato D et al. *Lifestyle, social factors and survival after age 75: population based study.* BMJ 345, 17, 2012)

L'attività fisica protegge il cervello

Uno studio longitudinale su 700 adulti sulla settantina ha dimostrato che l'attività fisica sostenuta si associa a maggiore quantità di sostanza grigia nel cervello, minore atrofia e minor numero di lesioni nella sostanza bianca. L'attività fisica sostenuta quindi protegge il cervello dai danni dell'invecchiamento.

(*Neurology* 79, 1802-8, 2012)

L'attività fisica come medicina

I pazienti con cardiopatie ischemiche stabili sono quelli che più si giovano del movimento fisico moderato e aerobico. L'attività fisica non solo non aggrava la malattia, ma al contrario ne previene l'aggravamento. E' utile assumere prima dell'esercizio fisico i nitrati ad azione rapida per prevenire il dolore anginoso. Per questi pazienti l'esercizio fisico sistematico è una vera e propria cura.

(Boden WE et al. *Physical activity and structured exercise for patients with stable ischemic heart disease.* JAMA 309, 143-44, 2013)

L'esercizio fisico allunga la vita

Gli adulti che si muovono energeticamente (cammino veloce, salita delle scale, bicicletta, ecc.) per almeno 2 ore alla settimana vivono in media 4 anni di più delle persone inattive e ben 7 anni di più dei sedentari obesi. Questi dati derivano da uno studio condotto su ben 654.827 adulti in USA e in Svezia e dovrebbe indurre tutti gli adulti sia grassi che magri ad eseguire movimento muscolare energico almeno 2 ore la settimana.

(*PlosMed* 2012;9:e1001335)

Diabete e attività fisica

I muscoli hanno un ruolo fondamentale nel metabolismo del glucosio; l'attività fisica migliora il trasporto del glucosio al muscolo, l'omeostasi del glucosio e la sensibilità all'insulina ed è quindi una vera e propria terapia per il paziente diabetico.

(<http://tinyurl.com/7e8gkol>)

L'esercizio fisico per disperdere calorie

L'esercizio fisico sembra stimolare i muscoli scheletrici a produrre diverse miochine, una delle quali detta IRISINA ha la proprietà di trasformare il grasso bianco in un grasso simile a quello bruno (capace di incrementare la dispersione di calorie). Alle miochine prodotte si deve anche la protezione del movimento muscolare da diverse patologie, quali le malattie cardiovascolari, il diabete di tipo 2, il cancro, l'osteoporosi e la demenza.

(Pedersen BK. A muscular twist of the fate of fat. NEJM 366, 1544-45, 2012)

I rischi dello star seduti

Uno studio australiano su 222.497 persone di 45 o più anni ha dimostrato che le persone che stanno sedute per 8-11 ore al dì o per più di 11 ore al dì hanno una probabilità di morire rispettivamente del 15% e 41% più elevata di coloro che stanno seduti per meno di 4 ore al giorno. Stare a lungo seduti è quindi un fattore di rischio di morte (van der Ploeg HP et al. Sitting time and all-cause mortality risk in 222.497 Australian adults. Arch Int Med 172, 494-500, 2012).

Questi dati indicano che per mantenersi in buona salute non basta fare esercizio fisico moderato per 180 minuti la settimana; bisogna anche evitare di stare seduti per troppe ore al giorno. Lavorare in casa o in giardino o semplicemente camminare per qualche ora al giorno (meglio se in diversi momenti della giornata) sono un modo efficace per prevenire serie malattie.

(Dunstan DW e Owen N. New exercise prescription. Arch Int Med 172, 500-501, 2012)

Ancora sul peso corporeo eccessivo

L'adiponectina ha un effetto anti-infiammatorio e anti-aterogenico; inoltre aumenta la sensibilità all'insulina, che è ridotta nel diabete, e determina l'aumento dei lipidi nel tessuto sottocutaneo anziché nell'addome.

L'adiposità addominale, ma non quella sottocutanea, si associa alla sindrome metabolica (costituita da resistenza all'insulina, alti livelli di colesterolemia e ipertensione arteriosa, fattori che aumentano il rischio di malattie cardiovascolari e diabete di tipo 2).

Oggi sappiamo che le complicanze dell'obesità non sono legate solo alla quantità di grasso in eccesso, ma soprattutto al luogo dove questo grasso si colloca: la cavità addominale e il fegato sono le sedi più sfavorevoli (*Neeland I et al. Dysfunctional adiposity and the risk of prediabetes and type 2 diabetes in obese adults. JAMA 308, 1150-59, 2012*). Non sappiamo che cosa determina la distribuzione del grasso. Sappiamo però che oltre all'adiponectina, l'esercizio fisico agisce soprattutto mobilizzando questo grasso addominale tanto pericoloso (*Friedrich NJ. Studies probe mechanisms that have a role in obesity-associated morbidities. JAMA 308, 1077-79, 2012*). L'esercizio fisico inoltre, tramite la secrezione di una miokina (detta irisina) induce le cellule del grasso bianco (che conserva le calorie) a comportarsi come quelle del grasso bruno (deputate a bruciare calorie per generare calore). Dato l'effetto dell'irisina si sta sintetizzando questa molecola per usarla in clinica.

(*Hampton T. "Browning" of white fat may help in the ongoing fight against obesity. JAMA 308, 1080, 2012*)

Impulse marketing: un rischio per la salute

Si tratta di una strategia di vendita che sfrutta la debolezza, la stanchezza, la distrazione del consumatore nei supermercati. La collocazione di cioccolato o dolci vicino alla cassa (o al termine degli scaffali) è un esempio tipico, ed il consumo di questi prodotti in queste collocazioni strategiche aumenta fino a 5 volte. Tutto ciò può costituire un pericolo per la salute pubblica, e contribuire ad aumentare il rischio di obesità e diabete. Per questo vanno al più presto applicati rimedi a questo rischio per la salute pubblica, cominciando a far sì che questo tipo di prodotti venga collocato in scaffali non molto evidenti.

(*Cohen DA and Babey SH. A Risk Factor for Obesity and Chronic Disease. N Engl J Med 2012; 367:1381-83, 2012*)

L'alimentazione salutare

Più che concentrarsi sull'assunzione di cibi "buoni" evitando quelli "cattivi", è necessario optare per una dieta molto varia, su porzioni di quantità moderate, e su stili di vita salutari. La moderazione deve riguardare particolarmente i grassi, gli zuccheri raffinati, il sale; particolare considerazione va riservata ai cibi molto energetici, ossia quelli che per unità di peso sono dotati di alto potere calorico e che devono essere assunti in quantità molto piccole.

Grandi porzioni di cibi o bevande ricchi di grassi solidi, zuccheri o alcool sono incompatibili con una dieta salutare. Il suggerimento quindi è di preferire il latte scremato, le bibite senza zuccheri aggiunti, i cibi poco salati e poco saporiti, vegetali, farine integrali, frutta poco dolce, rispettando i gusti di ognuno per evitare che sorgano sentimenti negativi. Particolare cautela va riservata ai cibi confezionati, che troppo spesso sono ricchi di componenti caloriche e salati oltre che di additivi di vario tipo. E' consigliabile sempre leggere sulle confezioni il contenuto calorico per 100 g di prodotto e il suo contenuto in grassi e zuccheri. In questo caso bisogna anche guardarsi dalla pubblicità ingannevole, che raggiunge troppo spesso anche i bambini e gli adolescenti, e dai modelli sociali che gli interessi commerciali sanno costruire molto bene.

Comunque è molto importante non concentrare l'attenzione su un singolo elemento, ma su una dieta appropriata come componente essenziale di uno stile di vita appropriato, che deve limitare la quantità di cibo ingerito ogni giorno, evitando le assunzioni fuori pasto, deve associarsi ad un movimento fisico sufficiente (importante ad esempio è usare il pedometro per misurare i passi fatti ogni giorno, adoperandosi perché si raggiungano almeno i 10.000 passi al giorno), eliminare il tabacco e contenere il consumo di alcolici entro i massimi raccomandati. L'indicatore più semplice ed utile di una vita regolare è il peso corporeo, che deve mantenersi il più possibile vicino al peso ideale che può essere determinato come indice di massa corporea, dato dalla formula

$$\text{BMI} = \frac{\text{peso corporeo in kg}}{\text{altezza in m al quadrato}} \quad (\text{valori normali} = \text{tra } 18 \text{ e } 25)$$

Non esistono diete o prodotti che fanno miracoli: i pretesi miracoli vanno sempre guardati con sospetto. Solo uno stile di vita appropriato consente di ottenere buoni risultati: il metodo di vita più che il singolo prodotto sono capaci di fare il miracolo.

(Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: total diet approach to healthy eating. J Acad Nutr and Dietetics 113, 307-317, 2013)

La regolazione del peso corporeo

Gli adipociti o cellule del grasso sono stati in passato considerati come cellule inerti deputate a immagazzinare i grassi corporei. Di recente si è capito che essi sono in realtà un importante tessuto coinvolto nella regolazione del bilancio energetico anche attraverso la secrezione di ormoni detti "adipochine". Una di queste, detta liptina, entra nel cervello (specie nell'ipotalamo), agisce su specifici gruppi di neuroni per inibire la fame, promuovere il dispendio di energia, regolare il tasso di glucosio e di insulina nel sangue. L'obesità si correla ad una aumentata resistenza dei neuroni alla leptina. Una seconda adipochina, detta adiponectina ha molti effetti metabolici di tipo protettivo sulle cellule cardiache e pancreatiche e sviluppa un'azione anti-infiammatoria (vedi la spigolatura successiva). Questa adipochina si riduce con il crescere dell'obesità.

Una terza adipochina è l'interleukina 6 (IL-6) che oltre ad influire sul sistema immunitario, aumenta la resistenza all'insulina e la produzione epatica di proteina C reattiva.

L'assunzione di cibo viene regolata dai nuclei dell'ipotalamo, che tramite la secrezione di neurotrasmettitori, regolano la quantità di cibo ingerita, i livelli ematici di insulina e la produzione di glucosio nel fegato. Altri neuroni agiscono in senso contrario bloccando l'azione dei primi, ed entrambi i tipi di neuroni sono il target d'azione della leptina e della serotonina che pure agisce riducendo il senso di fame.

Il nostro peso corporeo è assoggettato quindi ad un complesso sistema di regolazione, conosciuto solo in parte, che controlla sia il senso della fame sia il dispendio energetico. L'alterazione di questo sistema quindi comporta modificazioni che hanno importanti ripercussioni sulla salute, prima fra tutti l'epidemia di obesità.

(Elmquist JK, Scherer PE. *JAMA* 308, 1070-71, 2012)

Eliminare dagli alimenti i TFA

(acidi grassi trans, ossia olii parzialmente idrogenati)

Non è sufficiente l'etichettatura per evitare che la gente acquisti cibi privi (o quasi privi) di acidi grassi trans, perché tali cibi in realtà contengono fino a 0,5 g di TFA per porzione, e assumendone più porzioni di può superare il massimo raccomandato di 2g di TFA al giorno.

Bisogna che a livello industriale vengano eliminati i TFA del tutto. Ciò è possibile ed è stato effettuato in Danimarca. Questa politica è consigliabile se si considera che il rischio di malattie coronariche aumenta assumendo TFA anche a basse dosi (1-3% dell'energia totale assunta).

(Backholder K, Peeters A. *Jama* 308, 1858, 2012)

Attenti alla caffeina

Le bibite energetiche, oggi molto in uso, contengono oltre a zucchero la caffeina in misura di circa 100 mg per porzione, analoga a quella di una tazza di caffè. La caffeina è rapidamente assorbita e viene metabolizzata rapidamente dal fegato. La sua emivita è di 5 ore, ma l'ingestione di alcolici e alcuni farmaci prolunga la permanenza nel sangue.

Nell'adulto sano la dose massima consigliata è di 500 mg di caffeina al dì, ma gli anziani e le persone con aritmie cardiache devono ridurre, e così pure devono fare gli* tale assunzione a non più di 100 mg al dì adolescenti, mentre i bambini debbono astenersi del tutto dall'assumere caffeina. La caffeina a dosi elevate è tossica e l'ingestione di 3 g o più può essere mortale.

(Sepkowitz KA. *Energy drinks and caffeine – related adverse effects. JAMA* 309, 243-44, 2013
Howland J, Rohsenow DJ. *Risks of energy drinks mixed with alcohol. JAMA* 309, 245-46, 2013)

Dopo una dieta dimagrante eliminare i carboidrati

Dopo una dieta che provochi una perdita di peso del 10% o più il corpo risponde riducendo il consumo energetico e ciò contribuisce spesso a riguadagnare peso. La dieta influisce su questo risparmio; il risparmio infatti è minore se la dieta è priva di carboidrati e questa è quindi la dieta consigliata.

(Ebbeling CB, Swain JF et al. *Effects of Dietary Composition on Energy Expenditure During Weight-Loss Maintenance*. *JAMA* 307(24), 2627-34, 2012)

Per una politica alimentare

Un’azione efficace per migliorare l’alimentazione dei cittadini e prevenire l’obesità non può limitarsi a singoli interventi, ma deve costruire un sistema di azioni e di attori, che include i singoli cittadini resi più consapevoli dal social marketing, la comunità e i governi locali, le industrie alimentari e il governo centrale che coordini il tutto attraverso un Comitato Interministeriale.

(Jebb AS – *A system-wide challenge for UK food policy*. *BMJ* 344, e3414, 2012)

Possiamo mangiare carne rossa?

Alcuni mi chiedono se sia bene mangiare carne rossa o sia meglio astenersene del tutto. Ho risposto che propendo per la prima soluzione a condizione che la quantità sia limitata; infatti un recente articolo scientifico dimostra su grandi numeri che il rischio di mortalità è maggiore del 7-19% nelle persone che assumono carne rossa tutti i giorni rispetto a quelli che non l’assumono o ne assumono meno. La risposta quindi è sì, purché la quantità sia moderata (non più di 200 g la settimana); per pesce, pollame e carni bianche in genere la quantità può essere maggiore.

(Pan A et al. *Red meat consumption and mortality*. *Arch Int Med* 172, 555-562, 2012)

Meno è meglio

Come regola di vita è bene far sì che ognuno dei due pasti principali non superi le 700 Kcal, e che metà del piatto sia composto da frutta e vegetali.

(Lesser L et al. *Changing eating habits for the medical profession*. *JAMA* 308, 983-84, 2012)

L'impegno della città di New York per la salute pubblica

La principale causa di obesità è costituita dall'aggressivo marketing dei produttori di alimenti: oggi la disponibilità di cibo altamente calorico, facile da consumarsi, poco costoso, appetitoso e reclamizzato, induce le persone a consumare tra 200 e 600 calorie giornaliere più del necessario, con conseguente aumento del peso corporeo e del rischio di diabete, malattie cardiovascolari e morte prematura.

Il tentativo di indurre i produttori a ridurre la loro azione ha avuto scarso successo in quanto ciò ridurrebbe i loro guadagni. Maggior successo si può ottenere coinvolgendo i produttori perché producano cibi più sani e informando ampiamente il pubblico sulla necessità di curare l'alimentazione. Queste azioni sono state effettuate nella città di New York attraverso il suo Dipartimento per la Salute e Igiene Mentale per ridurre l'uso di grassi trans, di sodio in eccesso, di eccessive porzioni di cibo e di bibite zuccherine. Oltre a migliorare l'alimentazione la Giunta del Sindaco Bloomberg ha anche agito per contrastare il fumo e dal 2002 ad oggi si è registrato una diminuzione del consumo di tabacco del 35% con un conseguente aumento di attesa di vita alla nascita di 2,4% anni.

(*Farley TA. The role of government in preventing excess caloric consumption. The example of New York City. JAMA 308, 1093-94, 2012*)

La dichiarazione di Vienna

Emessa il 5 luglio 2013 dalla Commissione Ministeriale della World Health Organization (WHO) concerne le malattie non trasmissibili, ed in particolare l'obesità. Il concetto innovativo espresso è che dobbiamo creare le condizioni perché il movimento fisico e l'alimentazione salutare e meno calorica diventino non tanto una scelta di vita quanto una parte automatica del modo di vivere; da scelta a necessità. Ciò significa che le Autorità preposte devono realizzare modificazioni ambientali che riguardano il movimento nelle città, le politiche di produzione e commercializzazione dei cibi, il contenimento di interessi economici dannosi alla società, l'educazione e il marketing sociale, la riduzione delle disuguaglianze sociali. Politicamente è molto difficile contrastare gli interessi dell'industria automobilistica e di quella alimentare, ma vi sono esempi di accordi che condividono obiettivi di salute pubblica. L'efficacia di questi accordi volontari è tuttavia limitata, ed è quindi necessario affrontare il problema da più ambiti, non solo dal Ministero della Salute. Le iniziative di potenziare le piste ciclabili, limitare il traffico veicolare urbano, incentivare l'uso di motori elettrici, il sostegno dei prodotti agricoli a km zero, ecc. sono un esempio. Un'Agenzia Nazionale per lo studio, la sperimentazione e l'implementazione di queste ed altre misure potrebbe essere una buona iniziativa di governo.

(*Lawlor DA, Pearce N. The Vienna Declaration on nutrition and non-communicable diseases. BMJ 347, 10, 2013*)

Semaforo per gli alimenti

Nel Regno Unito i cibi confezionati porteranno sull'etichetta non solo i dati circa l'energia, le proteine, i grassi, i carboidrati e i livelli di sale e zucchero, ma anche un "semaforo" che indica in modo immediato se il contenuto dei costituenti meno consigliabili per la salute è elevato (rosso) o no (verde). Per ora il sistema è volontario.

(*BMJ 2013;346:f4010*)

Camminare velocemente per star bene

L'attività fisica più comune è camminare. Perché questa attività sia utile ai fini della prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria e per la fitness respiratoria è necessario che la velocità sia di almeno 7 km/ora, cioè circa il doppio di quella che normalmente viene tenuta per le consuete attività della vita. La raccomandazione è pertanto che ognuno di noi cammini almeno 3 ore/settimana alla velocità di almeno 7 km/ora.

(Williams PT, Thompson PD. *The relationship of walking intensity to total and cause-specific mortality. Results from the National Walkers' Health Study. Plos One* 2013;8,e81098)

La carne rossa

La carne rossa, se consumata in eccesso, determina aumento del peso corporeo e aumentato rischio di diabete di tipo 2. Riducendone la dose, diminuiscono entrambi i rischi. Il colore della carne è dovuto al suo contenuto di emoglobina e mioglobina, che non hanno influenza sul metabolismo; la causa dei due inconvenienti suddetti è più probabilmente dovuta al contenuto di grassi saturi. Questi infatti si raccolgono negli adipociti ed hanno effetto pro-infiammatorio, che a sua volta aumenta la resistenza all'insulina tramite lo stress ossidativo. Non ha quindi molto senso continuare a distinguere le carni in rosse e bianche. Bisognerebbe più utilmente dividerle in grasse e magre.

