

Girolamo Sirchia

Pensieri sani

Vol. 5



Centro Trasfusionale Ospedale Maggiore Policlinico Editore

2017

In copertina

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

Indice

SANITÀ

Organizzazione e gestione.....	7
Le professioni sanitarie.....	23

SALUTE PUBBLICA

Promozione della salute e stili di vita.....	27
Invecchiamento.....	53
Cardiovascolare, ipertensione e diabete.....	57
Tumori.....	61
Farmaci, vaccini e altre terapie.....	67
Ambiente.....	69

SANITÁ

Organizzazione e gestione

Telemedicina

La telemedicina è un settore in crescita, legato sia alla disponibilità di sempre nuovi strumenti sia alla crescente aspettativa del pubblico circa l'accesso ai servizi sanitari e la consultazione con il medico. Finora tuttavia molte delle possibilità esistenti hanno avuto poche conferme scientifiche sulla loro validità con l'eccezione dei seguenti ambiti: La telemedicina è un settore in crescita, legato sia alla disponibilità di sempre nuovi strumenti sia alla crescente aspettativa del pubblico circa l'accesso ai servizi sanitari e la consultazione con il medico. Finora tuttavia molte delle possibilità esistenti hanno avuto poche conferme scientifiche sulla loro validità con l'eccezione dei seguenti ambiti: 1. Monitoraggio dei pazienti 2. Consultazione e consiglio per i pazienti cronici 3. Psicoterapia per interventi comportamentali 4. Second opinion in radiologia, cardiologia e dermatologia, oltre che nelle cure primarie dell'adulto e del bambino. E' necessario che si intensifichi e si qualifichi la ricerca scientifica in questa materia poiché essa ha un potenziale di miglioramento della salute e della medicina che va sfruttato al più presto.

(Tuckson RV et al. *Telehealth. NEJM* 377, 1585 – 92, 2017)

Un buon Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

Un buon Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha le seguenti caratteristiche:

1. accesso in tempi appropriati a prevenzione e cura di acuti e cronici
2. servizi efficaci (qualità e appropriatezza) ed efficienti per tutti
3. miglioramento della salute a livello di persone singole e popolazioni
4. costo intorno al 10% del PIL

I Servizi Sanitari migliori (Regno Unito, Australia, Olanda, Nuova Zelanda, Norvegia, Germania e Svizzera) hanno bassa spesa sanitaria e alta performance, danno copertura universale con minimi ticket per prevenzione e cure primarie. L'investimento in cure primarie di qualità e di accesso facile (anche di notte e nei festivi) è fondamentale. Infine va ridotto grandemente il carico burocratico che costa molto, ostacola l'accesso e le cure, provoca burn – out del personale medico e sanitario. E' inoltre necessario spostare più risorse sui servizi sociali che sono molto importanti per i cronici. La presa in carico dei cronici e la loro gestione è un grande passo avanti, specie se il percorso comprende sanità e assistenza. Quindi un buon SSN si ottiene organizzando:

- a. copertura universale
- b. forti cure primarie, con accesso facile e continuo, con presa in carico dei cronici, sul versante sanitario e sociale
- c. riduzione drastica della burocrazia, dell'inefficienza, del lavoro senza motivazione
- d. responsabilizzazione dei pazienti a tutelare la loro salute con ampio investimento nella promozione della salute e nella prevenzione.

(Schneider EC, Squires D. *From last to first. Could the US Health care system become the best in the world? NEJM* 377, 901 – 04, 2017)

Più riflessione e studio per la sanità

Molti oggi in Italia si interrogano sul nostro Servizio Sanitario (SSN), sulla sua sostenibilità economica, sulla sua efficacia, efficienza ed equità. Il nostro SSN ha alcuni indubbi pregi, quali il costo relativamente basso (7% del PIL), l'universalità, la gratuità (o quasi) al punto di erogazione e la disponibilità diffusa di cure primarie, ma su efficacia, efficienza ed equità mi sembra vi siano spazi di miglioramento. Questo sembra essere anche il punto di vista della popolazione, che per la maggior parte vuole mantenere l'attuale SSN ma lo vorrebbe migliore e più attento alle necessità degli utenti. Se questa è l'impostazione generale del problema, io credo che riconsiderare alcuni aspetti sarebbe necessario e conveniente.

1. Vanno definiti meglio i ruoli dei diversi attori istituzionali. L'assistenza sanitaria è divenuta con la riforma costituzionale del 2003 competenza delle Regioni, ma lo Stato centrale ha degli obblighi a cui non deve sottrarsi. Esso infatti deve definire i principi fondamentali del sistema e vigilare perché essi vengano da tutti rispettati. Tra questi figurano innanzitutto i LEA che non vanno intesi solo come un mero elenco di prestazioni che le Regioni debbono erogare a fronte di un certo ammontare di risorse, ma servizi di cui vanno definiti standard minimi di quantità, qualità e costo, che debbono essere assicurati in ogni parte del Paese. Oggi non è così e evidenti diversità da area ad area della Nazione configurano differenze circa il trattamento dei cittadini inaccettabili sotto il profilo etico, in quanto possono penalizzare la salute e generare a volte una migrazione sanitaria assai dolorosa. Chi risiede in Italia ha il diritto di essere assistito in modo equivalente ovunque egli viva, al Nord come al Sud. La definizione di questi standard è stato previsto nella Finanziaria per il 2005 (Legge 30 dicembre 2004, n. 311 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato", art. 1. comma 169), ma mai attuata, né tanto meno sono stati previste regolari verifiche e misure dei servizi sanitari erogati ed eventuali misure correttive. E' compito dello Stato, in quanto garante del diritto alla salute di tutti i cittadini, assolvere questo compito, ancorché in leale collaborazione con le Regioni.

E' anche compito dello Stato assicurare la salute pubblica. I recenti provvedimenti circa le vaccinazioni obbligatorie o le malattie trasmesse da vettori come le zanzare sono solo gli esempi più recenti di come sia necessario investire maggiormente nell'igiene e nella salute delle popolazioni sia in termini finanziari che organizzativi. E' necessario innanzitutto che la popolazione venga informata adeguatamente e continuamente sul valore della salute pubblica, sui suoi risvolti economici ed umani così da comprendere appieno come ci si può meglio proteggere dai rischi che minacciano l'umanità. Ma è anche necessario che di fronte ai grandi problemi di salute tutte le Istituzioni collaborino lealmente e costruiscano con lo Stato centrale dei percorsi operativi utili alla causa comune. Serve in altri termini una maggior consapevolezza dei problemi da parte del pubblico e delle Istituzioni, e questo è un altro compito dello Stato centrale.

2. **Il disegno del SSN.** Pur mantenendo fermi i principi di universalità ed economicità del servizio, questo può essere articolato in vari modi, scegliendo quello che più può ridurre inefficienze e sprechi (che oggi sembrano essere pari a circa un quarto della spesa sanitaria pubblica) in favore di migliori interventi di cura e di assistenza sanitaria e sociale. La Gran Bretagna si accinge a pubblicare un elenco di farmaci utili, ossia di dimostrata efficacia, che porterà ad escludere dal finanziamento pubblico tutto ciò che viene ritenuto inutile o poco efficace, addossandolo all'utente se ne vorrà fare uso. Ma altrettanto importante è il concetto che la tutela della salute è sì compito dello Stato, ma anche **responsabilità di ogni cittadino**. Non è possibile continuare a tollerare che oltre 11 milioni di fumatori addossino all'intera comunità italiana circa € 7,5 miliardi/anno di spesa sanitaria e altrettanto di perdita di produttività, con 80.000 casi di malattia e morti premature. Non è possibile che molti diabetici di tipo 2 assumano farmaci sempre più costosi tralasciando di modificare i loro stili di vita; calare di peso e condurre una vita meno sedentaria sono altrettanto efficaci dei farmaci, con vistosi risparmi per la finanza pubblica. Se la scelta dei soggetti è di continuare a fumare o ad

eccedere con l'alimentazione e a non praticare attività fisica adeguata, essi debbono essere liberi di farlo, ma devono anche assumerse i costi.

Sotto il profilo organizzativo, infine, molte sono le varianti possibili. Ad esempio alcuni ritengono che lo Stato potrebbe retribuire direttamente tutta l'emergenza e le grandi-costose patologie, lasciando all'indiretta (con rimborso parziale) le prestazioni minori. Scopo di questi arrangiamenti organizzativi sarebbe quello di non sprecare risorse e dirottarle sul soddisfacimento dei bisogni socio-sanitari oggi non ben soddisfatti, come quelli che riguardano le persone anziane sole con basso reddito e impedimenti psico-fisici o i servizi in favore dei bambini di madri che lavorano. Speciale menzione merita a mio avviso, tra le iniziative di potenziamento delle cure primarie, l'istituzione delle Case della Salute per la presa in carico dei pazienti cronici anche con case manager, dei Presidi Ospedalieri del Territorio (POT) e dei walk-in centres, come ho già avuto modo di scrivere altrove (Allegati 1, 2). Di recente la Regione Lombardia ha avviato un simile percorso per i pazienti cronici nel contesto di una riforma sanitaria emanata nel 2016.

Infine è indispensabile che accanto alla medicina tradizionale impostata sulle cure, si sviluppi una medicina di iniziativa basata sulla **vigorosa** prevenzione e lo screening dei soggetti ad alto rischio per alcune principali patologie, come è possibile fare per il diabete, le malattie cardiovascolari ed altro ancora (Allegato 3). Bloccare o ritardare lo sviluppo di queste diffuse patologie significa anche ridurre la spesa sanitaria ingente che esse comportano una volta che si sono clinicamente manifestate.