(JAMA Intern Med 2013;doi:10.1001/jamainternmed. 2013.6633)

Effetti poco noti del sale da cucina

In condizioni sperimentali, una dieta ricca di sale potenzia la produzione/attività degli Helper T lymphocytes, ossia di quelle sottopopolazioni di linfociti T che producono citochine (interleuchine 17, 21 e 22) che hanno forti attività antinfiammatorie e difendono da batteri e funghi, ma conferiscono anche suscettibilità alle malattie autoimmuni, cioè generate dall'aggressione dell'organismo verso propri componenti. Non è noto se anche nell'uomo un incremento di sale potenzi l'autoimmunità. Per ora sappiamo solo che l'infusione terapeutica di soluzioni saline ipertoniche nell'uomo riduce l'incidenza di infezioni post-operatorie.

(van der Meer JWM e Netea MG. *A salty taste to autoimmunity. NEJM* 368, 2520-21, 2013)

La dieta mediterranea

La dieta mediterranea classica si basa sul largo uso di vegetali a foglia verde, olio d'oliva, frutta, cereali integrali e noci; moderato uso di pesce e pollame; basso consumo di latte e prodotti caseari, di carne, di dolci e di vino rosso. Questo tipo di dieta riduce il rischio di malattie cardiovascolari, tumori, malattia di Alzheimer, malattia di Parkinson e di morte prematura. Essa evita i cibi ricchi di potere calorico, di carboidrati (specie zuccheri raffinati), carne rossa, zuccheri, grassi saturi e sale da cucina, che sono alla base del fast-food, che purtroppo si sta diffondendo in tutto il mondo.

(Tracy SW. *Something new under the sun? The Mediterranean diet and cardiovascular health. N Engl J Med* 368, 1274-76, 2013)

I costi dello scarso movimento fisico

La London School of Economics ha calcolato che se ciascun adulto inglese facesse 12 minuti ogni giorno di esercizio fisico in più il Servizio Sanitario risparmierebbe 7 miliardi di sterline l'anno in costi sanitari e sociali. Purtroppo ben il 70% degli adulti oggi non raggiunge l'obiettivo di eseguire 150 minuti di esercizio fisico alla settimana.

(*BMJ* 2013; 346:f2224)

Supplemento di calcio nella dieta

L'assunzione di quantità giornaliere di calcio elevate (specie sotto forma di supplementi) aumenta il rischio di mortalità, specie per danni cardiovascolari. L'assunzione di supplementi di calcio è quindi consigliata solo per le persone che ingeriscono poco calcio con gli alimenti, non per tutti indiscriminatamente.

(*Kuehn BM. High calcium intake linked to heart disease, death. JAMA* 309, 972, 2013)

Dieta vegetariana

La dieta vegetariana riduce i livelli ematici di colesterolo e la pressione arteriosa, cosicché la probabilità di ricovero per incidenti cardiovascolari in Gran Bretagna è nei vegetariani del 32% inferiore a quella della restante popolazione.

(<http://tinyurl.com/afvb3en>)

Le uova

Una metanalisi di 17 studi nel 2013 ha concluso che l'assunzione di 1 uovo al giorno (al massimo) non aumenta il rischio di malattie coronariche o ictus, con l'eccezione delle persone diabetiche. Tuttavia la prudenza suggerisce di non arrivare a questa assunzione massima e di non ingerire più di 3 uova per settimana.

(*Rong Y et al. Egg consumption and risk of coronary heart disease and stroke: dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. BMJ* 346, 12, 2013)

Tabacco

Il tabacco è una malapianta

È sorprendente come, a fronte dei dati scientifici di cui da tempo disponiamo sulla pericolosità del tabacco, il contrasto al suo uso sia tanto debole e incerto. I danni che la società subisce dall'uso del tabacco sono di tipo sanitario e ambientale; il danno alla salute si esercita su tutti gli organi e apparati a seguito della immissione nel sangue di migliaia di sostanze tossiche derivanti dalla combustione del tabacco e inalate. Esso è tale da ridurre la vita media in misura molto significativa (circa 10 anni di vita in meno) e da comportare alla società una spesa annua di oltre 1000 Euro a fumatore in prestazioni sanitarie e giornate di lavoro perdute. Ma anche i danni all'ambiente non sono irrilevanti: i mozziconi di sigarette dispersi nell'ambiente sono inquinanti per decine di anni, sono causa di incendi nelle case e nei boschi, molte sostanze tossiche presenti nel fumo di tabacco non sono volatili e si depositano su cose e persone permanendo nell'ambiente per molto tempo anche se questo viene ventilato. Tutto questo viene tollerato quasi senza reazioni della società e provvedimenti di contrasto al fumo si fanno strada con fatica. Come mai? La risposta è semplice: i produttori di sigarette investono enormi quantità di denaro in pubblicità, uffici legali di protezione, azioni di lobby capaci di contrastare i dati scientifici, disinformare il pubblico, "convincere" giornalisti, parlamentari, scienziati a sostenere principi di libertà individuale, a dimostrare l'innocuità del tabacco e degli additivi usati nella fabbricazione delle sigarette, a imporre comportamenti sociali dove il fumo appare come un atto della normale vita quotidiana.

Il 31 maggio prossimo, *Giornata Mondiale senza Tabacco*, è dedicato alla lotta contro la pubblicità. Ufficialmente questa è proibita in Italia e in tutti i Paesi avanzati, ma la pubblicità occulta imperversa. Nei film e nelle *fiction* gli attori fumano sistematicamente (e ben sappiamo come ciò induca i giovani ad iniziarsi al fumo), il *brand* delle sigarette compare sugli oggetti più diversi, i pacchetti di sigarette fanno bella mostra di sé e dei rispettivi marchi nelle tabaccherie, nelle macchinette di distribuzione automatica e fino a pochi anni or sono comparivano sulle macchine da corsa e nel mondo dello sport. I marchi sono studiati per suscitare emozioni positive con colori e disegni combinati magistralmente allo scopo. Oggi l'Australia ha bandito i marchi dei pacchetti di sigarette, una rivoluzione che ha scatenato una battaglia legale con i produttori, che il Governo austriaco ha vinto di recente. Sulla scia di questa conquista l'Unione Europea potrebbe approvare un analogo provvedimento, ma la strada è tutta in salita. Il Commissario Europeo *John Dalli* sembra si sia dovuto dimettere a seguito della sua azione a favore di tale Direttiva. E' necessario che la popolazione italiana faccia sentire ancora una volta la sua voce a favore di un'Europa libera dalla calamità del fumo, così come fece 10 anni fa quando sostenne vigorosamente il divieto di fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro. Un esempio, quello, di consapevolezza che dobbiamo ripetere, per convincere i deboli e i dubiosi che il fumo di tabacco è un male per tutti ad eccezione di coloro che, danneggiando gli altri, traggono enormi profitti. Il fumo di tabacco è una schiavitù di cui dobbiamo liberarci se vogliamo interrompere la lunga serie di morti che ha caratterizzato il 20° secolo e che sembra continui addirittura a crescere anche nel secolo che stiamo vivendo. E' a mio avviso urgente proibire il fumo nelle aree ospedaliere e scolastiche, nei parchi, negli ambiti sportivi (stadi) e in tutti i luoghi assembrati (bar, ristoranti, cinema all'aperto) e nelle auto pubbliche oltre che private. Bisogna inoltre sanzionare coloro che gettano i mozziconi a terra, danneggiando così l'ambiente e il decoro urbano. Sarebbe questo un bel segnale che il nuovo Governo potrebbe dare al nostro Paese e all'Europa.

Cala il consumo di sigarette in USA

Negli USA il contrasto al fumo vede alcuni recenti nuovi provvedimenti:

1. aumento di 62 cents della tassa federale sulle sigarette;
2. molte società non assumono fumatori;
3. le compagnie di assicurazione espongono ai fumatori premi più alti per le polizze malattia;
4. è in programma la riduzione del tasso di nicotina nelle sigarette;
5. è in programma il divieto di esporre il marchio sulle confezioni di sigarette.

(Schroeder SA. *How clinicians can help smokers to quit. JAMA 308, 1586-87, 2012*)

Riduzione del consumo di tabacco in Brasile

Il Brasile, applicando una politica di stretto controllo sul fumo di tabacco, ha visto diminuire del 46% il numero dei fumatori dal 1990 al 2010.

L'efficacia maggiore (circa la metà del risultato) è stata una specifica tassa sulle sigarette.

(Levy D et al. *Plos Med 2012;9:e1001336*)

Il fumo accorcia la vita

In una cohorte di fumatori giapponesi nati tra il 1920 e il 1945, che avevano iniziato a fumare prima dei 20 anni e avevano continuato a fumare, la mortalità è risultata più che doppia rispetto a persone che non avevano mai fumato, e la loro aspettativa di vita risultava diminuita di circa 10 anni. Nei soggetti che avevano smesso di fumare prima dei 35 anni di età quasi tutti i rischi risultavano azzerati (cfr <http://www.bmjjournals.org>, 2012). Un altro studio dimostra che il divieto di fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro ha comportato in USA (Olmsted County, MN) una diminuzione di circa 1/3 di infarti cardiaci, confermando in tal modo i dati rilevati in 15 altre città di 8 Paesi, inclusa l'Italia. E' necessario insistere su questa linea vietando il fumo in altri luoghi, quali aree ospedaliere, scolastiche e sportive, parchi, automobili e altri spazi chiusi privati (BMJ 2012;345:e7287). Dedichiamo il 31 maggio 2013 a tre grandi personaggi inglesi che hanno spiegato al mondo come l'uso del tabacco sia un pericolo mortale per gli uomini e come i progressi per liberare l'umanità dall'uso del tabacco siano lentissimi a causa dell'*influenza maligna delle Multinazionali del tabacco e le azioni timide od ostative di burocrati e politici*: il medico Richard Doll e gli epidemiologi Austin Bradford Hill e Richard Peto (BMJ 2012;345:e7311).

Le bugie dei produttori di tabacco

Il giudice Gladys Kessler del District of Columbia (USA) ha condannato i produttori di sigarette per:

- 1) aver prodotto sigarette che aumentano l'assuefazione;
- 2) aver negato fraudolentemente i danni del fumo passivo;
- 3) insistere nel far credere che esistano tipi di sigarette "leggere" e quindi meno dannose.

I produttori dovranno pubblicizzare a loro spese la smentita di questa ingannevole pubblicità.

(E. Davis. *BMJ 2012;345:e8205*)

Medici che fumano

Solo l'1% dei medici fuma in USA

(*Ass. Am. Med. Collages. Physician behaviour and practice patterns related to smoking cessation.*
Washington DC 2012)

JAMA PATIENT PAGE

The Journal of the American Medical Association

TOBACCO

Smoking Cessation

Tobacco smoking has devastating effects on health. The smoke damages the lungs, resulting in a diminished ability of oxygen to enter the body. Smoke long enough and eventually you will get emphysema. Various chemicals in smoke enhance the development of atherosclerosis (hardening of the arteries), leading to strokes and heart attacks. One of tobacco's chemicals, nicotine, acts directly on the brain, causing an addiction to smoking. Smoking is related to a number of cancers. If you smoke, you have a 50% chance of dying from a smoking-related complication and will live 10 fewer years than if you did not smoke. Despite these risks, 20% of all adult Americans smoke.

Because the nicotine in tobacco is addictive, quitting smoking can be challenging. Half of all current smokers have tried to quit in the past year, but only 6% of those who quit on their own, without help, will have succeeded in stopping smoking within a year. Fortunately, there are treatments that work. The October 17, 2012, issue of JAMA includes an article about smoking cessation. A previous JAMA Patient Page on smoking cessation appeared in the December 8, 2010, issue of JAMA.

BEHAVIORAL SUPPORT

- Get help and support to quit and stay quit.
- You can get free smoking cessation help by calling 1-800-QUIT-NOW (800-784-8669).
- Pick a date in the next month to stop smoking completely.
- Seek advice from your doctor.

MEDICATIONS

- **Nicotine replacement:** The nicotine in cigarette smoke causes a chemical addiction. When a person is trying to quit smoking, the lack of nicotine causes anxiety, depressed mood, irritability, restlessness, and insomnia. Replacing nicotine through a skin patch maintains a blood level of nicotine, resulting in fewer of these symptoms. Nicotine gum, lozenges, inhalers, or nasal sprays provide a short burst of nicotine and also make it easier to quit smoking by reducing acute craving for cigarettes. Inhalers and nasal sprays require a doctor's prescription, but the other nicotine preparations do not.
- **Bupropion:** Bupropion is a medication used to treat depression that increases brain levels of dopamine. This brain chemical is also released by nicotine so that bupropion mimics the effects of nicotine, making it easier to stop smoking. People who quit smoking tend to replace the smoking habit with eating and gain weight. This medication helps avoid that weight gain temporarily.
- **Varenicline:** This drug binds to part of the nicotine chemical receptor in the brain. It simulates part of nicotine's effects, reducing the symptoms people experience when they try to quit smoking. It also blocks the brain nicotine receptor from binding nicotine, reducing the effect nicotine has on the brain if people continue to smoke.

Unproven treatments include

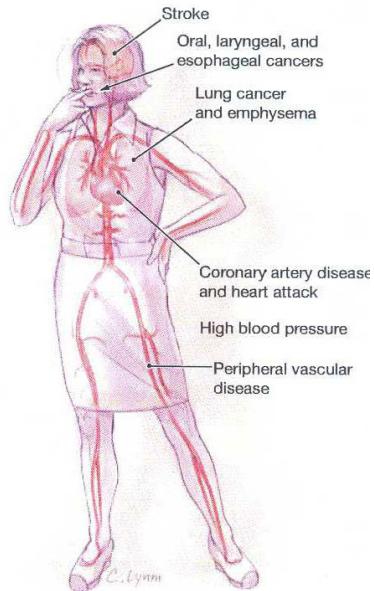
- **Electronic cigarettes:** These new and unproven devices deliver nicotine into the lungs through a device that looks like a cigarette. It is not known if these devices are effective or if they are safe. They are not regulated by the US Food and Drug Administration.
- **Smokeless tobacco:** Products like chewing tobacco and snuff are placed in the mouth or nose and deliver nicotine. These products are associated with a risk of developing cancer or nicotine addiction. They are not considered safe alternatives to smoking.

Edward H. Livingston, MD, Writer

Cassio Lynn, MA, Illustrator

The JAMA Patient Page is a public service of JAMA. The information and recommendations appearing on this page are appropriate in most instances, but they are not a substitute for medical diagnosis. For specific information concerning your personal medical condition, JAMA suggests that you consult your physician. This page may be photocopied noncommercially by physicians and other health care professionals to share with patients. To purchase bulk reprints, call 312/464-0776.

Health problems caused by smoking



FOR MORE INFORMATION

- Centers for Disease Control and Prevention
www.cdc.gov/tobacco/
[/data_statistics/fact_sheets/smokeless/smokeless_facts/](http://data_statistics/fact_sheets/smokeless/smokeless_facts/)
www.cdc.gov/tobacco/osh/index.htm
- American Lung Association
www.lung.org/stop-smoking/
- National Cancer Institute
www.cancer.gov/cancertopics/tobacco/smoking

INFORM YOURSELF

To find this and previous JAMA Patient Pages, go to the Patient Page link on JAMA's website at www.jama.com. Many are available in English and Spanish.

JAMA
COPY FOR
YOUR PATIENTS

Efficacia delle leggi contro il fumo

La proibizione del fumo si associa a minor numero di ricoveri ospedalieri per malattie cardiovascolari, cerebrali e respiratorie. Lo dimostra la metanalisi di 45 studi che hanno valutato le leggi no-fumo di 33 Paesi.

(*Circulation*, 2012, doi:10.1161/circulationaha.112.121301)

Costo del fumo in USA

In USA 19% di circa 250 milioni di adulti fumano con un costo stimato di US\$96 e US\$97 miliardi anno per costi sanitari e perdita di produttività rispettivamente, pari a circa 3800 US dollari (~3000 Euro)/anno per fumatore, ripartiti in US\$1900 e US\$1900 nelle due voci di spesa.

(*MMWR* 44, 889-894, 2012)

I medici contro il fumo (?)

In USA nel 2010 solo il 50,7% dei fumatori ha ricevuto dal suo medico curante il consiglio di smettere di fumare. Troppo poco l'impegno dei medici nella lotta contro il tabacco.

(*Kruger J et al. Health Care Providers' Advice to Quit Smoking, National Health Interview Survey, 2000, 2005, and 2010. Prev Chronic Dis* 2012;9:110340)

Non è mai troppo tardi (per smettere di fumare)

Il fumo di tabacco raddoppia il rischio di morte a qualunque età, anche dopo gli 80 anni. I fumatori anziani a volte si illudono di essere immuni dai rischi del fumo, ma si sbagliano.

(*Gellert C, Schöttker B, Brenner H. Smoking and All-Cause Mortality in Older People: Systematic Review and Meta-analysis. Arch Intern Med* 172(11), 837-44, 2012)

Far cessare l'epidemia del tabacco

Le campagne di marketing sociale, l'aumento del prezzo, la proibizione del fumo nei locali pubblici e nei posti di lavoro, l'ampia disponibilità di servizi gratuiti per la cessazione del fumo hanno contribuito a ridurre la percentuale dei fumatori in tutto il mondo occidentale. Ma non è abbastanza. Troppe persone fumano ancora e i danni sono troppo marcati; bisogna ora regolare i prodotti del tabacco, ridurre l'iniziazione dei giovani al fumo, migliorare i trattamenti per la cessazione del fumo. Bisogna soprattutto che lo Stato rediga un Piano Strategico per contrastare l'epidemia del tabacco, analogo a quello prodotto dal Dipartimento della Salute e Servizi alla Persona del Governo USA. L'obiettivo finale deve però essere quello di abolire il fumo nel prossimo futuro.

(*Koh HK, Sebelius KG. Ending the Tobacco Epidemic. JAMA* 308(8), 767-68, 2012)

La lotta al tabacco: ruolo dei sanitari

Raccomandazioni al personale sanitario del Royal Australian College of General Practitioners, 2011
(revisionato nel 2012)

1. In ogni ambito sanitario è necessario mettere in atto un sistema per identificare i fumatori.
 2. A tutti i fumatori bisogna consigliare di smettere.
 3. Bisogna valutare se il paziente vuole smettere.
 4. Se il paziente vuole tentare di smettere bisogna offrirgli innanzi tutto un sostegno psicologico programmato nel tempo ed eventualmente una terapia farmacologica. L'uso di sostituti della nicotina è da preferirsi ad altri farmaci, nelle quantità e forme più indicate. Esso è indicato anche nelle gravide che non riescono a smettere, meglio se in modo intermittente.
 5. Altri farmaci sono la vareniclina e il bupropione a lento rilascio, che non sono privi di effetti collaterali e quindi vanno valutati caso per caso e sempre associati a sostegno psicologico. Questi farmaci non sono indicati nei giovani sotto i 18 anni.
 6. L'agopuntura e l'ipnoterapia non hanno efficacia e non possono essere consigliate. Le sigarette elettroniche non sono ancora state valutate a sufficienza e quindi non sappiamo se siano efficaci e sicure.
 7. Esistono ottimi servizi pubblici per disassuefare dal fumo i fumatori più incalliti.
-

Le sentenze sul fumo di Italo Svevo

Italo Svevo nella “Coscienza di Zeno” nel 1923 riportava circa il fumo di sigaretta queste due sentenze che inducono a meditare:

... l'origine della sozza abitudine ...
... passo da sigaretta a proposito (dismettere) e da proposito a sigaretta ...

Esposizione al fumo di tabacco

L'esposizione al fumo di tabacco è di gran lunga la più conosciuta e più frequente causa di tumori, stimandosi che esso è causa del 40% di tutte le morti di tumore.

(*De Vita VT, Rosenberg SA – 200 years of cancer research. NEJM 366, 2207-14, 2012*)

Il tabacco: una sventura per l'umanità

La strategia dei produttori di sigarette consiste oggi nell'indurre i giovani a iniziare il fumo, nell'incrementare il fumo in chi già fuma e nel diminuire le motivazioni dei fumatori a smettere. Tutto ciò contribuisce a rendere l'uso di tabacco la prima causa di morte evitabile nel mondo, con una stima di 1 miliardo di morti in questo secolo.

US Dept of Health and Human Services 2012

www.surgeongeneral.gov/library/reports/preventing-youth-tobacco-use/index.html

WHO Report on the global tobacco epidemic 2008

www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/index.html

Il fumo passivo danneggia le capacità cognitive

Vi sono prove che il fumo passivo esercita un effetto negativo sulle capacità cognitive dei bambini e degli adolescenti (*Yolton K et al – Exposure to environmental tobacco smoke and cognitive abilities among US children and adolescents – Environ health Perspect. 113, 98-103, 2005*) ma anche nelle donne anziane, con aumento del rischio di demenza (*Chen R et al – Passive smoking and risk of cognitive impairment in women who never smoke. Arch. Int. Med 172, 271-73, 2012*).

Gli additivi del tabacco

Un recente studio ha rilevato una significativa associazione tra il fumo di sigarette mentolate e ictus. Peraltro era già stato dimostrato in precedenza che il fumo di sigarette mentolate aumenta la rigidità delle carotidi. La causa di questi fenomeni è incerta, ma i risultati inducono a ritenerne che si sa ancora troppo poco sulla nocività degli additivi del tabacco che, per quanto riguarda le sigarette mentolate, aggiungono a quelli di patologia cardiovascolare propri di ogni tipo di tabacco quelli specifici dimostrati dal presente studio.

(*Vozoris NT. "Mentholated cigarettes and cardiovascular and pulmonary diseases: a population-based study. Arch Int Med 172, 590-91, 2012*)

Il fumo

Un fumatore su due viene ucciso dal fumo.

(*Lam TH. Absolute risk of tobacco deaths. Arch Int Med 172, 845-46, 2012*)

Il fumo in Italia

In Italia su circa 560.000 decessi registrati ogni anno 70.00 sono attribuibili al fumo, suddivisi come segue:

- 40.000 per cancro polmonare e BPCO
- 10.000 altri tumori correlati al fumo
- 15-20.000 per malattie cardiovascolari
- 5.000 per altre malattie

(*Pacifici R. Rapporto sul fumo in Italia 2011. Osservatorio Fumo Alcool e Drogena Oss-FAD, Istituto Superiore di Sanità*)

In Italia la spesa ospedaliera complessiva per il trattamento delle patologie correlate al fumo di tabacco nei fumatori è del 40% più elevata di quella sostenuta per i non fumatori e l'eccesso di spesa è pari a circa a 5 miliardi di Euro all'anno (pari a circa l'8,3% della spesa sanitaria pubblica).

(*Russo R, Scafato E. Fumo e salute. Impatto sociale e costi sanitari. Roma: Oss-FAD, ISS; 2002*)

La perdita di produttività complessiva riconducibile al tabagismo in Italia è valutata in circa 15 miliardi di Euro/anno (soprattutto per giornate di lavoro perdute).

(*Garattini S, La Vecchia C. Il fumo in Italia. Prevenzione, patologie e costi. Milano: Editrice Kurtis; 2002*)

Ciò significa che ogni fumatore costa alla società 1.666 Euro all'anno (oltre 4,5 Euro al giorno).

È difficile essere bambini oggi

Negli USA le prime 5 disabilità in ordine di frequenza sono disordini mentali e non fisici (Tabella).

Leading Causes of Limitation in Usual Activities due to Chronic Conditions in US Children		
1979–1981	1992–1994	2008–2009
1. Diseases of the respiratory system 2. Impairment of speech, special sense, and intelligence 3. Mental or nervous system disorders 4. Diseases of the eye and ear 5. Specified deformity of the limbs, trunk, or back 6. Nonparalytic orthopedic impairment	1. Diseases of the respiratory system 2. Impairment of speech, special sense, and intelligence 3. Mental or nervous system disorders 4. Certain symptoms or ill-defined conditions 5. Deafness and impairment of hearing 6. Nonparalytic orthopedic impairment	1. Speech problems 2. Learning disability 3. Attention-deficit/hyperactivity disorder 4. Other emotional, mental, and behavioral problems 5. Other developmental problems 6. Asthma or breathing problems

Source: Halton N, Houtrow A, Larson K, et al. The changing landscape of disability in childhood. *Future Child*. 2012;22(1):13-42.

For the first time in more than 30 years, mental health conditions have displaced physical illnesses as the top 5 disabilities in US children. Nearly 8% of children have an activity-limiting disability.

Alcuni ritengono che i genitori oggi spingano i loro bambini a sviluppare attività troppo avanzate per la loro età in vista della necessità di competere nella nostra società.

Un'altra possibile causa può essere la contaminazione ambientale, cui i bambini sono più sensibili degli adulti, e in particolare l'esposizione fetale al fumo di tabacco, agli organofosfati e ai difenilipoliclorati per il "deficit di attenzione/iperattività (ADHD)"

(Slomski A. *Chronic mental health issues in children now loom larger than physical problems. JAMA* 308, 223-225, 2012-11-27)

La sigaretta elettronica può essere utile per smettere di fumare

La sigaretta elettronica è altrettanto o più efficace dei cerotti di nicotina per smettere di fumare. Sono le conclusioni di uno studio australiano condotto per 6 mesi con metodo scientifico in 657 fumatori.

(Bullen C. et al. *Lancet* doi:10.1016/S0140-6736 [13]61842-5 – 9 settembre 2013)

Smettere di fumare con la sigaretta elettronica

L'Istituto Nazionale inglese per la salute e l'eccellenza delle cure (NICE) ha stabilito di mutare rotta nella lotta al fumo: oltre a invitare i fumatori a smettere di fumare, esso raccomanda oggi per i fumatori che non riescono a smettere di colpo di usare quei prodotti autorizzati che contengono nicotina per sostenere il loro sforzo. Si tratta di una temporanea strategia di riduzione del danno che va considerata come seconda scelta rispetto alla cessazione secca, ma che non è dannosa per la salute ed è sempre preferibile al fumo di tabacco. Tra questi prodotti sostitutivi va considerata anche la sigaretta elettronica, anche se la sua validazione ufficiale non è ancora avvenuta. L'uso di tutti i sostituti di nicotina resta giustificato comunque solo se usato come ausilio per smettere di fumare, giacchè la nicotina è a tutti gli effetti una droga.

(BMJ 2013;346:f3663)

Il pesante marketing dei produttori di tabacco

I grandi produttori di sigarette nel 2008 hanno speso 17,8 milioni di dollari per il loro marketing su internet.
(*BMJ* 2013;346:f3607)

Incentivi e disincentivi per la salute

Il Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) in USA consente che ai dipendenti fumatori le assicurazioni sanitarie applichino maggiorazioni di prezzo fino al 50%, a meno che essi si impegnino in programmi di cessazione del fumo.

(*Madison K et al. Smoking, obesity, health insurance and health incentives in the Affordable Care Act. JAMA* 310, 143-144, 2013)

Il fumo passivo in casa e in auto

Malgrado l'esposizione al fumo passivo sia ormai quasi nulla nei locali pubblici, vi sono purtroppo ancora persone che sono costrette a respirare fumo passivo a causa di altri che continuano a fumare in casa o in automobile. Tra essi figurano purtroppo molti bambini e donne, anche gravide.

(*BMJ* 309, 2544, 2013)

We are killing people by not acting

Un grande studio statunitense ha dimostrato che la mortalità nei fumatori di entrambi i sessi è circa 3 volte maggiore rispetto a quella dei non fumatori, e che i fumatori in media perdono circa 10 anni di vita.

La cessazione del fumo intorno ai 40 anni riduce del 90% il rischio di morte prematura. Pertanto non è mai troppo tardi per smettere di fumare, e tutti i medici dovrebbero impegnarsi maggiormente per stimolare i fumatori a smettere. Come diceva Nicola Roxon (Ministro Australiano della Salute) nel 2009 “Stiamo uccidendo persone con la nostra inerzia”.

(*Prabhat Jha et al. 21st century hazards of smoking and benefits of cessation in the USA. New Engl J. Med* 368, 341-50, 2013)

Debellare il fumo si può

Ridurre il fumo di tabacco è possibile se si pone la salute pubblica tra gli obiettivi di Governo e si ha il coraggio di contrastare gli interessi organizzati di lobby che sostengono iniziative industriali e commerciali nocive alla salute. Ecco le misure che un Governo potrebbe prendere:

1. rinforzare la vigilanza sull'osservanza dei divieti (locali pubblici, luoghi di lavoro, stazioni; divieto di vendita dei tabacchi ai minori; divieto di fumo nei mezzi di trasporto pubblici e auto di servizio degli Enti pubblici; campus scolastici);
2. proibire il fumo nei luoghi assembrati anche se aperti (distanza media tra le persone inferiore a 5 metri): stadi, bar, cinema all'aperto, ecc.;
3. aumentare progressivamente ma significativamente le accise sui tabacchi;
4. eliminare ogni forma di incentivo alle coltivazioni di tabacco;
5. eliminare la pubblicità occulta ai tabacchi (film, marchi anche se trasferiti ad altri settori) eliminando anche i distributori automatici e la mostra dei prodotti nelle tabaccherie;
6. proibire il fumo nei parchi, riserve, zone archeologiche e storiche;
7. sanzionare pesantemente coloro che disperdoni i mozziconi nell'ambiente;
8. proibire il fumo nelle auto private e nelle aree ospedaliere;
9. offrire gratuitamente a chi vuol smettere di fumare il supporto dei Centri Antifumo e dei relativi farmaci;
10. attuare un marketing sociale ben fatto e incessante.

I mezzi di contrasto al tabacco e agli interessi di coloro che dal fumo traggono profitto non mancano dunque. Malgrado ciò 2/3 della popolazione mondiale non è protetta da alcuno dei modi previsti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: chiaramente gli interessi di alcuni (pochi) prevalgono in varia misura sulla salute pubblica e cioè sugli interessi di tutti. Per l'Italia dobbiamo chiedere incessantemente al Governo che la nostra lotta al tabacco non si affievolisca e continuino i nostri successi.

Accise sulle sigarette

Il Congresso americano ha stimato che un aumento delle accise federali sulle sigarette di 50 centesimi per pacchetto può essere un modo significativamente efficace di ridurre il deficit federale annuale fino al 2085 e contemporaneamente di aumentare il numero di fumatori che smettono ogni anno (attualmente il 6%). Anche la categoria dei sanitari deve però impegnarsi maggiormente per far cessare chi fuma, perché oggi il loro intervento è troppo limitato.

(Khuller D et al. Helping smokers to quit around the time of surgery. JAMA 309, 993-94, 2013)

La sigaretta elettronica

Continua il dibattito sull'utilità della sigaretta elettronica come mezzo per la riduzione del danno. Forse ciò è possibile se questi articoli medico-chirurgici sono autorizzati, se vengono utilizzati nel rispetto delle vigenti norme che riguardano le sigarette, se viene vietata la loro pubblicità. Questa infatti è evocativa delle vere sigarette e può indurre al fumo anziché facilitarne la cessazione. Va in particolare ricordato che le Multinazionali del tabacco stanno investendo nelle sigarette elettroniche e dichiarano di voler collaborare ad usarle come dissuasione dal fumo, anche mettendo a disposizione fondi per la ricerca. Su questo punto molti sospettano che si tratti di una strategia per accrescere l'assuefazione alla nicotina e costituisca un pericolo per i Governi di legittimare l'operato dell'industria del tabacco.

(*Hastings G et al. Tobacco harm reduction. The devil is in the deployment. BMJ 2012;345:e 8412*)

Colpevole inattività legislativa per la salute pubblica

Il governo inglese non ha finora introdotto il prezzo minimo per unità di alcool né il pacchetto anonimo per le sigarette, venendo così meno alle attese di provvedimenti di dimostrata utilità per la salute pubblica. Mark Potter, presidente della British Medical Association, ha stigmatizzato lo scarso impegno del governo, dichiarandosi molto deluso per il cedimento alle pressioni delle lobby industriali.

(*Limb M. et al. Government has lost credibility on public health for inaction on cigarettes and alcohol. BMJ 2013; 346; f3024*)

Perchè si continua a fumare

Io credo che non vi sia oggi nessuno in Italia che non conosca i gravi danni che il fumo arreca alla salute. Tuttavia è il livello della conoscenza che varia grandemente. Tutti sanno che nel fumatore aumenta il rischio di cancro polmonare, ma molti non sanno che il rischio aumenta nel fumatore per tutti i tipi di tumori (cancro del seno, della prostata, del pancreas, etc.). Infatti dalla combustione del tabacco originano molteplici agenti cancerogeni assai potenti (composti ciclici aromatici, benzene, toluolo, polonio radioattivo, etc.) che entrano in contatto con tutti i tessuti dell'organismo. Molti non sanno che altrettanto elevato è il rischio di trombosi e conseguenti danni all'apparato cardiovascolare: qui entrano in gioco le polveri sottili e la ridotta cessione di ossigeno ai tessuti. Accidenti cardiovascolari vengono precipitati dal fumo di tabacco sia attivo che passivo. Dopo l'introduzione della legge per la protezione dei non-fumatori dal fumo passivo in Italia, i ricoveri ospedalieri per infarto miocardico sono diminuiti del 12% e in altri Paesi anche del 17%. Così come gravi sono i danni per l'apparato respiratorio: il fumo danneggia i bronchi e gli alveoli polmonari, determinando broncopneumopatia cronica ostruttiva e insufficienza respiratoria cronica. Queste ripercussioni negative sullo stato di salute rendono ragione del fatto che mediamente il fumatore vive 10 anni di meno rispetto a chi non fuma, e che il fumo di tabacco è responsabile della morte prematura di circa 70.000 Italiani ogni anno. Ho già ricordato come anche il fumo passivo sia responsabile dei danni alla salute, ancorché in grado minore rispetto al fumo attivo. Un recente studio dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano dimostra che, anche all'aperto, chi è sottovento ad un fumatore ad una distanza fino a 5 metri subisce danni dal fumo che lo raggiunge, fornendo evidenze a coloro che sostengono che il fumo va vietato non solo nei locali chiusi, ma anche all'aperto nei luoghi assembrati (stadio, bar, ristoranti, etc.). Infine va ricordato che non tutti i costituenti tossici del fumo sono volatili: essi si depositano su cose e persone e persistono a lungo esercitando i loro effetti nocivi (cosiddetto fumo di terza mano). La concentrazione di questi tossici e delle polveri sottili risulta particolarmente elevata nelle automobili dove si fuma. Inoltre il fumo insieme alla distrazione è all'origine di molti incidenti stradali. Tutto ciò giustifica largamente la proposta di proibire il fumo nelle auto private (per quelle pubbliche e di servizio il divieto esiste già). Alla luce di tutta l'evidenza scientifica offerta alla cittadinanza come è possibile che 12 milioni circa di Italiani fumino e in particolare fumino i giovani e i giovanissimi?

Sappiamo che la nicotina è una droga e come tutte le assuefazioni è difficile liberarsene; certo le Istituzioni e tutti noi medici dovremmo fare di più per accrescere la consapevolezza della popolazione sulle conseguenze del fumo di tabacco e aiutare i nostri pazienti fumatori a smettere. Dovremmo anche sfatare molti falsi luoghi comuni, quali: poche sigarette al giorno non fanno male, io fumo sigarette leggere, mio nonno che fumava è campato fino a 90 anni in buona salute ed è morto di incidente stradale, la sigaretta mi rilassa e mi aiuta a concentrarmi, faccio il check-up ogni anno e sono sano come un pesce malgrado il fumo. Dovremmo anche controbattere a chi invoca principi di libertà personale che la libertà di ogni cittadino finisce dove comincia quella degli altri. Ogni fumatore costa alla società circa 1.000 Euro l'anno per spese sanitarie (che tutti noi sosteniamo con le tasse) e altrettanti in giornate di lavoro perdute, per non parlare delle continue pause che alcuni fumatori hanno ottenuto di effettuare sul posto di lavoro per poter fumare. Imponenti anche i danni ambientali derivanti in Italia dalla dispersione nell'ambiente di circa 140 milioni di mozziconi al giorno, che con il loro concentrato di tossine permangono nel terreno e nel mare per anni, riuscendo dannosi non solo all'uomo, ma anche agli animali; per molti pesci tali rifiuti sono addirittura letali.