Molti altri sono gli aspetti che debbono essere ripensati, e tra questi l'aggiornamento e la motivazione dei medici e del restante personale sanitario, finora molto trascurati. Le risorse umane sono il capitale più prezioso e ad esse abbiamo dedicato ben poco studio e attenzione. E' questo un settore dove si può e si deve fare molto e molto presto. Qualità dell'assistenza, incluse appropriatezza ed efficienza, rapporti professionali ed umani e rispetto reciproco sono possibili solo se conoscenza e motivazione dei sanitari divengono caratteri distintivi di merito e ragione di promozione nella scala gerarchica per i professionisti sanitari.

Mi auguro che il modesto dibattito che si è sviluppato su questi grandi temi possa prendere consistenza ed interessare tutti gli Italiani, perchè ben sappiamo che la salute è interesse primario di tutti, si intreccia con molti aspetti della vita ed è anche un motore economico di sviluppo: un popolo sano lavora meglio ed è più felice, e questo deve essere un obiettivo prioritario di chi ha responsabilità di Governo.

Allegato 1

I Presidi Ospedalieri del Territorio (POT)

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

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

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

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

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

Allegato 2

Darzi Centers o Walk-in Centres

La Regione Lombardia ha realizzato uno di questi Centri a Milano, in via Rugabella, in occasione dell'Expo 2015. Esso si propone di offrire un servizio di diagnosi e cura per le persone che visitano Milano provenienti da altre città, per i milanesi che desiderano una visita medica quando è loro più comodo e in genere per tutti coloro (medici generalisti o cittadini) che vogliono una second opinion. Questa struttura deve operare idealmente dalle 8 alle 24 ogni giorno della settimana e deve disporre in loco o tramite Pronta Disponibilità di internista (o generalista), chirurgo generale ed eventualmente anestesista e di altri vari servizi specialistici, nonché di laboratorio di ematochimica d'urgenza e bioimmagine con variazioni dettate di volta in volta dalla collocazione del presidio. La indispensabile presenza di specialisti in questo Poliambulatorio-Guardia Medica comporta la realizzazione di studi medici dedicati nonché la disponibilità di strumentazione diagnostica specifica, che per ridurre i costi si dovrebbe utilizzare nell'arco della giornata, non solo per le prestazioni sanitarie urgenti, ma anche per assistenza ambulatoriale ordinaria.

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

Il carico di lavoro di ogni simile struttura si stima possa aggirarsi intorno ad almeno 3.000 pazienti al mese. Potrebbe essere utile se essa disponesse di una Astanteria oltre che di uno stretto collegamento con Ospedali per il Pronto Soccorso e le eventuali degenze. Importante anche che esso sia dotato di uno sportello amministrativo per il disbrigo di pratiche inerenti.

Questi Poliambulatori-Guardia Medica sono ispirati ai cosiddetti "Darzi walk-in centres" (1) realizzati in Inghilterra, specie a Londra nel 2008 dall'allora Segretario di Stato per la Sanità Lord Ara Darzi. Questi walk-in centres, che sono molto comuni anche negli USA, hanno avuto un grande successo presso il pubblico, con un'affluenza quasi 3 volte superiore rispetto a quella prevista e con un costo medio di 1,1 milione di Sterline/anno, cioè assai più elevato di quanto preventivato (2). Ciò è probabilmente dovuto al fatto che a Londra solo una parte degli utenti paga la prestazione, giacché questa è gratuita per i pazienti che si sono registrati per le cure primarie presso questi centri anziché presso gli studi dei medici generalisti. Proprio per questo nel nostro modello prevediamo che i Poliambulatori-Guardia Medica siano accessibili a tutti i cittadini previo pagamento senza esclusioni di un ticket di 50 Euro che copra i maggiori costi di gestione, la formazione continua del personale, le attività di valutazione di qualità, efficacia e costo.

A fine 2013 il Premier britannico David Cameron ha riproposto in via sperimentale l'accesso esteso (12 ore al dì 7 giorni su 7) alle prestazioni di Medici Generalisti, ricalcando l'iniziativa di Ara Darzi (3).

⁽¹⁾ Healthcare for London. A framework for action (DOWNLOAD: <http://www.nhshistory.net/darzilondon.pdf>

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

⁽³⁾ BMJ 2013;347:f5949

Allegato 3

Obiettivo strategico - migliorare la salute pubblica senza aggravio di spesa pubblica: la Medicina di Iniziativa

Tra i motivi che rendono economicamente non sostenibile il Servizio Sanitario Nazionale (e gli altri sistemi sanitari occidentali) vi è l'impostazione della sanità che da sempre si è occupata delle persone dopo che è comparsa la malattia (cosiddetta medicina di risposta o reazione). Con il rapido progresso dei mezzi di diagnosi e cura (sempre più fini e costosi) e l'allungamento della vita media (con relativo carico di malattie croniche invalidanti) la spesa sanitaria è esplosa e rende necessario oggi un ripensamento di tale impostazione. Il nuovo paradigma della sanità consiste nell'identificare i soggetti apparentemente sani che rischiano di sviluppare la malattia così da intervenire precocemente in modo che il processo si arresti o regredisca. Tipico il processo che porta alla comparsa del diabete e dell'obesità in una parte della popolazione. Una volta comparso, il diabete di tipo 2 sviluppa complicanze estremamente impegnative sia dal punto di vista umano che economico. Le complicanze del diabete sono varie: dalla malattia coronarica (ne soffre il 10% di coloro che hanno il diabete), alla retinopatia (il 34%), all'insufficienza renale (il 5 – 10% di coloro che hanno il diabete di tipo 2, ma il 30 – 40% delle persone con diabete di tipo 1), alla neuropatia (il 32%). Sono le complicanze che portano alla morte e che rappresentano il vero pericolo del diabete, che spesso si associa ad obesità (diabesità) e ipertensione arteriosa: oltre il 50% di coloro che hanno il diabete infatti muore a causa di problemi cardiovascolari e il 10 – 20% per insufficienza renale. Il diabete è preceduto da una condizione clinica, chiamata prediabete, che è caratterizzata da assenza di sintomi soggettivi. Solitamente, la diagnosi clinica avviene con un ritardo medio di circa 5 anni. Durante questo periodo, se viene effettuata un'adeguata diagnosi precoce, è possibile intervenire con efficaci terapie preventive a basso costo attraverso interventi sullo stile di vita (dieta, esercizio fisico ecc) che possono arrestare il decorso della malattia e delle sue complicanze. Durante il prediabete, elevati livelli di glucosio plasmatico agiscono su cuore, occhi, reni, nervi e vasi sanguigni, determinando un significativo aumento di complicanze. La comparsa silenziosa della malattia è un problema rilevante dal momento che le fasi precliniche del diabete non sono benigne e il 10 – 20% dei pazienti sviluppa complicanze prima della diagnosi clinica della malattia. Da numerosi studi emerge chiaramente come la diagnosi tempestiva e il costante controllo delle persone con diabete, grazie a terapie di qualità, riducano del 10 – 25% il rischio di complicanze minori (danni agli occhi e ai reni) e del 15 – 55% il rischio di complicanze più gravi (insufficienza renale cronica, patologia coronarica, perdita della vista, piede diabetico, ecc), riducendo drasticamente i ricoveri per le complicanze della malattia e, di conseguenza, gli alti costi per il Servizio Sanitario Nazionale. Negli USA si stima che 82 milioni di cittadini è affetto da una condizione di prediabete e ciò ha stimolato recentemente l'ex Presidente Obama a lanciare uno specifico programma di precoce identificazione sanitaria e di modifica degli stili di vita delle persone affette da questa condizione.

L'intervento americano è basato sui risultati di uno studio decennale (Reduction in the incidence of Type 2 diabetes with lifestyle intervention or Metformin" pubblicato su N Engl J Med 2002; 346:303 – 403 da parte del Diabetes Prevention Program Group). Il Diabetes Prevention Program Outcome Study è un programma del Governo americano che prevede di utilizzare i risultati di questo studio per finanziare attraverso Medicare, e in accordo con l'Affordable Care Act, per la prima volta, programmi di intervento attivo per prevenire la progressione del prediabete a malattia conlamatata. Tali programmi sono stati recentemente definiti e certificati per la loro efficacia attraverso il Diabetes Preventive Programme dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta e sono basati sulla modifica degli stili di vita secondo una procedura dettagliatamente descritta. Non mancano simili esperienze in Italia. Il FINDRISC (Finnish Diabetes Score) è un questionario semplice e a basso costo somministrabile da Medici di Medicina Generale (MMG) nel loro studio, oramai ben validato in Europa che prevede 8 domande sui principali fattori di rischio che si associano al diabete. I valori misurati con un semplice punteggio riassuntivo permettono, con alta

probabilità, di classificare le persone e il loro rischio futuro di sviluppare diabete di tipo 2. E' attualmente in corso lo studio DIAPASON finanziato dal Ministero della Salute e dalla Fondazione Invernizzi, eseguito in collaborazione con i MMG riuniti nella CMMC (Cooperativa Medici Milano Centro). A questi medici è stata fornita una versione digitale del test FINDRISC modificata che ciascun medico ha inserito ed utilizzato nel proprio personal computer. Ciascun medico di medicina generale ha poi provveduto ad effettuare ai propri assistiti, di età maggiore di 40 anni, non affetti da diabete e malattie oncologiche, che accedono per qualsiasi motivo in modo casuale al proprio ambulatorio il test FINDRISC. I pazienti identificati dai medici di medicina generale in questo progetto sono stati a tuttora 1.504. Risultati: soggetti con punteggio maggiore di 9 (rischio di diabete) sono 938 (62,3%). Di questi sono stati sottoposti finora alle successive analisi di laboratorio 447 soggetti. I test ematochimici (test da carico orale di glucosio da 75 grammi, Hba1c) eseguiti hanno consentito di classificare i 447 soggetti esaminati in questo modo: 60 con diabete (13,5%), 171 (38,2%) con prediabete e infine 216 (48,3%) non diabetici. Nessuno dei 231 soggetti diabetici o prediabetici conosceva il loro stato rispetto a questa malattia. Ottantuno (81) soggetti con prediabete hanno accettato di iniziare un programma di modifica degli stili di vita. Dopo un anno, a seguito di accertamenti diagnostici di laboratorio, su questi 81 soggetti con prediabete, 5 (6,2%) hanno avuto una evoluzione verso il diabete; 42 (51,8%) rimanevano prediabetici e 34 (42%) hanno dimostrato valori normali di glicemia a digiuno e dopo carico orale di glucosio ed emoglobina glicata, in pratica sono tornati soggetti normali. Una dimostrazione concreta che i programmi di screening, rapidi, a basso costo adottati e l'applicazione di semplici regole comportamentali possono costituire armi molto efficaci per combattere questa epidemia. Analogamente a quanto osservato nel diabete, la identificazione dei soggetti a rischio di malattia e la prevenzione della sua comparsa attraverso modificazione strutturata degli stili di vita è oggi possibile in vari ambiti e riguarda patologie di grande impatto sociale ed economico. Alla luce di questi fatti emerge chiaramente la necessità di far sì che: 1) la modifica degli stili di vita non sia più solo un consiglio del medico curante ma una prescrizione vera e propria; 2) tale modifica avvenga in modo strutturato secondo procedure ben codificate e controllate ad opera di un professionista; 3) solo una compliance dimostrata in modo oggettivo da questi professionisti consenta di accedere a prestazioni successive gratuite (ad esempio prescrizione di statine a scopo preventivo) (vedi Allegato). Questa nuova impostazione della sanità implica che deve nascere nei cittadini, iniziando dai medici, un'ampia consapevolezza e condivisione del nuovo paradigma e dei nuovi modi di operare la sanità, devono essere redatte norme e procedure idonee a realizzarle, devono essere create nuove figure professionali capaci di gestire, controllare e certificare tali procedure e la loro osservanza (ad esempio esperti di gestione dei gruppi di movimento), ma - molto più difficile - devono essere fissate regole che riducano l'invadenza di alcune tecniche di marketing commerciale e che diano spazio e risorse al marketing sociale, ossia alle tecniche capaci di convincere i cittadini ad abbandonare stili di vita non salutari (fumo, alimentazione impropria, sedentarietà) a favore di quelle salutari. Un simile percorso è innanzitutto culturale e deve vedere in primo piano il Ministero della Salute (nella sua funzione primaria ed esclusiva di definire i principi per la tutela della salute), ma anche tutti i livelli di governo, le associazioni professionali e di impresa, il volontariato, nel nome dell'interesse collettivo, e del suo Servizio Sanitario Nazionale.

Oltre ai fini di arrestare o invertire i processi patologici che portano alla malattia nei soggetti apparentemente sani, però, la Medicina di Iniziativa trova spazio anche in alcune patologie onde ridurre o rallentare il loro aggravamento: ad esempio nei pazienti che hanno avuto un primo scompenso acuto di cuore per evitare le recidive.

Per iniziare questo percorso di Medicina di Iniziativa proporrei 3 ambiti:

1. **Nel presunto sano.** Identificare i soggetti con prediabete (o con fattori di rischio per diabete)

2. **Trattare il prediabete con:**

a) movimento fisico strutturato (prescritto e non solo suggerito dal Medico) e gestito e documentato da professionisti delle attività motorie anche con l'ausilio di device portatili, che consentono di documentare il raggiungimento degli obiettivi già fissati;

b) calo di peso.

Solo dopo aver documentato l'impegno del paziente a muoversi adeguatamente e perdere peso, il medico considererà se prescrivere statine a scopo preventivo. Oggi questa prescrizione è senza freno e i costi sono elevati: un'inappropriatezza, questa, che può essere corretta.

3. Monitorare i soggetti scompensati per diagnosticare precocemente a distanza l'aumento della massa ematica (ed evitare così lo scomplesso acuto che deve ricorrere al pronto soccorso):

a) ricezione del segnale (sensore applicato ai pazienti)

b) segnale di allarme al paziente

c) eventuale convocazione del paziente al centro cardiologico di riferimento.

Da rilevare a margine di queste iniziative la stretta collaborazione tra medicina territoriale e ospedaliera, che costituisce attraverso la continuità di cura un enorme valore sociale ed economico (1).

Conclusioni

Le sperimentazioni nei vari ambiti della Medicina d'Iniziativa dovranno essere completate prima del loro trasferimento su grande scala, e le valutazioni di efficacia dovranno essere affiancate da quelle di tipo economico e delle complicazioni impreviste. I campi da esplorare sono numerosi: il movimento muscolare come terapia organizzata e gestita da specialisti su prescrizione dei medici per contenere la patologia cardiovascolare, il diabete di tipo 2, la depressione grave, l'osteoporosi e l'osteoartrosi si affiancano ad iniziative di miglioramento dei servizi sanitari come la continuità di cura alla dimissione ospedaliera con affido alle cure territoriali e in particolare alla Casa della Salute, agli interventi proattivi delle équipes mediche per migliorare la compliance al trattamento ipotensivo, al controllo del diabete, alla prevenzione secondaria degli accidenti cardio-cerebrovascolari ecc. Legare la prescrizione medica gratuita alla compliance del paziente è un importante passaggio culturale ed economico del SSN, che non può continuare a fornire gratuitamente tutto a tutti. Sono necessari paradigmi e regole nuove e fra queste in particolare la corresponsabilizzazione dei cittadini al mantenimento della loro salute. Non è più pensabile che la modificazione degli stili di vita che tanto incidono nel prevenire o rallentare le pluripatologie croniche non diventino tassative prescrizioni e che si accetti che il paziente supplisca con costosi farmaci ai suoi eccessi alimentari, alla patologia broncopolmonare indotta dal fumo di tabacco o alle conseguenze di una mancanza di movimento ma altresì ad una patologia indotta da attività ludiche e sportive che il cittadino decide di intraprendere per proprio divertimento. Uno stile di vita appropriato deve diventare una prescrizione tassativa e rispettata dal paziente se questi vuole ricevere gratuitamente alcuni servizi erogati dal SSN. Una valutazione ben fatta di queste ed altre iniziative non può richiedere meno di cinque anni ma non può parimenti fare a meno di un piano ben costruito e di Demonstration projects che a loro volta devono derivare da una collaborazione leale e costruttiva fra lo Stato e le Regioni. Se questo tipo di interventi non sarà peraltro sufficiente, i rimedi saranno di necessità più indigesti. In UK già si fa avanti il principio che il SSN non può essere il meglio per tutto e per tutti dalla culla alla tomba, ma un servizio di buon livello capace di assicurare a tutti cittadini interventi di tutela della salute indispensabili e di provata costo-efficacia (2). Se questa tesi prendesse corpo anche in Italia si dovrebbe ripensare i LEA definendo quelli indispensabili, e quindi in modo più restrittivo, con verifiche serrate sui bisogni della popolazione e sugli erogatori dei servizi sanitari. Scenari come si vede che suggeriscono oggi agli uomini di governo avveduti di avviare al più presto percorsi nuovi e meno dispendiosi per evitare sacrifici assai più seri e impopolari in un futuro non lontano.

⁽¹⁾ Miani C, Winpenny. *Can hospital services work in primary care settings?* <http://blogs.bmj.com/bmj/2016/06/02/can-hospital-services-work-in-primary-care-settings/>

⁽²⁾ Oliver D. *Which health system?* BMJ 2016; 352: i1848

Allegato

Il movimento fisico come medicina

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

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

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

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

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

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

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

La ricerca sanitaria applicata

La ricerca sanitaria applicata deve essere potenziata. Migliorare il modo con cui i servizi sanitari sono organizzati e gestiti, individuare nuovi modi per renderli più efficaci ed efficienti, trasferire le migliori pratiche mediche, affrontare il tema della compliance dei paziente alle cure, ma anche intervenire in modo proattivo a tenere i pazienti cronici sotto monitoraggio, implementare la medicina di iniziativa (come l'individuazione dei prediabetici tra i soggetti apparentemente sani), sono tutti temi che richiedono urgente attenzione, adeguate professionalità e investimenti.

Si è dimostrato infatti che l'investimento nella ricerca sanitaria applicata può migliorare la qualità delle prestazioni e ridurne il costo, e che gli investimenti necessari sono limitati. Da questo tipo di ricerche applicate ci si aspetta che i servizi sanitari possano sempre più erogare le cure giuste per i pazienti che ne hanno davvero bisogno.

(Lieu TA, Platt R. Applied research and development in health care. Time for a frameshift. New Engl J Med 376, 710-13, 2017)

Quali cambiamenti per salvare il Servizio Sanitario Nazionale?