Ritengo che lo Stato liberale non debba proibire il fumo (anche perché ben sappiamo che il proibizionismo non premia) e nemmeno debba consentire discriminazioni verso i fumatori (addossando loro ad esempio i costi sanitari o consentendo alle aziende di non assumere fumatori). Ma non per questo deve restare inerte. Il fumo di tabacco è un problema di salute pubblica, viene tollerato, ma è importante che il suo uso venga sistematicamente scoraggiato. Si tratta in altri termini di agire secondo i principi del "paternalismo libertario", cioè sospingendo delicatamente le scelte dei cittadini verso il non-fumo (tecnica cosiddetta del nudge). Ciò si può ottenere con divieti, provvedimenti amministrativi o con incentivi, avendo ben presenti le iniziative di successo prese da altri. Così, bene il divieto di fumo nei luoghi chiusi pubblici e nei luoghi di

lavoro, bene il divieto di vendita ai minori, ma molto resta ancora da fare perché gli interessi economici che ruotano intorno al mondo del tabacco, dalla coltivazione fino alla vendita dei prodotti, sono assai elevati ed ogni provvedimento limitativo viene duramente contrastato. Ad esempio l'Italia è un grande produttore di tabacco e la riconversione delle colture risulta difficile e costosa. Vi sono poi i tabaccari e, in passato, i rappresentanti dei gestori dei pubblici esercizi che temevano danni gravi dall'introduzione del divieto di fumo nei locali pubblici. Oggi questa posizione è risultata infondata, ma i gestori sono riusciti a rifiutare la responsabilità di diffidare i contravventori nei loro locali e quindi hanno comunque ostacolato la piena applicazione dell'art. 3 della legge n. 56/2003, cioè quella che si propone di proteggere i non-fumatori dal fumo passivo. E qui entra in gioco la potenza di contrasto ai provvedimenti limitativi operato dalle Multinazionali del tabacco. Queste ultime investono enormi quantità di denaro per neutralizzare le strategie per loro pericolose, accaparrandosi il consenso di parlamentari, politici, giornalisti, ricercatori, attori, etc., per svuotare di valore la ricerca scientifica scomoda, per impugnare tramite potenti uffici legali i provvedimenti sfavorevoli, per sostenere una pubblicità più spesso occulta dei loro marchi, per costruire modelli sociali molto attraenti per la massa dei cittadini specie i più fragili e i più giovani. L'evidenza di tutta questa opera è stata raccolta in particolare nei tribunali americani ed è addirittura disponibile su internet. Si tratta di un eclatante esempio di come la potenza del denaro, associata ad un'eccezionale abilità di marketing, abbia ragione della salute pubblica, malgrado i dati siano a disposizione di tutti da circa 60 anni. In verità la maggior parte dei provvedimenti a favore della salute pubblica urta contro interessi costituiti forti (si pensi agli alcolici, ai prodotti alimentari confezionati, ai limiti di velocità per le automobili, etc.) e quindi risulta politicamente scomoda; anche per questo motivo la salute pubblica, essenziale per il benessere della Nazione e dei suoi singoli cittadini, rappresenta la Cenerentola delle azioni di Governo. Alcuni Governi tuttavia fanno eccezione: uno di questi è quello australiano che si aggiunge ad alcuni Stati e città americane. L'Australia ha ingaggiato con i produttori di tabacco un duro scontro vincendo i primi round. Essa infatti ha imposto ai produttori di tabacco l'abolizione dei marchi sulle confezioni, giacchè è noto che la forza di attrazione di questi marchi, dei loro colori, della loro forma, è assai potente, tanto da far concludere ad esperti di comunicazione che alcuni di questi marchi oggi "vivono di vita propria" grazie al potere evocativo che possiedono e alla penetrazione che hanno operato nelle menti delle popolazioni. Denunciare la grande forza pubblicitaria dei produttori è stato l'obiettivo della recente Giornata Mondiale senza Tabacco (31 maggio 2013). Il 9 e 10 settembre prossimo approderà al Parlamento Europeo una bozza di Direttiva dell'Unione Europea per il contrasto al fumo. La strada in Europa è però in salita perché, come sempre, le Direttive europee devono mediare tra gli interessi degli Stati membri (oggi ben 28) e spesso finiscono per essere poco incisive. Per quanto riguarda l'Italia, va notato il lodevole impegno antitabacco di diverse organizzazioni sia pubbliche (OsMed dell'Istituto Superiore di Sanità, Centri antifumo, Istituto Nazionale dei Tumori di Milano) che non governative (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Consulta Nazionale sul Tabagismo), ma l'azione governativa di contrasto al fumo è da tempo ormai debole e anche le campagne antifumo si sono assai diradate. Peraltro tali campagne, oltre che insistere sull'evidenza scientifica dei danni alla salute, dovrebbero far leva sull'immagine del fumatore come vittima di organizzazioni senza scrupoli che utilizzano la sua debolezza per fare profitto anche se ciò nuoce alla sua salute, e mettere in evidenza i danni rilevanti per l'ambiente.

La situazione politica incerta oggi certo non aiuta. In queste condizioni io credo che potremmo però fare un ulteriore passo avanti se solo ci limitassimo a far meglio osservare con controlli rigorosi le norme esistenti, e precisamente:

- 1) divieto di fumo nei locali pubblici, nei luoghi di lavoro e nelle stazioni;
- 2) divieto di dispersione di rifiuti solidi (mozziconi) nell'ambiente
- 3) divieto di vendita di tabacchi ai minori;
- 4) divieto di pubblicità manifesta e occulta ai prodotti di tabacco;
- 5) divieto di fumo nei luoghi di valore storico e artistico, nei parchi e nelle aree protette per ridurre i pericoli di incendio e per il rispetto dell'ambiente;
- 6) attenzione non preconcetta alle sigarette elettriche.

In attesa di tempi migliori queste iniziative potrebbero almeno rappresentare il segnale della volontà italiana di continuare nella lotta al tabacco che abbiamo portato avanti finora.

Anziani

Gli anziani che hanno un passo veloce

La velocità dell'andatura è un importante indicatore della capacità delle persone anziane di accudire alle normali attività della vita e di essere quindi indipendenti; al momento del ricovero in Ospedale per acuti una velocità di 1 m/sec o più si correla con più favorevoli indicatori di salute e una degenza più breve.

(*Ostir GV et al. Assessing gait speed in acutely ill older patients admitted to an acute care for elders hospital unit. Arch Intern Med 172, 353-59, 2012*)

Prevenire le cadute

Almeno 1/3 delle persone sane con più di 65 anni di età, che vivono a casa loro, cadono almeno 1 volta l'anno, e il 20% di questi necessita di cure mediche.

Questo rischio aumenta con l'età e con la comorbidità. I costi di questi inconvenienti sono alti e comportano spesso ricoveri ospedalieri per fratture al polso e al femore.

Interventi multifattoriali che mirano a migliorare forza muscolare, equilibrio, rischi dell'abitazione, scarpe, farmaci, capacità cognitive e livelli di vitamina D migliorano, ma non riescono a prevenire del tutto queste patologie.

E' importante innanzi tutto che il medico generalista inserisca sistematicamente il monitoraggio e l'educazione circa la prevenzione delle cadute quando incontra gli anziani, identifichi quelli a rischio fratture e prescriva gli esercizi muscolari, cercando di inserirli negli atti della vita quotidiana ogni giorno e più volte al giorno. Egli deve inoltre monitorare nel tempo i pazienti a rischio, promuovendo sempre l'adesione del paziente allo schema di prevenzione e agli esercizi fisici. Le cadute e le loro conseguenze devono costituire un obiettivo primario della prevenzione.

(*Morris ME. Preventing falls in older people. BMJ 345, 10, 2012*).

Il test dei 6 minuti di cammino

Il test proposto da Bittner at al. nel 1993 consiste nell'invitare il cardiopatico stabile a camminare per 6 inuti in un lungo corridoio così da percorrere la maggior distanza possibile. Questa distanza viene misurata. Nei pazienti che percorrono 87 – 419 metri il rischio di incidenti cardiovascolari è risultato 4 volte maggiore di quello dei pazienti che percorrevano 544 – 837 metri.

Il test costituisce un utile indicatore prognostico per identificare i pazienti con patologie cardiovascolari stabili che hanno un alto rischio di accidenti cardiovascolari e ha un valore predittivo simile ai test da sforzo (ogni 104 metri in meno equivale ad un maggiore rischio del 55%). Esso può essere facilmente eseguito nell'ambulatorio medico. Può essere ripetuto nel tempo per confrontare l'evoluzione della patologia nel singolo paziente, è poco costoso e non pericoloso.

(*Beatty A.L. Six-minute walk test as a prognostic tool in stable coronary heart disease. Arch Int Med 172, 1096-1102, 2012*)

Costi della demenza senile

Negli Stati Uniti la prevalenza di demenza nelle persone di 70 o più anni era 14,7% nel 2010, con un costo compreso tra \$ 41.689 e 56.290 per individuo e per anno, cioè un costo simile a quello delle malattie cardiovascolari.

(Murd MD et al. *Monetary costs of dementia in the United States. N Engl J Med* 368, 1326-34, 2013)

Il Silver Tsunami

Con l'invecchiamento della popolazione aumentano gli anziani che sviluppano malattie psichiatriche (depressione, demenza, ecc.). Questo fenomeno (detto Tsunami d'argento, Silver Tsunami) ha un impatto molto pesante sulla società: non vi sono né competenze, né organizzazione, né risorse sufficienti ad affrontarlo. E' necessario che la comunità si attivi e collabori con gli operatori sanitari e sociali per identificare gli anziani con problemi psichiatrici e cognitivi e aiutarli, anche con interventi semplici a loro cura, inclusi i programmi di attività fisica organizzati, prima di avviarli agli specialisti e ai loro team (geriatri e psichiatri geriatrici). Queste "antenne" della comunità, gestite da laici spesso volontari collegati con i Servizi Geriatrici, sono state sperimentate con successo anche a Milano per i malati psichiatrici e, più in generale, per gli anziani (custodi socio-sanitari).

Riflettiamo sul ricovero degli anziani fragili

Gli Ospedali per acuti sono pessimi luoghi ove ricoverare gli anziani fragili con molteplici affezioni croniche. Per loro sono necessari luoghi più protettivi ed umani.

(Age and Ageing 2013, doi:10.1093/ageing/aft055)

Cardiovascolare
Ipertensione
Diabete

La (cattiva) regola del 50%

Nell'ipertensione (come nel diabete) si rileva nella pratica che vige la "regola del 50%": infatti metà dei pazienti ipertesi non sa di esserlo, metà di quelli che lo sono non si cura, e in metà di questi ultimi la pressione arteriosa non è ben controllata.

(Clark CE, McManus R. *The use of highly structured care to achieve blood pressure targets. BMJ* 345, 8, 2012)

Ipertensione

L'ipertensione è una patologia cronica che interessa quasi un miliardo di persone nel mondo e che si prevede possa aumentare del 60% nel prossimo decennio.

Essa costituisce una delle più importanti cause di morbilità e mortalità premature e prevenibili.

(Leurig S, Mukherjee D. *Contemporary management of hypertension: how to optimize therapy. Cardiovasc Hematol Disord Drug Targets* 9, 181-192, 2009)

Curare l'ipertensione

Se l'aderenza del paziente alla terapia è elevata e continua per tutta la vita, l'ipertensione può essere curata bene e forse prevenuta. Ciò sembra possibile assumendo un'associazione di ACE-inibitori + statine per migliorare la funzione endoteliale e la rigidità delle arterie che si riscontrano prima che compaia l'ipertensione.

(Mukherjee D. *Atherogenic vascular stiffness and hypertension. Cause or effect? JAMA* 308, 919-20, 2012)

La cura del diabete di tipo 2

Nel diabete di tipo 2 il mantenimento di una glicemia normale diminuisce il rischio di complicanze microvascolari; su quelle macrovascolari l'effetto è incerto. I farmaci che inibiscono la dipeptidil peptidasi 4 (DDP – 4), determinano una maggiore secrezione di insulina da parte del pancreas e riducono il livello di Hb glicata (Hb A 1c), ma non sembra che si riducano significativamente le complicanze cardiovascolari, a conferma del fatto che gli indicatori surrogati non rispecchiano sempre l'esito clinico. Per ora, quindi, il miglior trattamento per il diabetico di tipo 2 sembra essere quello di controllare la glicemia e la pressione arteriosa, di assumere le statine e di seguire stili di vita salutari (dieta, peso corporeo, esercizio fisico).

(Mitka M. *New drugs improve glycemic control in type 2 diabetes, but improving heart health remains elusive. JAMA* 310, 1435-36, 2013)

Inquinamento atmosferico e cardiopatie acute

Vi è una forte correlazione tra le due cose. Trentacinque studi osservazionali hanno dimostrato che quando il particolato fine (PM2,5) nell'aria cresce, il rischio di malattie cardiovascolari acute cresce del 2% ogni 10 µg/m³.

Si consideri che in alcune megalopoli la concentrazione media giornaliera di PM2,5 arriva fino a 300 µg/m³, pari a 20 volte la media delle città europee che è di 15 µg/m³. L'aria pulita è un obiettivo che va perseguito con vigore, anche con leggi molto severe se necessario.

(*Lancet* 2013;doi:10.1016/s0140-6736(13)60898-3)

Attenti al diabete

Il diabete è una malattia che deriva dall'interazione tra fattori genetici, ambientali, stili di vita, stress psico-sociale. La cura necessita innanzi tutto che la malattia venga diagnosticata e che il suo decorso venga monitorato accuratamente nel tempo, con l'applicazione di interventi di tipo tecnologico, farmacologico e psicologico che devono essere proposti al paziente in modo proattivo con il supporto non solo della tecnica, ma soprattutto dell'organizzazione. L'obesità, il fumo di tabacco, l'inattività fisica, l'ipertensione arteriosa, l'eccessivo consumo di sale vanno combattuti strenuamente e continuamente perché sono fattori causali della riduzione di sopravvivenza dei diabetici (circa 6 anni rispetto ai soggetti non diabetici). Il diabete è una malattia sociale, in quanto ha pesanti ripercussioni sulla società. Per questo è tutta la società che deve impegnarsi nel contrasto alla malattia.

Criteri di diagnosi del diabete

HbA1c = ≥ 6,5%

Glicemia a digiuno = ≥ 125 mg/dL

Glicemia da carico = ≥200 mg/dL

(2 ore dopo l'assunzione di 75 g di glucosio per os)

Criteri di diagnosi del pre-diabete

HbA1c = 5,7-6,4%

Glicemia a digiuno = 100-125 mg/dL

Glicemia post carico = ≥160 mg/dL

(Cham JCN. Diabetes and non-communicable disease. Prevent the preventables. *JAMA* 310, 916-17, 2013)

L'ictus ischemico

Il trattamento precoce dello Stroke ischemico con rtPA (attivatore del plasminogeno) per via endovenosa si è dimostrato efficace per il trattamento di selezionati pazienti che hanno ictus ischemico, a condizione che l'infusione endovenosa avvenga entro 3 ore e il paziente venga curato presso Ospedali esperti. E' necessario che la popolazione conosca queste possibilità così da comportarsi in modo da aiutare al massimo i numerosi cittadini che vengono colpiti da questa patologia. Per questo l'AREU (Azienda Regionale Emergenza Urgenza) della Regione Lombardia ha pubblicato un depliant che tutti noi dobbiamo leggere e che potete trovare sul mio blog al seguente link

http://girolamosirchia.files.wordpress.com/2013/11/defreg-lomb_ictus_esec_br_ultimo.pdf

Otto fattori di rischio da combattere

Malgrado l'incidenza di malattie cardiovascolari sia diminuita nei Paesi occidentali, esse continuano a rappresentare la prima causa di morte. Nei Paesi in via di sviluppo inoltre queste malattie sono in aumento. Le più importanti Società internazionali di cardiologia ritengono che questo fenomeno possa essere prevenuto ricorrendo a farmaci poco costosi e soprattutto alla riduzione di otto fattori di rischio:

1. ridurre il consumo di alcolici di almeno il 10%;
2. ridurre l'assunzione di cibi calorici e acidi grassi saturi di almeno il 10%;
3. ridurre il peso corporeo, se eccedente;
4. aumentare l'attività muscolare del 10%;
5. ridurre la pressione arteriosa se superiore o uguale a 140/90 mmHg;
6. ridurre del 20% il tasso di colesterolo totale nel sangue;
7. ridurre del 30% l'assunzione di sale così da portare il consumo giornaliero a meno di 2g di sodio (pari a 4g di sale);
8. ridurre di almeno il 30% l'uso del tabacco nella popolazione (in Italia dal 22% al 15% dei soggetti con più di 14 anni).

Questa posizione scientifica si dovrà tradurre in un piano di azione dal 2014 a cura dell'ONU, giacché è urgente arrestare la crescita delle malattie non trasmissibili che stanno mettendo a rischio la salute del mondo, generando costi inestimabili e gravi invalidità.

(Mitko M. New basic care goals seek to rein in global rise in cardiovascular disease.

JAMA 308, 1725-26, 2012)

La diagnosi di infarto miocardico

Il dosaggio della troponina nel sangue è un indicatore di danno miocardico. Le troponine cardiache sono proteine che regolano la contrazione del muscolo cardiaco. I livelli sierici di troponina iniziano a crescere già 4-6 ore dopo il dolore stenocardico e raggiungono il picco a 18-24 ore, restando elevate per 10 giorni.

La diagnosi di infarto miocardico si deve basare però non solo sul livello di troponina, ma anche almeno su uno dei seguenti criteri:

1. sintomi di ischemia;
2. nuovi e significativi cambiamenti del tratto ST e dell'onda T o blocco di branca sinistra;
3. sviluppo di un'onda Q patologica;
4. evidenza di un'immagine di perdita di vitalità miocardica o anormalità della motilità localizzata della parete cardiaca;
5. trombo intracoronarico visto all'angiografia.

(*Thygesen K et al. Circulation, 24 agosto 2012.doi:10.1161/CIR.0b013e31826e1058*)

Il diabete è in aumento

La prevalenza del diabete di tipo 2 nel mondo è in continuo aumento e oggi colpisce più di un quarto delle persone che hanno più di 65 anni. Tra le cause principali l'alimentazione eccessiva, sia in termini assoluti di calorie ingerite, sia in termini qualitativi (eccesso di grassi e specie di acidi grassi trans e di zuccheri nella dieta). L'eccessivo apporto calorico unito all'insufficiente movimento fisico sono fattori che possono essere corretti. Questi interventi sono ormai urgenti anche nel nostro Paese, ove le persone in sovrappeso sono il 35,6% e quelle obese il 10,3%, valori che aumentano con l'età, nel genere maschile e nelle regioni meridionali (Basilicata 41% di sovrappeso, 12,7% di obesità).