Il recente documento del Comitato Nazionale per la Bioetica “In difesa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)” del 26 gennaio 2017(vedi casicliniciinscena.org), tocca punti interessanti, ma non esaustivi. A mio avviso bisogna considerare i seguenti aspetti:

1. E' necessario che il Governo smetta di considerare la Sanità come una spesa da limitare e capisca che essa è un motore di benessere anche economico fondamentale per lo sviluppo del Paese.
2. Se così è, devono cessare i tagli e i vincoli asfissanti e indiscriminati alla spesa sanitaria pubblica che è già tra le più basse del mondo sviluppato¹. I risparmi sono possibili e doverosi, ma vanno effettuati a carico della spesa improduttiva e degli sprechi (circa il 30% della spesa), non dei servizi sanitari, dell'educazione e della ricerca.
3. Perché ciò avvenga è necessario che crescano la conoscenza e la cultura dei decisor, ponendo fine all'improvvisazione e alla cattiva fattura dei provvedimenti.
4. E necessario che gli investimenti non favoriscano solo le cure, ma si rivolgano in modo consistente alla prevenzione primaria e alla salute pubblica, dato il loro grande ritorno economico e sociale.
5. E' urgente investire, organizzare e gestire anche sulla educazione e motivazione del personale sanitario (sia economico che professionale) e sulla ricerca sanitaria, operando sinergie tra pubblico e privato nella produzione e resa della ricerca effettuata.
6. E' ovvio che la corruzione e l'abuso vanno combattuti, ma bisogna porre termine anche all'invasività della politica nella quotidiana gestione della Sanità. Inoltre bisogna avere il coraggio e la forza di contrastare tutti quegli interessi anche legittimi che collidono con la salute pubblica (alimentazione obesogenica, fumo, consumi eccessivi, ecc.), campi minati dove è difficile, ma non impossibile, muoversi se si ha la sufficiente volontà politica. Tutto il resto è importante, ma secondario.

E' chiaro però che ogni cambio di rotta deve tener conto della fattibilità politica ed economica. La sostenibilità economica di un simile rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale (come di altri settori

basilari che includono l'educazione, la ricerca, i beni culturali e l'ambiente) dipende da una politica economica avveduta, una politica che non preveda di spendere un centinaio di miliardi per acquistare aerei da guerra (e così compiacere gli Stati Uniti), di finanziare da anni una ventina di missioni italiane di peace keeping nel mondo, che non accetti supinamente politiche europee a noi sfavorevoli e si inchini al rigorismo tedesco, che non spenda decine di miliardi per consentire l'ingresso in Italia di milioni di clandestini, che non continui a sostenere banche fallite o aziende statali mascherate da aziende private e in perenne passivo, che non mette mano alla spesa pubblica improduttiva, ma anzi continua a far crescere il debito pubblico, che tolleri abusi e ruberie di ogni genere e che non consenta alla speculazione edilizia e al turismo di massa di distruggere le bellezze e i beni culturali e archeologici del nostro Paese, che sa solo tassare i cittadini e le imprese private. Serve una politica economica che creda in alcuni principi basilari tra i quali:

1. Non è possibile attuare alcun serio cambiamento senza un piano di lungo termine (10 anni) che sia sottoscritto da tutti i corpi sociali della Nazione e che preveda successivi piccoli passi ben programmati per il cambiamento.
2. Il produttore di ricchezza nazionale privilegiata è l'impresa privata, cui devono essere create le condizioni favorevoli all'insediamento e allo sviluppo: sistema creditizio, certezza e costanza delle regole, moderazione fiscale e sindacale, flessibilità in entrata ed uscita del lavoro. Ciò significa anche tutelare meglio il prodotto italiano e la sua diffusione nel mondo, qualificare il turismo e non puntare solo sui consumi interni, soprattutto quelli che danneggiano vistosamente la salute dell'uomo e dell'ambiente, inclusi certi tipi di trasporti e certa edilizia pubblica e privata.
3. L'apparato pubblico non può rappresentare un ammortizzatore sociale e un importante datore di lavoro. L'apparato pubblico deve essere limitato alla redazione e gestione delle regole e deve essere ridotto al minimo (Stato minimo), analogamente agli apparati politici e sindacali. In questa funzione l'apparato pubblico deve però essere rigido e severo. L'attuale sistema italiano non sembra facilitare una simile impostazione, in quanto il decentramento eccessivo e la conseguente polverizzazione del potere rendono tutto molto più difficile.

In particolare manca una gerarchia del potere tra le varie Istituzioni, che favorisce e mantiene una assurda conflittualità tra le Istituzioni stesse e che di fatto blocca qualunque efficace intervento dello Stato su temi cruciali quali:

- a. vistose differenze tra Regioni nell'erogazione dei servizi sanitari e nella loro qualità e impossibilità di azioni correttive centrali;
- b. definizione, applicazione e monitoraggio di standard di quantità, qualità e costo dei LEA e gestione dei LEA stessi.

Si rischia oggi di trasformare la democrazia in anarchia e perenne stato di incertezza politica e sociale. Malgrado ciò io credo che vi siano spazi di miglioramento e che il percorso di ripresa vada iniziato. Mi piacerebbe ad esempio che il Presidente della Repubblica si facesse promotore e leader con tutte le alte cariche delle Istituzioni pubbliche e con le forze politiche e sociali del Paese di un Patto per l'Italia vincolante per tutti e di un relativo piano decennale di attuazione. Se avessimo cominciato all'inizio della crisi economica mondiale nel 2008, forse oggi potremmo essere a buon punto.

E in Inghilterra che succede? ²

Anche in Inghilterra per 30 anni il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), cui quello italiano si è ispirato, è stato oggetto di continue riforme improntate a modifiche di sistema, talora generate da ideologie più che dai bisogni della gente. Il risultato è stato a dir poco insoddisfacente e oggi i servizi erogati sono insufficienti, anche a causa delle ristrettezze economiche imposte al SSN. Oggi alcune ideologie (come la competizione e l'autonomia) sono state abbandonate in favore di una maggior collaborazione e integrazione tra sanitario e sociale, una forte attenzione alla prevenzione e alla diagnosi precoce; in sintesi stop alle riforme

dell'organizzazione e totale attenzione al modo di migliorare i servizi erogati. Questo il contenuto dei Piani di sostenibilità e trasformazione emanati di recente. Ancora una volta tuttavia il finanziamento del SSN è critico, e questo capitolo non viene toccato: continuano la stretta economica e la fretta eccessiva di attuare i cambiamenti, elementi entrambi che difficilmente si associano ad un miglioramento.

La morale è che le risorse economiche non sono sufficienti da sole a migliorare la sanità, ma nessun miglioramento è possibile senza soldi.

Forse è tempo che i Governi capiscano che la Sanità non è un costo improduttivo da ridurre con tagli indiscriminati, ma un motore di benessere anche economico che bisogna conoscere a fondo e sostenere con risorse sufficienti; i risparmi vanno fatti tagliando le spese improduttive e gli sprechi, non i servizi alla persona.

(1) *Global Burden of Disease Health Financing Collaboration Network. Evolution and patterns of global health financing 1995-2014 etc. Lancet online 389, 1981-2004, 2017.*

(2) *Walshe K. STPs for NHS in England: radical or wishful thinking? BMJ 2017;356:j1043.*

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

Fin dal mio insediamento al Ministero della Salute nel giugno 2001, tra i problemi posti alla mia attenzione, vi era quello dei Centri di Riferimento che l'Unione Europea (UE) metteva all'ordine del giorno del Consiglio dei Ministri Europei della Sanità. Si sollecitava in altri termini la UE ad identificare ospedali di alta qualificazione che attirassero in una o più discipline mediche una numerosa casistica così da concentrarla e consentire il progresso delle conoscenze, dell'expertise medico e dei vantaggi economici alla strutture migliori.[1] Il progetto era fortemente sostenuto dalla sanità francese nella figura del ministro Dottor Bernard Kushner il cui dichiarato obiettivo era di fare della Francia la cittadella sanitaria avanzata dell'UE, capace di potenziare la ricerca clinica, la qualità della diagnosi e cura, lo sviluppo di nuove tecnologie e, di conseguenza, la possibilità di acquisire fondi sia pubblici che privati: La Francia peraltro era già orientata in questo senso fin dagli anni Ottanta quando a Lione il Professor Dubernard, chirurgo e politico di fama, aveva realizzato nel suo ospedale un centro di attrazione internazionale per il trapianto di organi. Nel corso dei Consigli dei Ministri successivi non tardai a rendermi conto del valore strategico di questa iniziativa, che sarebbe stato ottimo anche per l'Italia che già disponeva di strutture deputate alla ricerca clinica e all'assistenza sanitaria di eccellenza, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). Tuttavia era a mio avviso indispensabile definire i criteri per classificare come riferimento di ricerca e di cura degli ospedali e quindi, in particolare, la misura della loro qualità di entrambi gli ambiti per le discipline proposte. Ciò era a mio avviso indispensabile per evitare che i riconoscimenti venissero effettuati con criteri non oggettivi; lo stesso ragionamento però valeva anche per i nostri IRCCS, i cui contorni non erano ben scolpiti e si prestavano a non poche critiche. Per questi motivi ritenni utile riordinare gli IRCCS e redigere la legge 288/2003. Gli obiettivi ideali della legge di riordino erano molteplici:

1. doveva trattarsi di strutture di ricerca clinica e ricovero di valenza nazionale. Queste collegate in rete e finanziate in modo adeguato avrebbero servito tutte le regioni italiane offrendo prestazioni di particolare valore a tutti i malati ovunque risiedessero;

2. oltre al servizio alla popolazione una concentrazione di pazienti, di ricercatori, di medici, di conoscenze avrebbe potuto rappresentare un richiamo di risorse intellettuali ed economiche pubbliche e private anche dall'estero. Il richiamo di cervelli è in particolare fondamentale, così come lo sono i rapporti di collaborazione internazionale e i relativi grant;
3. i nuovi IRCCS sarebbero stati pubblici o privati, in quanto il riconoscimento dei requisiti effettuato dall'UE sarebbe stato finalizzato a definire l'eccellenza indipendentemente dallo stato giuridico. Tuttavia non si può ignorare che le regole della Pubblica Amministrazione (PA) che governano le strutture pubbliche italiane costituiscono per loro un grave handicap nella competizione con i privati e con gli altri Paesi. Essi quindi sarebbero stati trasformati in Fondazioni di diritto privato, che avrebbero consentito di mantenere in Consiglio di Amministrazione i referenti della sanità pubblica insieme a rappresentanti di altri interessi pubblici o privati. Al personale dipendente sarebbe stato consentito di mantenere lo status di pubblico dipendente ad esaurimento, ma sarebbe stato altresì utilizzato il diritto privato per il personale di nuova assunzione (o che ne avesse fatto richiesta) con contratti nuovi e più interessanti: ad esempio, nuove figure di ricercatore clinico, di addetti al trasferimento dell'invenzione al mercato, ecc. Una flessibilità ed un'autonomia imprenditoriale delle strutture pubbliche che faceva tesoro delle esperienze descritte in Reinventing Government di Osborne e Gaebler[2] che riportava i buoni risultati ottenuti in USA dalla cosiddetta Amministrazione Pubblica Imprenditoriale disegnata da Al Gore;[3]
4. le reti di strutture specialistiche avrebbero potuto fare riferimento per la parte tecnica all'Istituto Superiore di Sanità e per la parte politica ad una direzione nazionale mista Stato – Regioni;
5. queste reti di strutture avrebbero servito anche la medicina territoriale collaborando con Medici di Medicina Generale (MMG) sia per la diagnosi e il ricovero dei pazienti, sia per la continuità di cura alla dimissione e il riaffido alla Casa della Salute e ai MMG in una logica di Medicina di Iniziativa riportato nell'Allegato 1, sia coinvolgendo i MMG nella ricerca clinica e nella sperimentazione farmaceutica o dei device di telemedicina. Importante infine la collaborazione degli IRCCS con le Università e altri Istituti di ricerca italiani o stranieri, pubblici o privati.

La proposta di legge di riordino degli IRCCS trovò grande consenso in molte istituzioni del Paese, ma un primo scoglio venne alla luce quando la Regione Emilia Romagna si oppose alla trasformazione degli IRCCS pubblici in fondazioni, e trascinò altre regioni nella richiesta che fosse lasciata alle regioni la possibilità di non effettuare tale trasformazione per gli IRCCS presenti sul loro territorio. Alla Camera, peraltro, passò un emendamento che aggiungeva alla trasformazione in Fondazioni la precisazione “di diritto pubblico”, vanificando in tal modo quelle possibilità di gestione “imprenditoriale” di una struttura pubblica. Infine la stessa regione Emilia Romagna, unitamente alla Regione Sicilia e alle Marche, dopo la promulgazione della legge 288/2003 con le modifiche suddette, fece ricorso alla Corte Costituzionale contro l'impostazione della legge stessa alla luce della modifica del Titolo V della Costituzione che prevede una quasi esclusiva competenza delle regioni nella sanità anche se si tratta come negli IRCCS di strutture deputate alla ricerca sanitaria. La Corte con sentenza n. 270/2005 (Allegato 2), pur riconoscendo il valore e l'utilità di riformare gli IRCCS stabilì che i loro statuti erano competenza regionale e ogni regione aveva il diritto/dovere di redigerli.

Questi tre scogli hanno di fatto affondato la legge 288/2003, giacché l'hanno privata dei principali obiettivi che l'avevano generata. L'Italia ha così perso, a mio avviso, la possibilità di mettere in campo quelle strutture di eccellenza capaci di assicurare a tutti pazienti italiani cure avanzate, alla ricerca clinica una spinta in avanti e una traslazione alla cura e al mercato, alla medicina territoriale un sostengo e un coinvolgimento prezioso per la continuità di cura nel contesto del nuovo paradigma di Medicina di Iniziativa. Non abbiamo colto la possibilità di realizzare un prototipo di PA Imprenditoriale, di concentrare le casistiche e le risorse culturali ed economiche richiamandone anche da altri Paesi. In una parola non abbiamo sfruttato una

opportunità che oggi si sarebbe rivelata preziosa anche per contribuire ad alleviare la crisi economica e la perdita di giovani intelligenze che non trovano in Italia ciò che altri Paesi sanno offrire.

Proposta

Regione Lombardia, in ragione del fatto che quasi metà dei 49 IRCCS italiani risiedono nel suo territorio e consapevole dei limiti dimostrati dalla legge 288/2003, promuove nel contesto della Conferenza Stato – Regioni una proposta di revisione di tale legge, che contempli il suo miglioramento e in particolare ne potenzi gli spazi e i meccanismi di azione. In particolare potrebbero essere migliorati i seguenti punti strategici:

1. la valenza nazionale di questi Istituti e delle loro reti, con apertura alle più ampie collaborazioni di servizio (specie con il territorio) e di ricerca clinica e traslazionale che siano accessibili a tutte le aree del Paese e dei cittadini che vi risiedono. Sarà fondamentale identificare come IRCCS solo gli Istituti che rispondano ai requisiti previsti del Decreto legge 13 settembre 2012, n. 150 (convertito con modificazioni in legge del 8 novembre 2012, n. 184) e su cui sta lavorando la Direzione Generale della Ricerca del Ministero della Salute (Allegato 3);
2. la governance di tali Istituti pubblici con particolare riguardo alla loro vocazione di PA Imprenditoriale. Il CdA dovrebbe prevedere membri istituzionali nel ruolo di garanti dell'interesse pubblico ma anche rappresentanti di benefattori, di fondazioni private, di altri privati e di rappresentanti dei dipendenti, specie dei Capi di dipartimento. Dovrebbe essere compito del CdA nominare o rimuovere il Direttore generale e gli altri Direttori superiori;
3. essendo l'IRCCS un Istituto di forte connotazione professionale, gran parte dei poteri di organizzazione e gestione ordinaria dovrebbero essere delegati ai dipartimenti e ai loro direttori, in base a un budget negoziato con l'Amministrazione che preveda obiettivi di quantità, qualità e costo dei servizi erogati a fronte di risorse predefinite, un po' sul modello della Divisione Industriale, come più ampiamente discusso nell'Allegato 4;
4. è cruciale l'autonomia degli IRCCS pubblici, proprio di tipo imprenditoriale, affinché essi possano sfruttare tutte le loro grandi possibilità: i rapporti con il personale anche straniero, l'internazionalizzazione e le relative collaborazioni, i rapporti con altri mondi accademici e imprenditoriali, l'agilità finanziaria e negli investimenti sono fondamentali per non impacciare i movimenti dell'IRCCS pubblico. Forse la forma giuridica più consona è la Fondazione di diritto privato, ma starà agli esperti del Gruppo per la revisione della 288/2003 stabilire l'impianto più consono. Importante è evitare che si proponga un riordino che lascia inalterati i vecchi mali della PA italiana.

In conclusione

Io credo che la rete degli IRCCS pubblici e privati, se ben concepita, può aggiungere valore alla qualità e quantità della sanità italiana e della ricerca sanitaria, ma anche essere motore di sviluppo economico e di internazionalizzazione di questi nostri Istituti, nonché strumento utile per formare i giovani e trattenere o attrarre in Italia le intelligenze.

Credo che sarebbe altamente meritorio se l'iniziativa di riforma della legge 288/2003 partisse dalla Regione Lombardia nel segno della sua vocazione ad aprire la strada al futuro e coinvolgervi tutta la nazione.

Mi rendo peraltro conto della difficoltà politica di intraprendere un percorso di riforma degli IRCCS, anche perché purtroppo ancora oggi e di frequente le posizioni del governo centrale e delle regioni sui rispettivi poteri in alcuni ambiti e su singoli provvedimenti divergono e non di rado esitano in contenzioso. Forse la proposta più sensata^[4] è di studiare quali miglioramenti sono possibili in Lombardia nell'ambito della legislazione attuale e della stessa legge 288/2003, che è rimasta in diverse parti inapplicata. Facciamo quel che è possibile perché, per poco che sia, sarà comunque un miglioramento per gli IRCCS e per la sanità italiana.

- [1] Legio – Quigley H, et al. Patient mobility in the European Union. *BMJ* 2007; 334: 188 – 190
- [2] Osborne D, Gaebler T. Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public: sector. Plume 1992. La traduzione Italiana è edita da Garzanti, 1993, con il titolo “Dirigere e governare. Una proposta per reinventare la Pubblica Amministrazione.
- [3] Al Gore. From red tape to results – Creating a government that works better and costs less – Report of the National Performance Review issued on September 7, 1993.
- [4] Lucchini E, Cajazzo L. Comunicazione personale, 2017

Allegato 1 – La sanità per il prossimo Quinquennio in Italia
 Allegato 2 – Sentenza Consulta 270/2005
 Allegato 3 – Classificazione IRCCS
 Allegato 4 – L’aziendalizzazione della Sanità
 Approfondimenti – Patient mobility in the European Union

} (vedi girolamosirchia.org)

Il valore in sanità

Per definire il valore delle prestazioni sanitarie gli economisti suggeriscono di confrontare i metodi di cura usando il costo per QALY (Quality-Adjusted-Life-Year), e quindi raccomandando il più cost – effective. Per definire gli interventi possibili e alternativi è necessario che i decisorи non siano solo esperti in medicina e sanità ma anche rappresentanti della società civile alle quali in definitiva sono indirizzate le scelte. La misura della costo – efficacia che ne risulta è quindi sempre un compromesso, ma dovrebbe essere la base necessaria per non sprecare risorse in rimedi inefficaci o non corrispondenti alle aspettative dei pazienti.