(*Polonsky KS. The past 200 years in diabetes. NEJM 367, 1332-40, 2012 1° Country Report Italia 2013 – Italian health policy brief, Anno III, Feb 2013*)

Il prediabete di tipo 2

Il nostro Servizio Sanitario non finanzia alcune attività che hanno dimostrato di prevenire la insorgenza di costose patologie croniche. Ad esempio, è stato dimostrato che l'organizzazione di persone con prediabete in gruppi che, sotto la guida di un istruttore, seguono corsi di ginnastica e movimento muscolare, consente di ritardare o evitare la comparsa di diabete conclamato in un'alta percentuale di persone. In USA ciò ha indotto una parte della assicurazioni malattia a sostenere le spese di questo intervento. Sarebbe auspicabile che ciò accadesse anche in Italia, ove pure la prevalenza del diabete e del prediabete è in aumento. Il diabete di tipo 2 è una malattia cronica dell'età medio-avanzata, determina serie complicanze e costa molto al Servizio Sanitario Nazionale, soprattutto quando la glicemia non è ben controllata. La prevenzione e la cura del diabete in fase precoce è quindi un investimento che non deve più essere ritardato.

(*Fradkin J.E. et al. What's preventing US from preventing Type 2 diabetes? NEJM 367, 1177-79, 2012*)

Tumori

Il cancro nel futuro

Ci sono le basi per aspettarsi che nel prossimo futuro il cancro diventi una malattia curabile o una malattia cronica.

(*De Vita VT, Rosenberg SA – 200 years of cancer research. NEJM 366, 2207-14, 2012*)

Studi sui tumori

Nei topi con tumori è stato rilevato che il digiuno per 48 ore potenzia l'effetto della successiva chemioterapia perchè ne potenzia la capacità di determinare danno ossidativo. Nell'uomo sono in corso studi per valutare se è possibile sfruttare questo fenomeno.

(cfr *Laviano A e Rossi-Fanelli F. Toxicity in chemotherapy – When less is more. NEJM 366, 2319-20, 2012*)

Le malattie del fegato

La cirrosi epatica e il carcinoma primitivo del fegato richiedono più misure di prevenzione e più ricerca. Le cause principali sono il consumo di alcool e l'epatite virale di tipo B e C.

Uno studio canadese recente ha dimostrato che un innalzamento del 10% del prezzo degli alcolici riduce del 32% la mortalità collegata all'alcool.

(*The Lancet, Volume 381, Issue 9866, page 508, 16 February 2013 doi:10.1016/S0140-6736(13)60263-9*)

Tumori da virus

Si stima che il 20% di tutti i tumori sia provocato da virus, direttamente o indirettamente.

(*De Vita VT, Rosenberg SA – 200 years of cancer research. NEJM 366, 2207-14, 2012*)

Il sole è pericoloso

L'esposizione ai raggi solari è pericolosa per tutti, ma soprattutto per coloro che assumono farmaci ipotensivi fotosensibilizzanti (idroclorotiazide, nifedipina); queste persone presentano un aumentato rischio di cancro delle labbra. Per tutti il consiglio è di evitare l'esposizione al sole nelle ore centrali della giornata, di proteggersi con creme riflettenti oltre che coprenti (cioè contenenti sali di titanio), di proteggere le labbra, di usare cappelli a falda molto larga, di indossare per il bagno in mare delle apposite magliette.

(*Friedman GD et al. Antihypertensive drugs and lip cancer in non-hispanic whites. Arch Int Med 172, 1246-51, 2012*)

Immunoterapia dei tumori

I tentativi finora fatti per attivare il sistema immunitario del paziente contro il tumore hanno avuto risultati solo parziali, in quanto la risposta immunitaria del paziente viene limitata dall'organismo per evitare che essa danneggi i tessuti sani. Ciò avviene usando punti di controllo che si attivano sulle cellule T citotossiche deputate alla distruzione delle sostanze estranee all'organismo. Se si inibisce con un anticorpo questo punto di controllo e lo si spegne, la risposta immunitaria non si blocca e riesce a danneggiare il tumore. Finora sono stati inibiti due punti di controllo detti CTLA-4 e PD-1 (per morte programmata), quest'ultimo più importante del primo, e capace di inibire le cellule T durante l'esposizione antigenica di lungo termine come nelle infezioni croniche, nelle malattie autoimmuni e nel trapianto oltre che nel cancro. I primi risultati nell'uomo con anticorpi anti-PD-1 sono molto promettenti giacchè determinano una durevole reazione immunitaria del paziente contro alcuni tipi di tumori con evidenti vantaggi clinici.

(A. Ribes. *Tumor immunotherapy directed at PD-1. NEJM 366, 2517-19, 2012*)

Per le donne con alto rischio di tumore al seno

Nel Regno Unito il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ha emanato una linea guida che offre alle donne di età superiore a 35 anni con storia familiare di cancro al seno la possibilità di prevenzione mediante trattamento per 5 anni con tamoxifene (se l'utero è stato asportato) o raloxifene (se l'utero è presente). Questo trattamento riduce di 1/3 il rischio di sviluppare la malattia ed è l'alternativa alla mastectomia preventiva che è stata finora usata da alcuni.

(PBMJ 2013;346:f4116)

I rischi della TAC

Nei soggetti sottoposti a TAC prima dei 20 anni di età l'incidenza di cancro aumenta del 24%, e questo valore aumenta con il diminuire dell'età.

(Matthews J et al. *Cancer risk in 680.000 people exposed to computer tomography scans in childhood or adolescence: data linkage study of 11 million Australians. BMJ 346, 12, 2013*)

Il PSA

Il valore di PSA all'età di 40-55 anni è associato al rischio di cancro prostatico metastatizzato nel futuro. Probabilmente tre determinazioni del PSA (a 45, 55 e 65 anni di età) sono sufficienti per identificare i soggetti a più alto rischio di tumore metastatizzato nelle decadute di vita successive.

(Vickers AJ et al. *BMJ 346, 11, 2013*)

Novità sul cancro della prostata

Il cancro della prostata metastatizza rapidamente e risulta più frequentemente fatale negli uomini che hanno una mutazione del gene BRCA2. Questi uomini sono quindi ad alto rischio e devono essere immediatamente sottoposti a trattamento radicale (chirurgico o radioterapico) anche se il tumore è localizzato.

(*BMJ* 2013; 346:f2223)

Assunzione di alcolici

Anche una modesta quantità di alcol (3 drink al dì), se assunta regolarmente, aumenta il rischio di tumori della bocca e del tratto digerente diventando responsabile del 15% dei tumori del seno e del 3,5% di tutte le morti per cancro in USA. Questi dati contrastano con altri precedenti che attribuiscono al vino in moderata quantità un effetto benefico.

(*Nelson DE et al. Am. J. Publ. Health doi:10.2105/AJPH.2012.301199*)

Farmaci
Vaccini
Altre terapie

Danni epatici da farmaci

Negli USA circa metà dei casi di grave danno epatico sono provocati da farmaci, prodotti di erboristeria e integratori alimentari. Nel sito <http://www.livertox.nih.gov> sono riportate informazioni circa un migliaio di prodotti tossici.

(*JAMA* 308, 2073, 2012)

Farmaci per ridurre il peso corporeo

L'epidemia di obesità che colpisce l'umanità è il risultato di una complessa interazione tra fattori genetici, ambientali e culturali.

Tutte le terapie dell'obesità hanno come obiettivo quello di rendere negativo il bilancio energetico. I farmaci finora usati si sono rivelati troppo tossici e sono stati ritirati dal commercio, ad esclusione dell'orlistat e di due nuovi farmaci anorezzizzanti (lorcaserina e fentermina + topiramato) che devono comunque essere associati ad una dieta ipocalorica e ad un programma di movimento fisico sistematico. Anche questi farmaci tuttavia non sono esenti da seri effetti collaterali specie a carico dell'apparato cardiovascolare, e sono necessari ulteriori studi prima di utilizzarli nella pratica clinica.

(*Colman E et al. The FDAS's assessment of two drugs for chronic weight management. NEJM* 367, 1577-79, 2012)

Ormonoterapia dopo la menopausa

La revisione di una grande quantità di studi scientifici ha indotto la Task Force dei Servizi di Prevenzione americani a rigettare l'uso della terapia estro-progestinica nelle donne post-menopausa al fine di prevenire l'insorgenza di malattie croniche. Infatti a fronte di una riduzione del rischio di fratture ossee, le donne trattate con soli estrogeni o composti estro-progestinici mostrano un maggior rischio di ictus, tromboembolie, colecistopatie e incontinenza urinaria, tumori del seno e demenza.

(<http://tinyurl.com/cgjumes>)

Trattamento ipotensivo negli anziani

La prevalenza di ipertensione (Pressione arteriosa $\geq 140/90$) è del 50% nelle persone di età compresa tra 60 e 80 anni. Questi pazienti all'inizio del trattamento con ipotensivi hanno il rischio di ipotensione ortostatica, che può esitare in cadute al suolo e fratture ossee. L'inizio del trattamento ipotensivo nelle persone anziane richiede quindi grande prudenza.

(*Butt DA et al. The risk of hip fracture after initiating antihypertensive drugs in the elderly. Arch Int Med* 172, 1739-44, 2012)

Interazioni farmaci-pompelmo

Ben 85 farmaci possono interagire con il pompelmo e causare danni anche gravi, quali mielotossicità, emorragie gastrointestinali, depressione del respiro, nefrotossicità.

(*BMJ* 2012;345:e8083)

Prevenire i danni ai pazienti

Migliaia di Ospedali USA hanno aderito ad un'iniziativa dei Centers for Medicare and Medicaid Services di ridurre le complicazioni prevenibili (eventi avversi da farmaci, infezioni urinarie da catetere, sepsi da catetere centrale, infezioni chirurgiche, traumi da caduta, ulcere da decubito, tromboembolie venose, polmoniti da ventilatori meccanici, complicanze ostetriche, riammissioni ospedaliere).

I pazienti ricoverati spesso subiscono molteplici danni. Per ridurre i danni è necessario usare specifiche checklist anche più volte al giorno. Il compito non è facile, ma i medici possono avvalersi dell'esperienza degli ingegneri che gestiscono complessità dinamiche, specie nelle terapie intensive, come suggerito dall'Institute of Medicine. Anche i generalisti, tuttavia, sono interessati al problema, specie per quanto riguarda le terapie con molteplici farmaci dei pazienti cronici.

(*Provonost PJ, Bo-Linn GW. Preventing patient harms through systems of care. JAMA* 308, 769-70, 2012)

Nuove speranze per la malattia di Alzheimer

Un farmaco fino ad oggi usato per il trattamento delle forme cutanee refrattarie dei linfomi non-Hodgkin potrebbe essere efficace nel trattamento della malattia di Alzheimer, giacchè nel topo esso determina entro 3 giorni un dimezzamento delle placche di β -amiloide e un forte miglioramento dei deficit nervosi, cognitivi, sociali, olfattivi causati dalla malattia. Tali risultati devono però essere confermati nell'animale prima di sperimentare il farmaco nell'uomo.

(*La Ferla F. Preclinical success against Alzheimer's disease with an old drug. NEJM* 367, 570-72 2012)

Parafarmaci pericolosi

I preparati che contengono erbe della famiglia di Aristolochia hanno effetto nefrotossico e cancerogeno. Quando si acquistano prodotti parafarmaceutici venduti a scopo dimagrante bisogna stare attenti che non contengano questo pericoloso ingrediente.

(*Gökmen MR, Lord GM. Aristolochic acid nephropathy. A disease that could be prevented through more careful regulation of herbal products. BMJ* 2012;344e4000)

Le vaccinazioni

Pur essendo le vaccinazioni lo strumento più efficace di prevenzione e quello a più alto ritorno sull'investimento, il loro uso continua ad essere troppo limitato. Esempio tipico è il vaccino anti-influenzale, che è indicato per tutti i cittadini e previene una malattia che oltre a provocare malessere nella maggior parte della popolazione può sviluppare complicazioni gravi e persino mortali. Analogi discorsi vale per gli altri vaccini raccomandati per adulti e bambini (Figure 1-3).

Nell'interesse della salute pubblica è necessario far capire alla popolazione che le vaccinazioni sono uno strumento di salute innocuo ed efficace che tutti hanno vantaggio ad utilizzare

(<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm62e0128.pdf>)

Figura 1 – Schema di vaccinazione raccomandato per persone da 0 a 18 anni

Vaccines	Birth	1 mo	2 mos	4 mos	6 mos	9 mos	12 mos	15 mos	18 mos	19-23 mos	2-3 yrs	4-6 yrs	7-10 yrs	11-12 yrs	13-15 yrs	16-18 yrs	
Hepatitis B ¹ (HepB)	↔ 1 st dose	↔ 2 nd dose				↔ 3 rd dose											
Rotavirus ² (RV) RV-1 (2-dose series); RV-5 (3-dose series)		↔ 1 st dose	↔ 2 nd dose		See footnote 2												
Diphtheria, tetanus, & acellular pertussis ³ (DTaP; <7 yrs)		↔ 1 st dose	↔ 2 nd dose	↔ 3 rd dose			↔ 4 th dose				↔ 5 th dose						
Tetanus, diphtheria, & acellular pertussis ⁴ (Tdap; ≥7 yrs)													(Tdap)				
<i>Haemophilus influenzae</i> type b ⁵ (Hib)		↔ 1 st dose	↔ 2 nd dose	See footnote 5		↔ 3 rd or 4 th dose see footnote 5											
Pneumococcal conjugate ^{6a,c} (PCV13)		↔ 1 st dose	↔ 2 nd dose	↔ 3 rd dose		↔ 4 th dose											
Pneumococcal polysaccharide ^{6a,c} (PPSV23)																	
Inactivated poliovirus ⁷ (IPV) (<18 years)		↔ 1 st dose	↔ 2 nd dose		↔ 3 rd dose						↔ 4 th dose						
Influenza ⁸ (IIV; LAIV) 2 doses for some : see footnote 8																	
Measles, mumps, rubella ⁹ (MMR)						↔ 1 st dose					↔ 2 nd dose						
Varicella ¹⁰ (VAR)						↔ 1 st dose					↔ 2 nd dose						
Hepatitis A ¹¹ (HepA)							↔ 2 dose series see footnote 11										
Human papillomavirus ¹² (HPV2: females only; HPV4: males and females)													(3 dose series)				
Meningococcal ¹³ (Hib-MenCY ≥ 6 wks; MCV4-D≥9 mos; MCV4-CRM ≥ 2 yrs.)												↔ 1 st dose			booster		
see footnote 13																	
█ Range of recommended ages for all children		█ Range of recommended ages for catch-up immunization		█ Range of recommended ages for certain high-risk groups		█ Range of recommended ages during which catch-up is encouraged and for certain high-risk groups		█ Not routinely recommended									

Figura 2 – Schema di vaccinazione raccomandato per adulti, distinto per tipologia di vaccino e gruppo di età

VACCINE ▼	AGE GROUP ►	19-21 years	22-26 years	27-49 years	50-59 years	60-64 years	≥ 65 years
Influenza ^{2,*}					1 dose annually		
Tetanus, diphtheria, pertussis (Td/Tdap) ^{3,*}				Substitute 1-time dose of Tdap for Td booster; then boost with Td every 10 yrs			
Varicella ^{4,*}					2 doses		
Human papillomavirus (HPV) Female ^{5,*}		3 doses					
Human papillomavirus (HPV) Male ^{5,*}		3 doses					
Zoster ⁶						1 dose	
Measles, mumps, rubella (MMR) ^{7,*}		1 or 2 doses					
Pneumococcal polysaccharide (PPSV23) ^{8,9}			1 or 2 doses			1 dose	
Pneumococcal 13-valent conjugate (PCV13) ¹⁰				1 dose			
Meningococcal ^{11,*}				1 or more doses			
Hepatitis A ^{12,*}				2 doses			
Hepatitis B ^{13,*}				3 doses			

Figura 3 – Schema di vaccinazione per adulti raccomandato su indicazione medica o altra indicazione

VACCINE ▼	INDICATION ►	Pregnancy	Immuno-compromising conditions (excluding human immunodeficiency virus [HIV]) ^{4,6,7,10,11,13}	HIV infection CD4+ T lymphocyte count ^{4,6,7,10,14,15}	Men who have sex with men (MSM)	Heart disease, chronic lung disease, chronic alcoholism	Asplenia (including elective splenectomy and persistent complement component deficiencies) ^{10,14}	Chronic liver disease	Kidney failure, end-stage renal disease, receipt of hemodialysis	Diabetes	Healthcare personnel
Influenza ^{2,*}			1 dose IIV annually		1 dose IIV annually						1 dose IIV or LAIV annually
Tetanus, diphtheria, pertussis (Td/Tdap) ^{3,*}		1 dose Tdap each pregnancy		Substitute 1-time dose of Tdap for Td booster; then boost with Td every 10 yrs							
Varicella ^{4,*}			Contraindicated				2 doses				
Human papillomavirus (HPV) Female ^{5,*}			3 doses through age 26 yrs				3 doses through age 26 yrs				
Human papillomavirus (HPV) Male ^{5,*}			3 doses through age 26 yrs				3 doses through age 21 yrs				
Zoster ⁶			Contraindicated				1 dose				
Measles, mumps, rubella (MMR) ^{7,*}			Contraindicated				1 or 2 doses				
Pneumococcal polysaccharide (PPSV23) ^{8,9}					1 or 2 doses						
Pneumococcal 13-valent conjugate (PCV13) ¹⁰					1 dose						
Meningococcal ^{11,*}					1 or more doses						
Hepatitis A ^{12,*}					2 doses						
Hepatitis B ^{13,*}					3 doses						

Vaccinazione anti-influenzale

Le donne che vengono vaccinate in gravidanza contro il virus influenzale A/H1N1 hanno un minor rischio di danneggiare il loro feto. Tutti i professionisti sanitari hanno pertanto l'obbligo morale di offrire quest'anno alle gravide la vaccinazione anti-influenzale illustrando loro il favorevole rapporto benefici/rischi che tale pratica comporta.

(Knight M, Lim B – Immunization against influenza during pregnancy. BMJ 344, e3091, 2012)

I FANS

I farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS) sono prodotti chimici che inibiscono la sintesi di prostaglandine e hanno quindi effetto analgesico, antipiretico e antinfiammatorio. Essi si dividono in farmaci non selettivi (aspirina, naproxene) e nuovi o selettivi; il loro effetto è abbastanza simile, anche se vi sono piccole differenze tra paziente e paziente.

Gli eventi avversi sono pure comuni, specie nelle persone anziane e dopo uso prolungato: tossicità gastroenterica (dispepsia, sanguinamento), infarto del miocardio (ad eccezione di aspirina e naproxene) in soggetti con fattori di rischio cardiovascolare, peggioramento del danno renale se esistente, peggioramento dell'ipertensione arteriosa, aborto spontaneo nelle donne gravide, più raramente asma bronchiale (specie l'aspirina) e epatotossicità. Il consiglio è quindi di usare i FANS meno tossici (naproxene, aspirina) solo quando strettamente necessario e quando non esistono alternative più vantaggiose, primo fra tutti il paracetamolo.

In ogni caso il paziente va monitorato, specie se anziano e l'uso deve comunque essere il più breve possibile.

(O'Day R, Graham GG. Non-steroidal anti-inflammatory drugs. *BMJ* 347, 34-37, 2013)

La resistenza agli antibiotici è un grave pericolo

La resistenza dei microbi agli antibiotici è diventata preoccupante. L'uso eccessivo sia nella pratica medica umana che animale ha reso resistenti molti pericolosi batteri agli antibiotici, cosicché rischiamo di trovarci sempre più spesso senza armi per combatterli.

Il Direttore Generale della Sanità inglese ha dato l'allarme e il Ministero della Salute inglese ha lanciato un piano quinquennale che include l'uso più appropriato degli antibiotici (quanti di noi assumono antibiotici a sproposito e senza indicazione medica né base scientifica?), la prevenzione e il controllo delle infezioni (ci ricordiamo di lavare bene le mani più volte al giorno, di arieggiare gli ambienti in cui viviamo, di eliminare lo sporco ovunque esso si annidi?), E' adeguata la pulizia che viene fatta negli Ospedali e nelle Case di Riposo?), di far capire meglio ai medici e al pubblico i rischi che corriamo, di potenziare la ricerca di nuovi antibiotici, antisettici e vaccini, di aumentare la sorveglianza e le collaborazioni sia nazionali che internazionali.

(*BMJ* 2013; 346:f1601)

La pillola contraccettiva

Tutti i contraccettivi in commercio sono atti a prevenire la gravidanza e mostrano uguale capacità di curare l'acne e l'irsutismo. Essi sono anche simili in alcuni effetti collaterali (aumento del peso corporeo), ma differiscono nella capacità di determinare trombosi venosa. Bisogna quindi scegliere i contraccettivi più sicuri da questo punto di vista, che sono quelli che contengono la più bassa dose di etinilestradiolo (idealemente 30 µg) associato ad un progestativo di seconda generazione (levonorgestrel), come ad esempio Egogyn o i generici dello stesso tipo.

(*BMJ* 2013; 346:f1464)

Terapia delle multimorbilità

Il trattamento delle malattie croniche con comorbidità prevede di usare più di un farmaco. Ecco le avvertenze.

1. È inutile usare farmaci con effetto di prevenzione primaria (statine per ipercolesterolemia)
 2. Attenti alle interazioni tra farmaci (warfarin)
 3. Rivedere la terapia ogni mese (per ridurla se possibile)
 4. Attenti alle complicanze di farmaci
 5. Curare solo la patologia permanente e che riduce la qualità di vita del paziente
-

I farmaci generici equivalenti

Vi è ampio consenso sull'uso dei farmaci generici equivalenti anziché dei farmaci branded (o proprietari). Questa pratica comporta notevoli risparmi sulla spesa farmaceutica ed è quindi vantaggiosa. Bisogna tuttavia che l'equivalenza tra i due tipi di farmaci sia ben dimostrata (specie se cambia anche marginalmente la composizione o il tipo di eccipiente), specie ma non solo per i cosiddetti biofarmaci (esempio eritropoietina), e che si ponga particolare attenzione alle contraffazioni e al luogo di produzione dei generici, onde evitare di assumere farmaci non sicuri o poco efficaci.

Quando il paziente passa dal farmaco proprietario a quello generico viene a volte confuso dal diverso aspetto fisico di quest'ultimo (dimensione, tipo e colore delle compresse). E' quindi auspicabile che l'Autorità Sanitaria incaricata dell'approvazione dei generici intensifichi e potenzi la sua azione di verifica e approvazione per il bene dei pazienti.

(*Yu LX, Geba GP. Generic pills from the patient perspective. JAMA Internal Medicine 173, 208-209, 2013*)

Screening per HIV

La US Preventive Services Task Force ha recentemente raccomandato che tutta la popolazione americana di età compresa tra 15 e 65 anni venga sottoposta a screening per HIV. La raccomandazione è di grado A (molto forte) in ragione della possibilità di iniziare precocemente il trattamento (che è così più efficace), e di prevenire la trasmissione dell'infezione.

(*Chou R. et al: Screening for HIV: systematic review to update the 2005 us Preventive Services Task Force recommendation. Ann. Intern. Med 157, 706-18, 2012*)

L'infezione da HCV

Il CDC americano raccomanda che tutti coloro che risultano positivi al test per HCV vengano sottoposti a monitoraggio per HCV-RNA, anche perché oggi disponiamo di associazioni terapeutiche capaci di liberare il paziente dall'infezione in alta percentuale di casi, prevenendo così gravi complicazioni.

(*BMJ 309, 2545, 2013*)

Gli antibiotici nella carne

L'aggiunta di antibiotici al mangime animale avviene ormai di routine in molti Paesi. Aarestrup ha pubblicato su Nature nel 2012 un lavoro che ha evidenziato come in Danimarca gli antibiotici siano 50 mg/kg di carne prodotta, mentre in USA questo valore raggiunga 300 mg/kg. Tutto ciò spiega perché la resistenza agli antibiotici sia in continuo aumento sia negli animali che negli uomini.

(Walling A. *BMJ* 2013;347:f4214)

Le terapie antiaggregante e anticoagulante

La tendenza attuale è di non sospendere tali terapie in caso di interventi chirurgici minori, quali le cure dentarie, la chirurgia della cataratta, la biopsia transrettale della prostata o la polipectomia del colon o simili, specie nei pazienti che hanno avuto un ictus o un attacco ischemico transitorio. In questi casi, infatti, il rischio emorragico è minore della recidiva ischemica.

(*BMJ* 309, 2537, 2013)

Meno è meglio

Nel 2010 Temel e Coll al Massachusetts General Hospital di Boston, e più recentemente Yoong et al, hanno evidenziato che nei pazienti affetti da tumore usare alcune terapie meno aggressive e terapie palliative più strutturate (che prevedono un rapporto umano più stretto tra medico e paziente, comprensione e adattamento al contesto familiare e sociale del paziente, supporto psicologico, cura della depressione, condivisione degli scopi e dei limiti degli interventi medici e in seguito pianificazione del fine-vita) migliora non solo la qualità, ma anche la durata della vita del paziente, contrariamente a quanto si era fino ad allora pensato.

Questi dati devono far pensare tutti i medici (sia internisti, sia oncologi) che devono imparare a valutare le loro azioni sulla base dei desiderata dei pazienti e della loro qualità di vita.

(Smith AK. *Palliative care. An approach for all internists. JAMA Internal Medicine* 173, 291-92, 2013)

Meno vale di più

È estremamente pericoloso tentare di correggere con farmaci o altri interventi terapeutici tutte le patologie che insorgono con l'avanzare dell'età, anche se queste non comportano sensibili diminuzioni della qualità della vita. Infatti ogni intervento terapeutico comporta anche dei rischi, e gli eventi avversi sono a volte più invalidanti della patologia che si voleva correggere.

Un buon medico olista deve quindi capire quale delle multimorbilità che caratterizzano l'età matura sono più pericolose per la qualità della vita del paziente e limitarsi a consigliare il trattamento solo per queste ultime. Molti sintomi minori vanno lasciati a sé; in particolare la somministrazione di numerosi farmaci contemporaneamente è infatti assai pericolosa anche perché non tutte le interazioni tra i farmaci e tra questi e gli alimenti sono note.

Questi concetti sono stati tradotti dal JAMA Internal Medicine nello slogan “Less is More” (facendo meno si ottiene di più) e dal nuovo Institute of Medicine nella campagna “Choosing wisely” (scegli con saggezza), concetti che vengono insegnati oggi ai giovani medici, nell'interesse sia dei pazienti, sia dei medici, sia della spesa sanitaria.

(Moriates C et al. *The value in the evidence. Teaching residents to “Choose wisely”*. Arch Int Med 173, 308-9, 2013)

PENSIERI

Similitudini

Il 25 luglio 1943 finì il periodo fascista e con esso Mussolini. Il tutto accadde senza vero coinvolgimento del popolo italiano, che accolse la notizia con una certa indifferenza: non aveva di fatto partecipato al fascismo, non partecipava alla sua caduta.

Oggi sembra ripetersi la storia. Dopo 20 anni di potere, cade Berlusconi. C'è chi si rallegra, c'è chi si preoccupa, ma la maggior parte degli italiani non è interessata e pensa ai propri guai o alla propria vacanza. In questa nostra strana nazione ognuno di fatto è interessato molto ai propri affari e poco a tutto il resto, compreso l'assetto politico della nazione. “Sia Francia o Spagna purché se magna”.

Un'altra avventura è finita, un'altra nave cola a picco, i flutti si richiudono e la vita continua.

Amarezza

Che amarezza vedere la polizia che subisce senza reagire l'attacco di un gruppo di teppisti mascherati. Mi dicono che la polizia ha l'ordine di non reagire. Ma perché?

Ancor più grave, non si alza alcuna voce di condanna per i teppisti, a cominciare dalla TV di Stato che si limita a riferire che ci sono stati “momenti di tensione”. E il tutto è destinato a durare per altri due giorni. Siamo arrivati ad un livello che non indigna più, disgusta.

Stato disonesto, cittadini disonesti

Fiorenza Sarzanini sul Corriere della Sera dell'1/12/2013 cita una serie di illegalità (truffe) perpetrata da cittadini italiani a danno dello Stato. Ce n'è per tutti: dipendenti pubblici, pensionati, studenti, proprietari di case, ecc. Ma perché ci meravigliamo? E' vero che molti Italiani sono disonesti. Ma qual è il motivo? Forse che siamo geneticamente diversi dai Tedeschi o dagli Svizzeri tanto ordinati ed onesti? No, non è così. La ragione è che in Germania e in Svizzera si investe in una scuola che forma dei buoni cittadini, in uno Stato ordinato e onesto, in una società seria e consapevole, ben controllata. Ma noi siamo abituati ad una classe dirigente e a Governi che rubano, che non mantengono le promesse fatte, che scialacquano il pubblico denaro estorto con tassazioni esose, che non investono nella scuola, nell'ambiente, nella cultura, nell'assistenza sociale. Allora di chi è la colpa? Se avete risposto: del Governo e della politica, avete sbagliato. La colpa è nostra perché continuamo a tollerare questi politici, questi burocrati, questi dirigenti invece di spazzarli via.

Il buon esempio deve venire dall'alto: se fossimo governati da persone oneste e competenti il popolo italiano potrebbe essere migliore: ma non è così. Tuttavia continuamo a votare i soliti noti, che con il nostro voto si legittimano e si rafforzano. Votando crediamo di far bene, ma in realtà ci scaviamo la fossa sotto i piedi, perché i soliti noti (di Destra o di Sinistra) hanno da pensare ai loro interessi, non ai nostri e lo dimostrano giornalmente. Dobbiamo alzare la voce e farli smettere, costringendoli ad andarsene per sempre. Perché ciò accada dobbiamo far nascere un Partito di persone oneste e capaci. La cosa è fattibile se tutti noi ci impegnamo in qualche modo. Cambiare la politica si può e solo così potremo cambiare il modo di vivere in Italia.

La TAV

La battaglia sulla TAV mi lascia perplesso. La popolazione locale non la vuole, il Governo la impone. A che serve la TAV in Val di Susa? A completare il Corridoio 5 che faciliterà il trasporto merci dalla Francia e Inghilterra alla Germania e ai Paesi orientali e viceversa. Da noi la ferrovia passerà prevalentemente in galleria. Non riesco a capire quale sarà il tornaconto per l'Italia. Sarà l'ennesimo contributo italiano all'Unione Europea?

Il valore strategico della scuola

La diffusa disonestà e maleducazione di un popolo non si possono correggere solo con divieti e sanzioni. E' l'educazione che può cambiare i comportamenti. Ecco perché gli investimenti nella scuola, se sufficienti e ben fatti, diventano strategici in una moderna società.

Conseguenze positive della contingenza economica

La contingenza economica deve spingere a riorganizzare il lavoro, con l'obiettivo di "do more with less". A questo fine le parole d'ordine sono: rivedere, cambiare, innovare.

Accountability

Accountability è un termine inglese che significa rendere conto o rispondere, ossia l'obbligazione di individui e organizzazioni a rispondere delle loro attività, accettarne la responsabilità, fornire i risultati in modo trasparente a chi di dovere, rispondere del denaro e di altre proprietà a loro affidate.

Il domani

Come stanno oggi le cose, io non credo che nel prossimo futuro l’Italia possa andare meglio. La ragione è semplice: tutti i governi che si sono succeduti e anche l’attuale non hanno saputo o voluto affrontare le ragioni basilari della crisi economica, e cioè: 1) Ridurre drasticamente la spesa pubblica, 2) Ridurre la rigidità dei rapporti di lavoro aumentando la flessibilità in entrata ed in uscita. Sul primo punto la politica non sente ragioni: una spesa pubblica di oltre 800 miliardi di Euro l’anno rappresenta circa il 50% del PIL, cioè della ricchezza prodotta dagli italiani. Se non si abbatte la spesa pubblica improduttiva non c’è tassazione che tenga. Ma la spesa pubblica significa anche privilegi, potere, agiatezza. Gli scandali sono ormai quotidiani: i costi della politica e del sindacato, gli sprechi e la corruzione ad ogni livello, gli alti stipendi dei manager anche quando fanno fallire l’azienda, i carrozzi pubblici (di Stato, Regioni, Comuni), ma anche gli inutili e dannosi molteplici livelli di governo, la casta che spadroneggiano, e avanti così in una litania che abbiamo imparato a recitare da tempo. Il tema dei sindacati è altrettanto intoccabile. Regole oggi intenibili stanno riducendo i posti di lavoro e dislocando all’estero molte imprese. Ma i sindacati continuano con i vecchi slogan: il lavoro precario è diventato il nemico da colpire. Ma con il termine di “precario” si intende anche i contratti di lavoro a termine, che esistono in tutto il mondo e sono una necessità assoluta per le imprese. Da noi il lavoro deve essere a tempo indeterminato e chi è assunto diventa subito un dipendente a vita, anche se non lavora o lavora male. Ma le decine di migliaia di sindacalisti che vivono in Italia a spese della collettività sono una casta ormai intoccabile, nulla si muove senza la concertazione: ciò significa che politica e sindacato hanno stretto un’alleanza che se ne infischia della crisi e degli italiani, perché il potere è potere.

Un governo di larghe intese o di emergenza avrebbe potuto sciogliere questi nodi e salvare l’Italia. Ma i nostri politici sono impegnati in una continua faida elettorale, incuranti del declino del Paese. Vivono di alterchi, vivono nei talk show televisivi per essere visibili. La maggior parte di essi non ha senso di responsabilità alcuna, contrariamente a quanto viene continuamente vantato, e in definitiva non ha alcuna capacità di governo. Incapaci e avidi, come sempre sono stati i politici di professione, gente che non ha mai lavorato e non sa fare niente. Gli esempi si sprecano: gente incapace e piena di sé che sta trascinando l’Italia al dissesto. La svolta, il nuovo paradigma ancora non si vede, ma comincio a pensare che forse non si vedrà ancora per un bel pezzo.

La riforma elettorale che verrà (?)

Alle ultime elezioni regionali in Sicilia il 53% circa degli elettori non ha votato. Ciò non ha avuto nessun peso sulla politica siciliana che ha infatti costituito un Governo Regionale. Io credo che questo sia qualcosa che dovrebbe essere impedito da una onesta riforma elettorale: infatti se il popolo è davvero sovrano e la maggioranza di esso esprime disistima nei confronti dei partiti e dei candidati e non si reca a votare, non è democratico ignorare questo risultato e far finta di niente. A mio parere si dovrebbe prendere atto della volontà popolare e nominare un Commissario ad acta che traghetti la Regione verso nuove elezioni (con nuovi politici) da tenersi non prima di 1 o 2 anni più tardi. Un altro punto che una seria riforma elettorale dovrebbe cambiare è la scheda elettorale. Ancora una volta, se il popolo fosse davvero sovrano, dovrebbe poter esprimere il suo giudizio sui candidati proposti dai partiti, sia sbarrando il nome, sia decidendo di rifiutare tutti i candidati proposti. E' il modello Nevada di scheda elettorale che prevede la possibilità di sbarrare una casella che suona "nessuno dei candidati proposti". Ciò indurrebbe i partiti a proporre persone degne per ottenere il voto dei cittadini.

Pensate voi che il nostro Parlamento farà una riforma elettorale che preveda queste varianti, unitamente a quella fondamentale di limitare il numero dei mandati dei parlamentari e dei consiglieri regionali, provinciali e comunali così da porre fine una buona volta al mestiere di parlamentare, che è la più importante causa del nostro malcostume politico e degli enormi costi della nostra politica? Se avete risposto sì, siete degli inguaribili ottimisti o, come diceva Pirandello, persone che guardano la vita attraverso lenti colorate di rosa.

La politica impudente

Lo sdegno popolare nei confronti dei nostri politici cresce di giorno in giorno, ma ciò non induce alcuno di essi a cambiare comportamento. Nei giorni recenti abbiamo visto Berlusconi che minaccia di far cadere il Governo se non si farà per lui una deroga delle leggi vigenti in quanto egli è stato votato da 10 milioni di Italiani e ha diritto all'agibilità politica. Abbiamo visto Napolitano che nomina 4 senatori a vita di sinistra, così da aumentare la consistenza della sinistra in Senato. Abbiamo visto un Governo che abolisce l'IMU sulla prima casa nel 2013, ma annuncia una nuova tassa con un nome nuovo per il 2014, ciò che si chiama il gioco delle 3 carte o la presa per il naso del popolo sovrano. Siamo veramente vittime di una masnada di politici famelici e senza scrupoli, che opera spudoratamente per mantenere i propri privilegi a scapito della nazione, che non si preoccupa minimamente di risolvere i problemi gravi scaturiti dalla crisi, l'affanno delle imprese, la disoccupazione che ne deriva, l'incertezza del futuro soprattutto per i giovani. Lasciano l'Italia molti imprenditori e molti giovani, impoverendo il Paese delle sue risorse umane. Stanno morendo le piccole imprese artigiane e agricole, non vi è un serio pensiero sul turismo, sulla cultura e l'arte, sulla ricerca , sulla scuola e l'Università. Cosa succederà se continuerà l'immigrazione clandestina? Come faremo a difenderci dalla massa di delinquenti che operano nel Paese: perché non riorganizziamo e potenziemo le Forze dell'Ordine anziché tagliare ancora una volta le risorse a loro destinate? Perché non riformiamo la giustizia? In definitiva, che cosa fanno per il Paese questo Governo e questo Parlamento? Ma perché dobbiamo continuare a subire le loro inefficienze e le loro malefatte? Quando ridurremo una spesa pubblica che sta dissanguando l'Italia?