(Neumann PJ e Sanders GD. Cost – effectiveness analysis 2.0. *NEJM* 376, 203 – 05, 2017)

Le professioni sanitarie

Il benessere psicofisico del personale

Tutti sanno che in qualunque organizzazione il personale è la risorsa più preziosa, ma in pratica sono ben pochi i luoghi di lavoro dove si attuano strategie per motivare il personale, farlo sentire a proprio agio e tutelarne il benessere sia fisico sia mentale. Il Global Burden of Disease Study (GBD) segnala che nel mondo sono ben 300 milioni i soggetti affetti da depressione e questo, insieme ad altre malattie psichiche, costituisce la prima causa di disabilità e di assenteismo, con un costo enorme a carico degli Stati (24-27 miliardi di sterline) e dei datori di lavoro (33-62 miliardi di sterline). Anche in Italia sono pochi i luoghi di lavoro dove si cura il benessere dei lavoratori e, tra questi, il pubblico non è quasi rappresentato. Ciò accade malgrado gli insegnamenti di Bernardino Ramazzini, che fu il pioniere della medicina occupazionale, e malgrado si sappia che il luogo di lavoro può diventare un potente strumento di motivazione e sviluppo personale se gestito intelligentemente. Quanto pesi questa mancanza lo sanno bene tutti coloro che lavorano in un Ospedale pubblico dove la politica del personale è quasi del tutto assente. In un Ospedale un medico o un infermiere contenti del proprio lavoro rendono migliore l'assistenza e felici i malati, ma il contrario è più comune. E' ora che le cose cambino per la salute delle persone e della finanza pubblica.

(The Lancet. Improving mental health in the workplace. Lancet 390, 2015, 2017)

Il Medico del Servizio Sanitario Nazionale

Perché il Servizio Sanitario Nazionale migliori sensibilmente è necessario ri-valorizzare il ruolo dei medici e ciò deve cominciare dalla delega ai medici di poteri e responsabilità, il binomio dell'autonomia responsabile.

Accountability – Definition
Being responsible for your actions
Giving satisfactory reasons for them
Disclosing information readily
(*Cambridge Dictionary*)

SALUTE PUBBLICA

Promozione della salute e stili di vita

Prendiamoci cura della nostra salute

Mantenersi in salute significa adottare per tutta la vita e fin dalla più tenera età stili di vita salutari, che altro non sono se non identificare e ridurre i fattori di rischio più importanti, specie quelli cardiovascolari. A tal scopo gli approcci sono due e sono complementari:

1. intervenire su tutta la popolazione (interventi di salute pubblica)
2. interventi specifici per ogni individuo che presenti fattori di rischio elevato

In entrambi i casi si tratta di iniziative tese a migliorare una alimentazione sana (centrata sull'assunzione di vegetali, frutta, legumi, granaglie integrali, pesce e noci con forte riduzione di carne rossa, cibi confezionati, bibite zuccherate e granaglie raffinate), controllo del peso corporeo e della pressione arteriosa, attività fisica sistematica, esclusione del tabacco.

Questo stile di vita deve iniziare fin dall'età prescolare, coinvolgere la famiglia e durare per tutta la vita. Questa in sostanza la conclusione cui la scienza è giunta dopo anni di studio di popolazioni diverse e di indagini cliniche controllate ed è la raccomandazione che concordemente viene fatta dalle più autorevoli Istituzioni mediche internazionali, con l'avvertenza che ogni eccesso è da evitare ed ogni persona deve essere guidata da un programma calibrato sulle sue caratteristiche.

Non è stato facile arrivare a queste conclusioni, ma molto resta ancora da fare per trasferire queste conoscenze alla popolazione e soprattutto per convincere ognuno di noi ad adottare stili di vita salutari, anche perché molti interessi organizzati lavorano contro e continuano a proporre modelli di vita non salutari tramite una propaganda martellante e onnipresente. Basta notare come un terribile veleno quale il tabacco non solo non venga eliminato, ma continui anzi ad essere un crescente consumo da parte della popolazione. E' quindi al modo di diffondere la conoscenza e al modo di cambiare i modelli sociali e comportamentali di vita (che influenzano i consumi) cui ora dobbiamo dedicare attenzione, ricerca e risorse, se vogliamo che la conoscenza scientifica si traduca in salute per la popolazione. Sapere non basta a cambiare stili di vita, serve molto altro e non sappiamo bene né cosa né come. Da ultimo dobbiamo valutare le Amministrazioni pubbliche sull'impegno che pongono a difendere la salute pubblica. Se gli interessi di alcuni prevalgono sulla salute di tutti, ai responsabili di tali scelte va negato il nostro voto.

1. Greenland P, Fuster V. *Cardiovascular risk factor control for all*. JAMA 318, 130-31, 2017.
2. US Preventive Services Task Force. *Behavioral counselling to promote a healthful diet and physical activity for CVD prevention in adults without known cardiovascular disease risk factors*. JAMA 318, 175-93, 2017.
3. US Preventive Services Task Force *Recommendation Statement*. JAMA 318, 167-174, 2017.
4. Haesenblas HA et al. *Addiction to exercise*. BMJ 2017;357:j1745.
5. Editor's Choice. *Red meat: another inconvenient truth*. BMJ 2017;357:j2278.
6. Etemadi A et al. *Meat consumption and risk of mortality*. BMJ 13 May 2017, 262-63 and 349.

La salute pubblica

Vi invito a riflettere sulla salute pubblica, ovvero sul benessere psico-fisico di popolazioni e sui provvedimenti che le Istituzioni pubbliche e private adottano per proteggerla e migliorarla. Questo interesse nasce per almeno 3 motivi:

1. tutti noi desideriamo vivere in salute e in pace;
2. i provvedimenti in questione ci consentono di svolgere attività politica e di giudicare e migliorare la politica delle nostre Istituzioni;
3. i provvedimenti favorevoli alla salute pubblica operano a favore dello sviluppo economico e sociale di un Paese e sono caratterizzati in genere da un ritorno molto alto sull'investimento (cosiddetto value for money).

Un quarto motivo è l'amara considerazione che fin troppo spesso questi interessi generali cedono di fronte agli interessi economici di gruppi che traggono profitto da azioni che confliggono con la salute pubblica. Questi fenomeni sono sotto i nostri occhi, ma spesso non richiamano a sufficienza la nostra attenzione e la nostra azione. Tutti infatti sappiamo oggi che l'alimentazione eccessiva e scorretta non è salutare, è obesogenica e comporta una continua crescita di prevalenza del diabete di tipo 2; che l'inquinamento dell'aria nelle città legato al traffico comporta danni all'apparato cardiovascolare e disturbi neurologici e cognitivi; che il riscaldamento ambientale e le sue conseguenze sono causati dall'uomo; che non utilizzare i vaccini determina il diffondersi di malattie infettive e così via. Ma il paradigma più significativo è forse il consumo di tabacco, ossia il deliberato uso di una pianta nociva alla salute umana e all'ambiente senza alcun motivo plausibile. Un fenomeno, questo, che potrebbe sembrare paradossale ad un osservatore estraneo, che affligge l'umanità da due secoli. Per capire meglio l'entità di questo attentato alla salute pubblica, sottopongo alla vostra attenzione 4 punti:

- a. ogni anno nel mondo muoiono prematuramente 6 milioni di persone e si spendono \$ USA 1000 miliardi in costi sanitari e sociali;
- b. come è possibile che ciò continui? Strategie dei produttori:
 - basso costo;
 - ampia disponibilità;
 - modello sociale sostenuto dalla pubblicità;
 - generare dubbi e nascondere la verità scientifica;
 - creare nuovi prodotti "meno tossici" (tecnica della riduzione del danno).
- c. I rimedi ci sono:
 - alzare i prezzi;
 - ridurre la disponibilità;
 - contrastare i messaggi sociali con i dati scientifici di danno alla salute e all'ambiente e con normative limitanti.
- d. I Governi sono timidi nel contrasto. Perché?

Come procedere? Sviluppando 3 qualità:

1. Conoscenza – Ricercare i fatti e non il sentito dire: imparare ad acquisire le informazioni.
2. Consapevolezza – Essere coscienti di ciò che accade intorno a noi e delle sue ragioni e chiedersi ad ogni azione "Perché faccio questa cosa? Posso fare meglio?".
3. Coerenza – Giudicare le azioni e non le parole delle persone e dei Governi. Sono le azioni in favore della scuola e finalizzate a costruire un buon cittadino, della salute con una health in all policy, dell'ambiente e della tranquillità sociale, che fanno la qualità delle Istituzioni e che vanno premiate

col nostro sostegno. Contemporaneamente però ognuno di noi deve fare la sua parte e migliorare il suo modo di vivere e di rapportarsi alla società, cioè essere cittadini responsabili. Se ognuno di noi si propone di capire e di partecipare al miglioramento della società e delle persone, la qualità della vita di tutti noi non può che migliorare. La delega totale ad altri (che deriva spesso dal disinteresse e dalla pigrizia) è un errore che ci penalizza, anche se per altri si intendono le Istituzioni che, per loro natura, come diceva il Cardinale Richelieu, non hanno principi, ma solo interessi.