Io credo che la situazione sia prossima al punto di rottura. La storia insegna che quando la democrazia si ammala e si corrompe, il popolo "invoca il dittatore", e ciò avviene quando vien meno il benessere, che in Italia è ancora diffuso. Se la povertà aumenterà, si creeranno le condizioni per un capovolgimento dello status quo. Quando accadrà? Difficile rispondere, ma io credo che stia per finire un lungo periodo di benessere e grosse nubi si affaccino all'orizzonte.

Quanto ci costano i politici?

Secondo la relazione di parificazione del bilancio dello Stato appena approvata dalla Corte dei Conti, i politici di professione in Italia nel 2012 erano 143 mila e sono costati euro 1,9 miliardi così ripartiti:

Parlamento euro 439.732.000

Regioni euro 800.702.827

Comuni euro 556.593.000

Provincie euro 104.700.000

A questi vanno sommati circa 38 mila soggetti nominati ad occupare poltrone in quasi 9 mila società pubbliche o a partecipazione pubblica, che quei politici hanno istituito per collocare parenti ed amici o ex politici. Molti di questi posti prevedono ovviamente uno staff (segretaria, autista ecc.) con conseguenti costi. Ma non è finita: a tutto questo si aggiungono 460 mila consulenti per mansioni che la Pubblica Amministrazione (3 milioni e 600 mila dipendenti) non è in grado di svolgere con proprio personale. Ciò spiega perché negli ultimi 10 anni la spesa pubblica è cresciuta di quasi 200 miliardi di Euro, malgrado il PIL sia diminuito di oltre il 2%.

Perchè gli stranieri non investono

- Troppa burocrazia
 - Leggi che cambiano continuamente
 - Costi di produzione eccessivi e mercato del lavoro troppo rigido
 - Tasse troppo alte
 - Malavita organizzata e corruzione
-

L'ira della natura

La stoltezza degli uomini e il loro egoismo stanno distruggendo l'ambiente che ci ospita. Non vi sono leggi o sanzioni che riescano a far cessare questo scempio. Ma la natura non perdona: le sue punizioni sono terribili. Esse dovrebbero indurci a ripensare i nostri comportamenti e a correggere i nostri errori. Ma per ora ciò non accade.

Ci saranno la ripresa e la crescita economica?

L'attuale crisi economica è l'inevitabile conseguenza di un sistema economico sbagliato. Questo infatti si basa su pratiche scorrette: da un lato il consumismo, dall'altro la speculazione finanziaria, entrambi senza regole e senza paletti etici. Entrambi sono tesi a produrre denaro per una parte degli individui indipendentemente dalla loro utilità (o danno) per la restante società umana. Il consumismo è finora piaciuto a tutti noi: la gente acquista merci o servizi sempre nuovi e vive più agiatamente. I produttori e i commercianti vendono e guadagnano, l'occupazione è salva.

In un sistema competitivo di libero mercato si è però dimenticato che i beni e i servizi prodotti devono rispettare tutta la società, evitando di danneggiarla nel nome del profitto. Non basta il profitto a giustificare il nostro operato. Così per continuare a produrre e a competere le industrie hanno generato prodotti di qualità inferiore e vita limitata. Se i prodotti non si rovinano come si fa a produrre continuamente? Esse inoltre hanno generato nuovi bisogni utilizzando la pubblicità, che è rivolta anche ai bambini e ai giovanissimi più sensibili degli adulti ai richiami. Vengono inventati nuovi miraggi, mondi affascinanti, necessità di assimilarsi a comportamenti di persone importanti, e così via. Spesso la pubblicità è ingannevole, ma le sue tecniche raffinate fanno presa sul pubblico di grandi e piccini. Ecco perché alcuni produttori investono più denaro per la pubblicità che per la qualità dei prodotti. Il grande pubblico spende, compera, e quando i soldi sono finiti si indebita. Ma ecco che interviene la finanza che inventa strumenti di debito sempre più sofisticati: carte di credito, vendite a rate, fidi in banca offrono a tutti per anni la possibilità di continuare a spendere per comperare. E tutti comperano, soddisfano nuovi bisogni spesso indotti dalla pubblicità: bambini che pretendono vestiti griffati, quaderni di marca, alimenti di certe marche, automobili e telefonini di ultima generazione, ecc., ecc.. Ma anche genitori che assecondano tali richieste perché loro stessi sono schiavi della pubblicità, anche quando questa è notoriamente rivolta a promuovere prodotti dannosi per la salute (fumo di tabacco, alimenti confezionati, ecc.).

Tutta questa produzione ampia e veloce genera anche al pianeta danni crescenti: crescono i consumi di energia fossile, cresce l'effetto serra, crescono i rifiuti e le discariche, si riducono le foreste, la biodiversità, in una parola l'equilibrio della natura. Cresce anche la popolazione e crescono il divario tra le popolazioni e tra gli individui in termini di diritti fondamentali, ricchezza, condizioni di vita, salute, equità. Ciò genera anche le guerre, molto ben viste da quei produttori e quegli Stati che con la guerra si arricchiscono e si impadroniscono di beni e risorse altrui.

Il secondo effetto calamitoso è la finanza improduttiva e speculativa, ossia quella che non produce beni o servizi, ma che vende e compra denaro (o debiti) per fare denaro. Ed ecco comparire gli strumenti finanziari più impensati, dai derivati ai computer che operano in borsa al posto degli operatori, dalle assicurazioni sui debiti alle speculazioni valutarie. Ma se tutti continuano a spendere viene il momento in cui il denaro non basta più, né per i singoli né per gli Stati. Ed ecco la crisi: scoppia la bolla dei debiti, che oggi alcuni valutano in 700.000 miliardi di dollari. Una cifra incalcolabile.

Il rimedio per tamponare e tirare avanti è stampare moneta e immetterla sul mercato sperabilmente non per riattivare la speculazione finanziaria, ma per promuovere attività produttive utili: il valore della moneta scende, i debiti si riducono in valore, i consumi ripartono. Ma non tutti possono permettersi queste manovre, ed in particolare non se lo può permettere l'Italia vincolata dai trattati dell'Eurozona. Ma in ogni caso si tratta di un rimedio parziale e temporaneo. La realtà è che siamo arrivati ad un punto in cui bisognerebbe fare una riflessione sul nostro sistema economico e cominciare a fissare alcune regole al sistema perché questo cominci ad operare non contro, ma a favore dell'umanità e della terra, che è ormai a grave rischio di sopravvivenza. Si dovrebbe arrivare ad una collaborazione forte e coraggiosa tra gli Stati, che invece continuano a combattere in modo miope per assicurarsi senza esclusione di colpi privilegi, potere e denaro. Per il momento questa volontà di risolvere i problemi che ci minacciano e che inesorabilmente ci portano su una via di non ritorno non si vede, così come non si vede, perché non si può vedere, una via di uscita vera dalla crisi, che consenta a tutti gli umani di guardare al futuro con più fiducia e di vivere davvero meglio, non con l'acquisto di beni inutili, ma con la serenità ed il benessere psicologico.

Gli articoli scientifici

Le riviste scientifiche che sottopongono a valutazione gli articoli inviati per la pubblicazione sono circa 28.000, e gli articoli scientifici pubblicati ogni anno sono circa 1,8 milioni.

(*Frank M. Open but not free. Publishing in the 21st century. New Engl J Med 368, 787-89, 2013*)

La cura

Caring without science is well-intentioned kindness, but not medicine.

(*Lown B. The last art of healing: practicing compassion in medicine. Houghton Mifflin, Boston, 1996*)

Il destino della ricerca biomedica

Anche negli USA la ricerca biomedica è in crisi. L'annuale incremento di fondi stanziati dal Congresso per il National Institute of Health si è arrestato a 30 miliardi di US\$. La strategia suggerita è che d'ora innanzi gli stanziamenti per la ricerca biomedica vengano indirizzati allo sviluppo di prodotti e tecnologie non soltanto "incredibilmente nuovi", ma anche capaci di ridurre i costi e aumentare il valore delle prestazioni sanitarie. Se al contrario la ricerca produce solo innovazioni che aumentano il costo della sanità, come è spesso accaduto finora, il suo destino è segnato.

(*Emanuel EJ. The future of biomedical research. JAMA 309, 1589-90, 2013*)

Disoccupazione e suicidio

In Italia con l'insorgenza della crisi nel 2008 sono cresciuti i casi di suicidio, e si è trovata una correlazione tra numero di suicidi e disoccupazione: per ogni aumento dell'1% di quest'ultima il numero dei suicidi è aumentato di 0,1 per 100.000, ma ciò è accaduto nelle regioni che investono poco nei servizi sociali, non in quelle che investono più di € 135 a cittadino.

(*De Vogli R. Unemployment and suicides during the recession in Italy. BMJ 2013; 347; f4908*)

La grande accelerazione

Così è stata denominata la crescita esponenziale che stiamo vivendo in ambito demografico, commerciale e ambientale, e che include le tensioni che originano dalla pervasività e dall'impatto che molte attività economiche, il consumismo, e l'urbanizzazione stanno avendo sull'ambiente e sulla salute e che hanno già superato i limiti di sicurezza.

I cambiamenti climatici causati dall'uomo unitamente alla crescita esponenziale della popolazione minacciano seriamente la possibilità di nutrire e dissetare il pianeta e la crisi finanziaria globale ha dimostrato l'interdipendenza delle economie nazionali: non esistono confini.

La Figura 1 illustra l'influenza della globalizzazione e dei cambiamenti da questi indotti sulla salute dell'uomo.

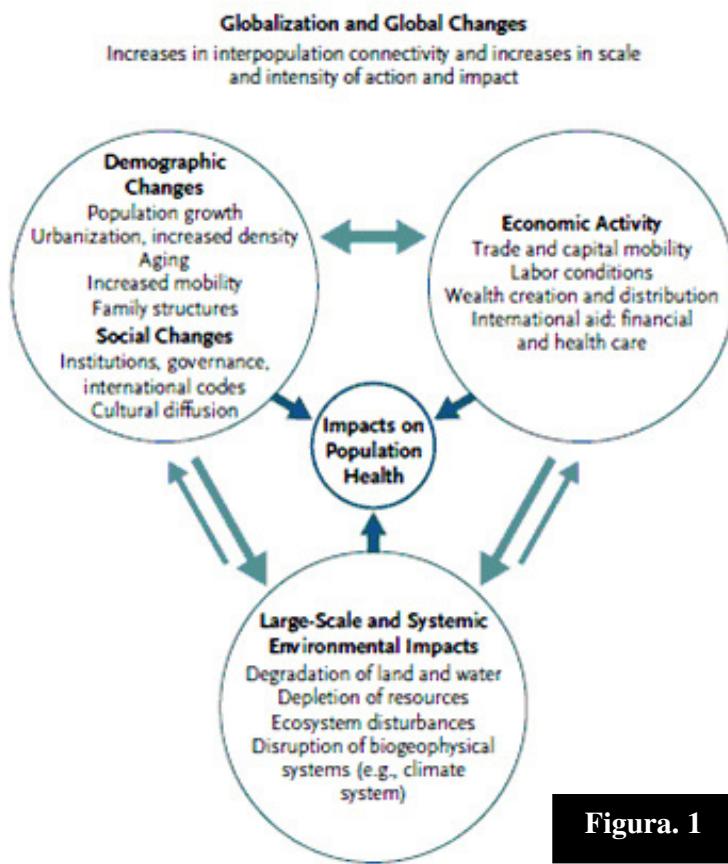


Figura. 1

Per fermare questa perniciosa sindrome bisognerebbe influire sulla crescita della popolazione, le nuove malattie infettive, le malattie non trasmissibili (come l'obesità), il fumo, la resistenza dei batteri agli antibiotici, il rischio di incidenti sul lavoro, le disuguaglianze in termini di benessere, educazione e inclusione sociale, l'inquinamento atmosferico, la sicurezza alimentare. Tutti questi sono gli obiettivi dello Sviluppo Sostenibile per il 2016, che hanno sostituito quelli dello Sviluppo per il Millennio, in gran parte non raggiunti. Fondamentale è capire che questi obiettivi non possono essere raggiunti senza uno sforzo comune di tutte le nazioni, cioè con un coordinamento internazionale, coadiuvato dallo sforzo di ogni singola nazione. Ciò significa anche che organizzazioni internazionali potenti come il WTO (World Trade Organization) diano priorità ad evitare i danni alla salute e all'ambiente dei commerci internazionali, e che si colleghino con altre organizzazioni come il WHO (World Health Organization), sostenendone le iniziative

quali la Convenzione Quadro per la lotta al tabacco, o come il Programma ambientale delle Nazioni Unite per proteggere lo strato dell'ozono.

Questa strategia multinazionale di collaborazione potrebbe essere utile per molti problemi che affliggono i nostri tempi, quali il pericolo incombente dell'epidemia di influenza con ceppi virali ad alta diffusibilità e mortalità (come l'avaria o la SARS), la diminuzione del pescato, la scarsità di acqua in molte zone della terra, la necessità di nutrire il pianeta senza distruggerlo: ricordiamo che l'agricoltura (specie quella destinata all'alimentazione animale) è responsabile per $\frac{1}{4}$ delle emissioni globali di gas serra.

I cambiamenti indotti dall'uomo includono il degrado dei terreni, l'acidificazione dei mari, la deplezione dell'ozono, la compromissione della fertilità dei suoli, risorse idriche, biodiversità e funzionamento degli ecosistemi, dei cicli dell'azoto e del fosforo. La produzione dei gas serra determinata dalla combustione di materiali fossili dall'agricoltura e dalle miniere, nonché dalla deforestazione determina riscaldamento del globo, la cui temperatura è cresciuta di $0,7^{\circ}\text{C}$ dal 1950 ad oggi. Se non si pone fine a queste emissioni la crescita potrebbe essere di 1° o 2° nel 2050. Tutto ciò ha pesanti ripercussioni sulla salute dell'uomo, derivanti dalla minore disponibilità di cibo e acqua, ma anche dai disastri naturali, dalle infezioni emergenti (vedi la schistosomiasi), dalle migrazioni e dalla disgregazione sociale che conseguono ai conflitti (Figura 2).

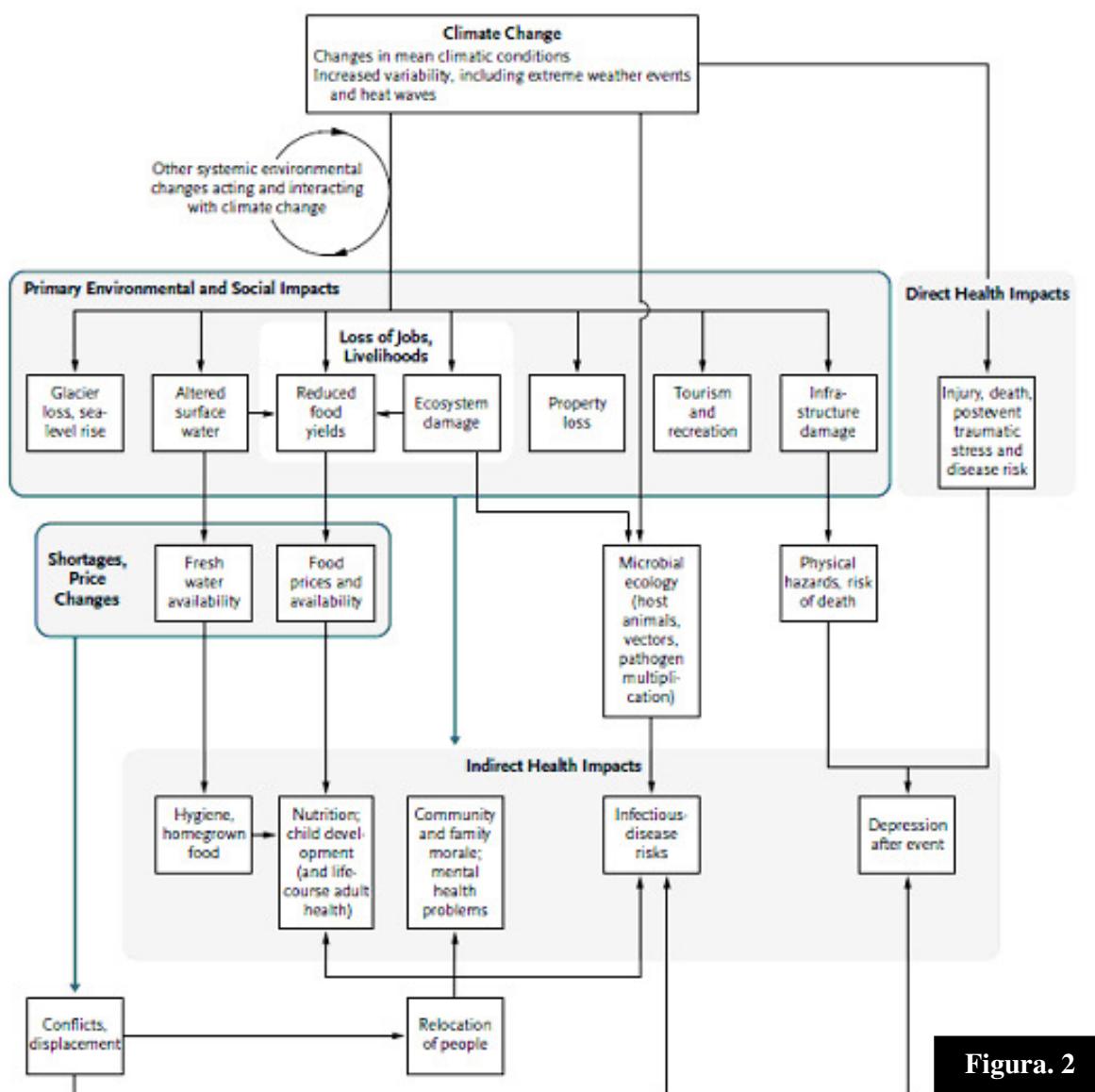


Figura. 2

L'obiettivo primo di questa auspicata collaborazione internazionale è quindi quello di mitigare i cambiamenti climatici; se ciò non avverrà il destino stesso del genere umano sarà a grave rischio. Va quindi innanzi tutto disegnato un piano strategico di interventi, che saranno diversi da territorio a territorio e quindi adattati ai problemi delle varie aree del globo. Essi includeranno di volta in volta i trasporti, gli standard edilizi, la produzione di energia, i sistemi agricoli, ma anche l'educazione, il controllo delle nascite, le priorità di assistenza sanitaria, il potenziamento delle relazioni sociali, ecc. La sanità ha un ruolo molto importante in queste azioni di mitigazione dei cambiamenti climatici e i suoi componenti hanno quindi il dovere morale di conoscere e partecipare a queste azioni di correzione del clima e delle sue conseguenze, inclusa la partecipazione ai programmi di salute pubblica quali la lotta al fumo, all'obesità e alla sedentarietà; la prevenzione primaria e la promozione della salute possono avere importanti effetti sulla salute del pianeta e dei suoi abitanti e tutti debbono collaborare per ridisegnare come la società si organizza, si muove, produce, edifica, consuma e produce energia.