Torno infine sulla politica. Ci chiediamo spesso come valutare i programmi dei partiti politici o le azioni dei Governi nazionali o territoriali. Io ritengo che i provvedimenti a favore della salute pubblica siano un buon metro di misura della loro qualità, giacché molti di essi, se non tutti, confliggono con gli interessi di pochi a danno di tutti: basti pensare al fumo di tabacco, al gioco d'azzardo, agli alimenti industriali, all'inquinamento dell'ambiente, al consumo dei suoli, eccetera, eccetera. Se un partito politico o un Governo dimostrano di fare l'interesse di tutti resistendo alle pressioni di pochi, credo che vadano apprezzati e premiati. Se poi essi dimostrano di saper guardare lontano (e non curare solo i ritorni immediati, come spesso accade), investendo efficacemente nella scuola, nell'Università, nella ricerca scientifica, nella sanità, nel sociale, e quindi di avere a cuore il futuro della nazione e delle prossime generazioni; essi possono essere considerati Governi ideali per il Paese. Se poi sanno creare le condizioni favorevoli alla nascita e allo sviluppo dell'impresa privata sana (che è la maggior fonte di ricchezza nazionale e di posti di lavoro), riducendo la spesa pubblica improduttiva e la ingerenza dello Stato nella società, allora essi possiedono tutti i titoli per essere giudicati Governi ideali per il Paese.

Difendiamo la nostra salute

I tempi moderni hanno generato due mortali nemici per l'umanità:

1. Sovrappeso da eccessiva alimentazione
2. Fumo (e altri usi) di tabacco

I due fattori combinati generano conseguenze alla salute e, in particolare, diabete, ipertensione e dislipidemia (Tabella 1) con danni all'apparato cardiovascolare e insorgenza di tumori che comportano disabilità e morte anticipata.

Tabella 1

Glicemia normale	A digiuno 60-99/mg(dL (4-5,5 mM/L) 2 ore dopo il pasto \leq 140 mg/dL (7,8mM/L)
Prediabete (<i>impaired fasting glycaemia</i> o IFG)	A digiuno 100-125 mg/dL (5,5-7,0mM/L) 2 ore dopo il pasto 140-199 mg/dL (7,8-11,1 mM/L)
Diabete	A digiuno >125 mg/dL (7,0 mM/L) 2 ore dopo il pasto \geq 200 mg/dL (11,1 mM/L)
Diabete in remissione (<i>McCombie et al</i> ¹)	A digiuno <125 mg/dL (7,0 mM/L) 2 ore dopo il pasto <200 mg/dL (11,0 mM/L) HbA _{1C} $<6,5\%$
Ipertensione arteriosa	Valori $>130/80$ mHg (AHA/ACC)
Dislipidemia	LDL-C >100 mg/dL

Il solo diabete di tipo 2 colpisce tra il 5% e il 10% della popolazione e comporta una perdita di vita di almeno 6 anni con un costo per ogni diabetico che è 2,5 volte il normale. Nel diabetico di tipo 2 si accumula grasso nel fegato e nel pancreas che ostacola la funzione di questi organi. Fortunatamente però la malattia, se presa precocemente dopo l'insorgenza, è reversibile con il solo calo ponderale, ma deve trattarsi di un calo molto consistente (mediamente 15 Kg) e il calo di peso deve essere mantenuto nel tempo con una dieta adeguata e attività muscolare quotidiana*. Lo Studio DiRECT dimostra infatti che una riduzione del peso corporeo di 10–15 Kg ottenuto con 3-5 mesi di dieta a circa 800 calorie/die in un soggetto con diabete di tipo 2 di recente insorgenza e BMI 27–45 Kg/m² porta a remissione della malattia e a sospensione dei farmaci antidiabetici e antipertensivi in metà o più dei soggetti trattati, e tale percentuale cresce con il crescere del peso corporeo perduto. Se alla perdita di peso si associa poi un'adeguata attività fisica, si ottiene anche di prevenire la mortalità cardiovascolare². La cosa si spiega ricordando che il diabete di tipo 2 è quasi sempre dovuto all'incremento ponderale determinato da eccessi alimentari. Se il dimagrimento non si raggiunge e non si mantiene cambiando stile di vita, si ritiene oggi necessario procedere senza indugi con la chirurgia bariatrica, meglio se associata a dieta e movimento³, giacché il diabete di tipo 2, anche all'esordio, è causa di complicanze cardiovascolari, che sono ancora la prima causa di morte prematura nel mondo occidentale. La salute è una responsabilità condivisa tra ognuno di noi e la società. Ognuno di noi è il primo custode della propria salute e deve essere educato ad esserlo fin dalla più tenera età. La scuola, la famiglia, la società hanno il dovere morale ed economico di aiutare ogni cittadino a capire il messaggio di salute e ad attuare i modi suggeriti per conservare la salute propria e dei propri cari.

1. Il Sovrappeso

Il messaggio che dobbiamo capire e seguire è:

- Non mettere su peso
- Controllare l'apporto alimentare, verificate il pannicolo adiposo con 2 semplici misure

Peso	normale = tra 18,5 e 24,5
BMI = _____	
Altezza al quadrato	

Circonferenza alla vita normale = sotto 94 cm uomo – 80 cm donna

La nostra generazione mangia troppo e male. Bisogna ridurre le porzioni, eliminare alcuni alimenti e assumere quantità moderate degli alimenti permessi, come suggerito nella seguente Tabella:

Tabella 2

Evitare accuratamente

- * Le porzioni abbondanti. Oggi le porzioni sono spesso il doppio del necessario
- * I cibi confezionati industrialmente (contengono spesso grassi saturi e trans, oltre a prodotti chimici)
- * I cosiddetti *Street foods* (panini, pizze, focacce, merendine)
- * I grassi animali (formaggi grassi, carni, insaccati)
- * Le fritture di ogni tipo
- * I condimenti abbondanti (grassi di vario tipo, intingoli, specie se cotti. Condire solo con poco olio extravergine di oliva crudo)
- * Le farine raffinate, riso trattato, patate e i loro prodotti
- * Lo zucchero, i dolci, le bibite zuccherate
- * Gli alcolici di ogni tipo. L'alcool è tossico e cancerogeno specie per i giovani e per le donne⁴
- * Sale, dadi, sostanze insapienti e simili

Assumere saltuariamente (1 o 2 volte/settimana)

- * Cereali integrali, farro, orzo e loro prodotti da voi cucinati. Riso integrale (non brillato)
- * Carni magre (rosse o bianche), pesce
- * Uova
- * Formaggi magri

Assumere giornalmente⁵

- * Verdure preferibilmente verdi
- * Legumi
- * Frutta di stagione poco zuccherina (mele, pere, arance, pesche), con qualche noce
- * Pane integrale di tipo comune (non condito)
- * Latte scremato o yogurt magro

Il monitoraggio del peso corporeo e della pressione arteriosa (bisettimanale) ci permette di verificare se stiamo agendo bene o dobbiamo cambiare. Come?

- Ridurre la quantità di cibo (o cambiare tipo di cibi)
- Fare più movimento muscolare
- Prendere farmaci (per ipertensione, iperglicemia, ipercolesterolemia)
- Spingere i Governi a remare nella direzione giusta con provvedimenti che diffondano la conoscenza, educhino la popolazione (Scuola!), contrastino gli interessi economici che attentano alla salute pubblica.

Bibliografia

1. McCombie L et al. Weighing up the benefits of registering those in remission from type 2 diabetes. *BMJ* 2017;358:j4030.
2. Lean MEJ et al. Primary care – led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open label, cluster-randomized trial. <http://www.thelancet.com>. Published on line December 5, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33102-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33102-1).
3. Adams TD et al. Weight and metabolic outcomes 12 years after gastric bypass. *New Engl J Med* 377,1143-55, 2017.
4. Editorial. Alcohol and cancer. *Lancet* 390, 2215, 2017.
5. Toledo E, Martinez – Gonzalez MA. Fruits, vegetables, and legumes: sound prevention tool. *Lancet* 2017;390:2017 -18.

2. Il Fumo

I comportamenti umani hanno due diversi tipi di determinanti: a) razionali, b) emotivi. E' infatti ben noto che la sola conoscenza è indispensabile ma non sufficiente a modificare i comportamenti umani.

Per questo analizziamo separatamente:

- a) I motivi razionali che indicano di non fumare
- b) I motivi emotivi che si oppongono a ciò e che riguardano:
 - conformismo dell'uomo
 - interessi organizzati che promuovono il fumo
 - interessi che rendono deboli gli interventi dello Stato.

I giovani iniziano a fumare per azione di coetanei di riferimento con l'esplicita finalità di apparire adulti, emancipati, sessualmente maturi. Sono questi comportamenti ispirati dal conformismo, ossia la spinta a rendersi simile al gruppo e non essere classificato come un diverso, rifiutato dal gruppo di riferimento. Il conformismo è un comportamento comune negli umani ed è tanto più forte quanto minore o più acerba è la personalità dei soggetti e la sicurezza di sé.