(McMichael AJ – *Globalization, climate change and human health. N Engl J Med* 368, 1335-43, 2013)

IPCC: Rapporto 2013 sull'ambiente

Il recente rapporto 2013 dell'IPCC (Comitato Intergovernativo sui Cambiamenti Climatici, Premio Nobel per la Pace 2007) indica che:

- a) l'attività umana è la principale causa di innalzamento della temperatura della superficie terrestre registrata negli ultimi 50 anni: la concentrazione di CO₂ (che deriva principalmente dall'uso di combustibili fossili e dalla deforestazione) è cresciuta del 20% rispetto al 1958 e continua a crescere;
- b) l'effetto antropogenico sul clima (emissioni di gas serra, cambi d'uso del suolo) ha provocato il riscaldamento degli oceani, la fusione dei ghiacci, l'innalzamento dei mari; la temperatura è cresciuta di 0,11°C/decennio nei primi 75 metri, ma si registra anche a profondità maggiori (oltre 3000 metri). Il livello medio dei mari è cresciuto di 19 cm dal 1901 ad ora, con valori pari a 3,2 mm/anno dal 1993 al 2010. La calotta artica dei ghiacci è diminuita di circa il 10% per decennio.

Gli scenari per la fine di questo secolo sono una crescita ulteriore della temperatura della superficie terrestre di 1°C-3,7°C con crescita dei livelli marini di 24-62 cm, aumento delle precipitazioni ed eventi estremi nelle zone umide del pianeta e siccità altrove.

Bisogna allora formare una consapevolezza collettiva di ciò che sta accadendo perché la politica si decida ad “uscire dal paradigma economico predatorio delle risorse naturali” (Mercalli L., 2013): se la gente è convinta, i politici seguiranno (Ek 2013). Se non si riuscirà al più presto a mutare rotta, riducendo i danni che l'uomo provoca all'ambiente, le prossime generazioni subiranno un danno di tale portata da mettere a rischio la loro stessa esistenza.

(IPCC Working Group 2013 – www.climate2013.org/spm)

Hanno detto

.

- **Those who are happiest are those who do the most for others**
I più felici sono coloro che più fanno per gli altri
 (Brooker T., Washington 1856-1915)
- **Il valore delle persone si può misurare dal numero delle parole inutili che esse dicono:
 più ne dicono e meno valgono.**
 (Buttafava)
- **Le leggi ottime sono le poche e brevi, che si accordano al costume del popolo e al bene comune.
 Dove spesso le leggi si mutano sono segno di ruina.
 Dove sono più di numero le leggi punitive che istruttive sono segno di mal governo.**
 (Tommaso Campanella)
- **Salus populi suprema lex esto**
 La salvezza del popolo sia la legge suprema
 (Cicerone, De Leg., IV)
- **Gli stupidi**
 Stultorum infinitus est numerus
 Ognuno di noi sempre sottovaluta il numero di stupidi in circolazione
(1^a legge Cipolla)
 La probabilità che una persona sia stupida è indipendente da qualsiasi altra caratteristica della persona stessa
(2^a legge Cipolla)
 Lo stupido è colui che reca danno agli altri senza avvantaggiare se stesso (i superstupidi danneggiano anche se stessi)
(3^a legge Cipolla)
 Associarsi allo stupido costa assai caro
(4^a legge Cipolla)
 Lo stupido è la persona più pericolosa che esista
(5^a legge Cipolla)
 Contro la stupidità gli stessi dei combatteranno invano
(Schiller)
 Lo stupido causando danni a sé e agli altri danneggia (impoverisce) l'intera società
*(Carlo Cipolla. Allegro ma non troppo. Le leggi fondamentali della Stupidità Umana.
 Il Mulino, Bologna, 1988)*
- **Il leader è davvero tale solo se i dipendenti lo stimano, lo rispettano,
 credono in lui in quanto uomo onesto che non li abbandona mai, li difende, li rispetta, li aiuta.**
 (Covey SR. La leadership centrata sui principi. Franco Angeli, Milano, 2009)
- **La comunicazione usa due linguaggi: quello della logica e quello dell'emozione.
 Ognuno vede il mondo a modo suo.
 Empatia è spostarsi nella mente e nel cuore degli altri per vedere il mondo
 come lo vedono loro.**
 (Covey SR. La leadership centrata sui principi. Franco Angeli, Milano, 2009)
- **Il costo degli ultimi 6 mesi di vita è 5 volte più elevato di quello di una persona sana di pari età**
 (Kaul P et al. Arch Intern Med 171, 211, 2011)

- **Colui che viene al Principato con l'aiuto de' grandi, si mantiene con più difficoltà che quello che diventa con l'aiuto del popolo; perché si trova Principe con di molti intorno che a loro pare essere eguale a lui; e per questo non gli può né comandare, né maneggiare a modo suo.**
 (Niccolò Machiavelli, Il Principe)
- **Machiavelli invoca un “amato dal cielo” che sani l’Italia delle sue ferite.**
 Anche Dante invocava un Messia Politico, il Veltro
- **A riordinare uno Stato serve l’opera di uno solo, a governarlo l’opera di tutti.**
 (Niccolò Machiavelli)
- **Chi nasce in Italia e in Grecia ... ha ragione di biasimare i tempi suoi.**
 (Niccolò Machiavelli)
- **... Uno che contro il popolo diventi Principe con il favor de’ grandi, deve innanzi ad ogni altra cosa cercare di guadagnarsi il popolo ...
 ... ad un Principe è necessario avere il popolo amico, altrimenti non ha nelle avversità rimedio**
 (Niccolò Machiavelli, Il Principe)
- **... quelle Repubbliche, le quali negli urgenti pericoli non hanno rifugio o al Dittatore o a simili autoritadi, sempre ne’ gravi accidenti rovineranno.**
 (Niccolò Machiavelli – Discorsi, Libro I, cap. XXXIV)
- **“... non si trovano né leggi né ordini che bastino a frenare una universale corruzione.
 Perché così come gli buoni costumi, per mantenersi, hanno bisogno delle leggi; così le leggi, per osservarsi hanno bisogno de’ buoni costumi”**
 (Niccolò Machiavelli – Discorsi, Libro I, cap. 18)
- **La vita non è vivere, ma vivere in buona salute**
 (Marziale)
- **L’amore è più forte dell’odio**
 (B. Mussolini – La mia vita – Fabbri Ed. e Rizzoli Ed., 1983, p. 110)
- **Dobbiamo diventare disperatamente un popolo serio**
 (B. Mussolini – Riunione dei Federali in Umbria e Toscana, 1942
 Citato in F.W. Deakin – Storia della Repubblica di Salò. Einaudi Ed., 1963, pag. 38)
- **Uno dei primi doveri del medico è quello di educare la gente a non prendere medicine**
 (W. Osler)
- **Ogni medico dovrebbe essere ricco di conoscenze e non soltanto di quelle contenute nei libri.
 I suoi pazienti dovrebbero essere i suoi libri.**
 (Paracelso)

- **L’alternanza delle aristocrazie al potere avviene tramite lotte che mascherano il vero obiettivo (la conquista del potere) con principi di pubblica utilità, giustizia sociale, di uguaglianza di tutti gli uomini**

(V. Pareto, Manuale di Economia Politica, 1906)

Nota. Le aristocrazie si proclamano servitori del popolo, ma il loro rispetto per i cittadini è limitato o assai limitato; esse infatti curano i loro interessi più che quelli del popolo e la proclamata democrazia raramente risulta tale. Molto più spesso la volontà popolare è disattesa in tutto o in parte. In Italia il processo di democratizzazione è rimasto incompleto: dopo la dittatura del ventennio fascista è subentrata al potere una oligarchia che oggi manifesta senza vergogna le sue intenzioni, i suoi privilegi e i maneggi che continuamente vengono messi in atto per conservarli. I politici sono divenuti professionisti della politica, la politica si rinnova poco o nulla e la casta mantiene il potere a volte contro la volontà popolare.

- **Quid faciant leges, ubi sola pecunia regnat?**

Cosa mai potranno fare le leggi dove comanda solo il denaro?

(Petronio, Satyricon, 14)

- **Uno Stato democratico non può essere migliore dei suoi cittadini**

(Popper KR – La libertà è più importante della uguaglianza. Pensieri liberali. Armando, Roma, 2000, p. 108)

- **Dove son molte leggi vi son molte ingiustizie.**

È molto meglio obbedire a pochi grandi che a molti inferiori.

(Salvator Rosa)

- **Il compito della pubblica amministrazione è quello di guidare, non di remare**

(cioè di erogare i servizi)

(E.S. Savas)

- **Legem brevem esse oportet, quo facilius ab imperitis teneatur**

Le leggi devono essere concise, perché più facilmente possano essere capite dalla gente comune
(Seneca, Epist., 94, 38)

- **Vi è un solo bene, il sapere e un solo male, l’ignoranza.**

(Socrate, 469-399 a.C.)

- **Corruptissima republica, plurimae leges**

Quando la Repubblica giunge all'estremo della corruzione, le leggi si moltiplicano di numero
(Tacito, Annal., 3, 27)

- **Intervenendo direttamente e deresponsabilizzando la società, lo Stato assistenziale provoca perdita di energie umane e l'aumento esagerato degli apparati pubblici dominati da logiche burocratiche, più che dalla preoccupazione di servire gli utenti, con enorme crescita della spesa.**

(Enciclica papale “Centesimus annus”)

- **Il Trattato dell’Unione Europea impone di trasformarci in uno “Stato minimo”,**

ossia il passaggio dallo Stato imprenditore, gestore ed erogatore diretto allo Stato regolatore.

(Wanda Ternau (Ed.): Project Financing: aspetti economici, giuridici, finanziari, fiscali, contrattuali.

Franco Angeli, Milano, 1996)

- **Le imprese in mano allo Stato sono spesso utilizzate come ammortizzatori, agendo al di fuori della logica dell'impresa e del mercato.**

(Wanda Ternau (Ed.): Project Financing: aspetti economici, giuridici, finanziari, fiscali, contrattuali.
Franco Angeli, Milano, 1996)

- **Courage is rightly esteemed the first of human qualities because, as has been said, it is the quality which guarantees all others.**

(Winston Churchill, 1874 – 1965)

- **Salus publica suprema lex esto**

La salute pubblica sia una legge fondamentale

(Regula juris rom)

- **Populus me sibilat, at mihi plundo ipse domi**

(I popolo mi fischia, ma io mi applaudo da me a casa mia)

(Orazio, Satire I, 1, 66-67)

- **Tigellio il Sardo era un cantore alla moda favorito da Giulio Cesare**

(Orazio, Satire I, 3, 3-4)

- **Totus in illis**

(Tutto preso da quelle)

- **Quid agis, dulcissime rerum? Suaviter ut nunc est**

(Come stai carissimo? Molto bene, almeno per ora)

(Satire I, 9,1-5)

- **Si Deus pro nobis, quis contra nos?**

(S. Paolo: Lettere ai Romani, RM, 8, 31)

- **Quo tu turpissime?**

(Dove vai canaglia?)

(Satire I, 9, 75)

- **Est brevitate opus, ut currat sententia neu se impedit verbis lassas onerantibus aures**

(Ci vuole brevità, perché il pensiero scorra e non si impacci con parole che appesantiscono e stanchino le orecchie)

(Satire I, 10, 9-10)

- **Fragili quaerens inlidere dentem offendet solidum**

(Cercando di conficcare il dente nel molle troverà il duro)

(Orazio, Satire II, 1, 77-78)

- **Cum sale panis latrantem stomachum bene leniet**

(Pane e sale andrà benissimo per placare i morsi dello stomaco)

(Satire II, 2, 17-18)

- **Accipe nunc victus tenuis quae quantaque secum adferat. In primis valeas bene**
 (Ascolta ora quali e quanto grandi vantaggi porti con sé il mangiare poco, innanzi tutto stare bene in salute)
 (Satire II, 2, 70-71)
- **Vivite fortis fortiaque adversis opponite pectora rebus**
 (Vivete da forti e un forte cuore opponete alle avversità)
 (Satire II, 2, 135-136)
- **Quid fiet?**
 (Come andrà a finire?)
 (Orazio, Satire II, 3, 4)
- **bone, ne te frustrare**
 (Caro mio non ti illudere)
 (Orazio, Satire II, 3, 31-32)
- **Unde et quo Catius?**
 (Da dove viene e dove va Catio?)
 (Orazio, Satire II, 4, 1)
- **Ab ovo**
 Uova erano l'antipasto che offrivano al banchetto. La lattuga chiudeva la cena.
- **Si vis potes**
 (Volere è potere)
 (Orazio, Satire II, 6, 39)
- **bone**
 (Esimio)
- **I Pitagorici si astenevano da carne e fave (p. 303)**
- **Il serpente sacro ad Esculapio era denominato Epidaurius e si era spontaneamente trasferito dal santuario di Epidauro a Roma scegliendosi come sede l'Isola Tiberina.**
- **... fundamenta iustitiae, primum ut ne cui noceatur, deinde ut communi utilitati serviatur**
 (I fondamenti della giustizia: primo non nuocere ad alcuno, secondo contribuire al bene comune)
 (M.T. Cicerone, De officiis, I, 31)
- **Summum ius, summa iniuria**
 (Giustizia ferrea, massima ingiustizia)
 (M.T. Cicerone, De officiis, I, 33)
- **Nam cum sint duo genera decertandi, unum per disceptationem, alterum per vim, ... illud propium hominis, hoc beluarum**
 (Infatti, poiché ci sono due maniere di contendere: con la ragione e con la forza; la ragione è propria dell'uomo, la seconda della bestia)
 (M.T. Cicerone, De officiis, I, 34)

- **Atque etiam si quid singuli temporibus adducti hosti promiserunt, est in eo ipso fides conservanda**
 (Chi poi, costretto dalle circostanze, ha fatto promesse al nemico, deve mantenerne fede)
 (M.T. Cicerone, De officiis, I, 39)
- **Difficile autem est, cum praestare omnibus concupieris, servare aequitatem... Ex quo fit ut neque disceptatione vinci se nec ullo publico ac legitimo iure patiantur**
 (E' difficile che chi desidera a tutti sovraffare rispetti l'equità. Per cui avviene che non si lascia vincere né dal confronto di idee né dall'autorità del diritto e delle leggi)
 (M.T. Cicerone, De officiis, I, 64)
- **Fabius Maximus Cunctator (temporeggiatore): unus homo nobis cunctando restituit rem**
 (Un solo uomo temporeggiando ha rimesso in piedi lo Stato)
 (Ennio, Annales, libro XII)
- **Qui rei publicae praefuturi sunt, duo Platonis praecepta teneant: unum, ut utilitatem civium sic tueantur....obliti commodorum suorum; alterum, ut totum corpus rei publicae current... Qui autem parti civium consulunt, partem neglegunt, rem perniciosissimam in civitatem inducunt. seditionem atque discordiam**
 (Coloro che si dispongono a reggere lo Stato abbiano sempre presenti questi due precetti di Platone: primo, salvaguardare il bene dei cittadini...dimentichi del loro proprio utile; secondo, curare tutto il corpo dello Stato...Quelli che curano solo una parte dei cittadini e ne trascurano un'altra parte introducono nello Stato un gravissimo malanno: la sedizione e la discordia)
 (M.T. Cicerone, De officiis, I, 85)
- **Quanto superiores sumus, tanto nos geramus summissius**
 (Quanto più siamo in alto, tanto più dobbiamo essere modesti)
 (M.T. Cicerone, De officiis, I, 90)
- **Mentiris factos unguento, Phoebe, capillos
et tegitur pictis sordida calva comis.
Tonsorem capiti non est adhibere necesse:
radere te melius spongea, Phoebe, potest**
 (Tu inganni, Febo, creando finti capelli con la pomata e copri la squallida calvizie con chiome dipinte. Non occorre, per una testa così, rivolgersi al barbiere: Febo, ti può radere meglio una spugna)
 (Marziale, Epigrammi, Libro VI, LVII)
- **...nihil est agri cultura melius, nihil uberius, nihil dulcius, nihil homine, nihil libero dignus**
 (Niente è meglio dell'agricoltura, più produttiva, più piacevole, più degna di un uomo libero)
 (M.T. Cicerone, De officiis, I, 42)
- **Ergo omne officium, quod ad coniunctionem hominum et ad societatem tuendam valet,
anteponendum est illi officio, quod cognitione et scientia continetur**
 (Quindi tutti i doveri che servono a proteggere la società umana sono da anteporsi ai doveri della conoscenza e della scienza)
 (M.T. Cicerone, De officiis, I, 158)

- **Contra autem omnia disputantur a nostris, quod hoc ipsum probabile elucere non possit nisi ex utraque parte causarum esset facta contentio**

[I nostri (filosofi della scuola accademica) non accettano nulla senza discussione, poiché non può chiaramente manifestarsi ciò che è probabile se non si confrontano i motivi dell'una e dell'altra parte)

(M.T. Cicerone, De officiis, II, 8)

- **Bene facta, male locata, male facta arbitror**

(Penso sia male ogni beneficio mal collocato)

(Ennio, citato da M.T. Cicerone, De officiis, II, 62)