QUANTI E CHI SONO I FUMATORI IN ITALIA

Giornata mondiale senza tabacco (31 maggio 2017). Istituto Superiore di Sanità²: "Cresce l'appeal del fumo tra le donne: sono quasi 6 milioni le fumatrici. Quasi azzerato il divario di genere". Rispetto allo scorso anno le fumatrici sono un milione in più.

Sono 11,7 milioni i fumatori in Italia e rappresentano il 22,3% della popolazione (22,0% nel 2016): diminuiscono gli uomini tabagisti: 6 milioni rispetto ai 6,9 milioni del 2016, ma aumentano le donne che da 4,6 milioni del 2016 salgono a 5,7 milioni. Si tratta della differenza minima mai riscontrata tra percentuale di fumatori (23,9%) e percentuale di fumatrici (20,8%). Sarà interessante vedere quale è la morbilità (ricoveri ospedalieri) per le donne oggi rispetto a 20 anni fa. Gli ex fumatori sono invece il 12,6% e i non fumatori il 65,1%. Si fuma di più tra i 25 e i 44 anni (il 28%) invece nella fascia d'età più giovane, tra i 15 e i 24 anni, fuma il 16,2%. Si fumano in media 13,6 sigarette al giorno con un picco di 14,1 sigarette sul target 45-64 anni. La maglia nera rispetto all'area geografica spetta al Centro dove i fumatori di sesso maschile sono il 26%, al Sud e nelle Isole sono il 25,2% e al Nord il 22,0%, ma sono proprio le Regioni settentrionali ad avere la maggiore percentuale di fumatrici (24,6%) rispetto a quella dei fumatori (22%). Si fumano principalmente sigarette confezionate (94,3%) sebbene continui costantemente a crescere il consumo prevalente di sigarette fatte a mano (9,6%), significativamente più diffuso tra i giovani e preferito dagli uomini (16,6%) rispetto alle donne (12,8%). L'età in cui si accende la prima bionda è di 17,6 anni per i ragazzi e 18,8 per le ragazze. Il 12,2% dei fumatori ha iniziato a fumare prima dei 15 anni.

I DANNI DEL FUMO (THE TOLL OF TOBACCO)

Salute

Il Global Burden of Disease Study 2016³ ha calcolato che:

- il fumo attivo è responsabile nel 2015 di 7,1 milioni di morti e 177,3 milioni di DALY (Disability-Adjusted Life Year = N. di anni di vita persi a causa della malattia);
- il fumo passivo è responsabile di 0,9 milioni di morti, specie in bambini e vecchi

Il Global Burden of Disease Study 2015⁴, analizzando i dati di 195 Nazioni, ha rilevato che il fumo di tabacco è responsabile dell'11,3% di tutte le morti al mondo.

La Legge 16 gennaio 2003, n. 3, art. 51 (Tutela della salute dei non fumatori) prevede il divieto di fumare in tutti i luoghi aperti al pubblico e in tutti luoghi di lavoro. Essa intende così salvaguardare i diritti dei non fumatori a non essere intossicati dal fumo di tabacco. Chi vuole fumare può fumare solo se non danneggia gli altri.

Non vi è quindi alcun proibizionismo. Ma solo parità di diritti tra non fumatori e fumatori. E' cambiato così il diritto dei non fumatori a non subire danni dal fumo passivo. Sappiamo che i principali danni sono a carico del sistema cardiovascolare e dell'apparato respiratorio, ma in realtà tutti i tessuti dell'organismo sono danneggiati dalle sostanze tossiche presenti nel sangue circolante del fumatore e dall'ipossia⁵. Anche la frequenza dei tumori è più elevata in chi fuma rispetto a chi non fuma.

Il tabacco combusto produce circa 4 mila sostanze tossiche, molte delle quali cancerogene di alto pericolo. Alcune di queste sostanze sono volatili, altre non lo sono e si depositano sugli oggetti che vengono a contatto con il fumo. Questo spiega perché il pericolo di intossicazione da fumo persista nel tempo e continui a produrre danni (la cosiddetta contaminazione di terza mano, dopo la prima costituita dal fumo inalato direttamente dal fumatore e dalla seconda derivante da quello inalato passivamente dai presenti). I danni del fumo passivo sono gli stessi del fumo attivo, ancorché meno intensi.

Dopo l'introduzione della Legge, sia in Italia che all'estero, si è osservato un calo dei ricoveri per infarto miocardico del 10 – 20% e altrettanto dicasì delle malattie respiratorie. Molte persone possono oggi frequentare ambienti che un tempo erano loro interdetti per la presenza di fumo. Va tuttavia ancora sottolineato che i veleni circolanti nel sangue del fumatore attivo o passivo danneggiano tutte le cellule dell'organismo, portandovi tossine e riducendo l'apporto di ossigeno. Ciò spiega come il fumo di tabacco sia responsabile dell'11,3% di tutte le morti registrate ogni anno nel mondo, come evidenziato dal Global Burden of Disease Study nel 2015.

Non esiste una soglia di sicurezza minima di sigarette: vi è, ovviamente, un rapporto di dose/effetto, ma anche poche sigarette danneggiano la salute. E smettere di fumare è comunque salutare ad ogni età: già dopo poche settimane, infatti, i rischi del fumo diminuiscono, ma perché si avvicinino a zero sono necessari molti anni.

A mio giudizio è sorprendente come oggi le persone, pur sapendo i rischi che affrontano, possano continuare a fumare e non basta, purtroppo, la conoscenza per indurli a smettere. La nicotina infatti causa un'assuefazione, alla stregua di altre droghe, ed è quindi necessario che lo Stato metta in atto misure di contrasto sempre più forti (allargamento del divieto di fumo, aumento del prezzo delle sigarette, prevenzione dell'iniziazione al fumo nei ragazzi, contrasto alla pubblicità occulta del tabacco), mentre il fumatore per smettere deve affidarsi ai Centri antifumo che esistono numerosi nel nostro Paese.

Ambiente

I danni per la salute non sono tuttavia gli unici provocati dal tabacco. Anche i danni ambientali sono notevoli giacché le coltivazioni del tabacco esigono l'uso di molti pesticidi e fertilizzanti, prodotti che inquinano i terreni e le falde acquifere; sono inoltre responsabili di molti disboscamenti per acquisire terre vergini per la coltivazione, senza contare l'elevato numero di incendi causati da mozziconi di sigarette non perfettamente spenti dispersi nell'ambiente.

Costi

E' stato calcolato che 1 fumatore costa ogni giorno alla società US\$3 (di cui 1,5 costi sanitari, 1,5 giornate di lavoro perse).

Oggi si aggiunge in Italia il costo per le imprese relativo al tempo perso dai dipendenti che fumano per uscire a fumare (1 ora al dì).

Perché si continua a fumare

Abbiamo visto che il fumo comporta: riduzione della durata di vita, morti premature (80.000/anno in Italia), costi sanitari e sociali.

Per comprendere come ciò sia possibile e come gli Stati non pongano fine a questo fenomeno che lede la salute pubblica e la finanza pubblica bisogna capire il contesto in cui esso si colloca. Si continua a fumare

perché il tabacco contiene una droga, la nicotina, che una volta aspirata con il fumo dai polmoni, passa rapidamente nel sangue e raggiunge il cervello, dove mantiene vivo il circuito dell'assuefazione, comune a tutte le droghe. Diviene così difficile liberarsi dal fumo, anche se molti fumatori lo vorrebbero. La domanda allora è "Perché si inizia a fumare?" La risposta secca è "Per conformismo da immaturità", ossia per l'incompleto sviluppo della personalità e la tendenza a pensare in modo simile agli altri. Proprio su questa debolezza tipica dei giovani puntano i produttori di tabacco, che fanno dell'iniziazione al fumo dei ragazzi un loro obiettivo primario e che persegono creando dei modelli sociali molto attraenti che divulgano attraverso i grandi mezzi di comunicazione. Molti ragazzi identificano in loro compagni più trasgressivi un modello da imitare e si forma un gruppo che li condiziona e li spinge solitamente a comportamenti talora riprovevoli. Si noti come si produce in questi giovani una marcata dissonanza tra l'**ESSERE** e l'**APPARIRE**:

- **ESSERE** Personalità ed autostima in formazione (come è proprio dell'adolescenza). Timore di essere marginalizzati o esclusi dal gruppo di riferimento dei coetanei (e quindi di perdere le opportunità di socializzazione, di divertimento, di amicizia, di amore) o di essere addirittura derisi e vessati in quanto diversi o immaturi.
- **APPARIRE** Più adulti, indipendenti, spavaldi e quindi liberi di accedere a tutti quei momenti della vita di relazione che sono consentiti agli adulti, ma non agli adolescenti, inclusa la facoltà di non aderire ai canoni di una società ordinata e di sfidare il giudizio.

Alla luce di quanto sopra è ironico rilevare che coloro che iniziano a fumare non sono i più evoluti, risoluti adulti e spregiudicati, ma i più fragili e dotati di più debole personalità e autostima, che temono il mondo che li circonda e il suo giudizio.

Il fumo è un bisogno indotto, non è un elemento naturale né fisiologico. È indotto da gruppi di interesse prevalentemente tramite la pubblicità occulta magistrale che fa leva sul conformismo.

Il messaggio è che tutti fumano e fumare è un atto della vita normale. Lo dicono i film e l'esempio di compagni e genitori, o testimonial come medico, vip, dive, ecc. Ovviamente ciò non è vero, ma la pubblicità è molto presente e sostenuta da enormi risorse. Le Multinazionali infatti basano la loro esistenza su 3 pilastri:

- a) pubblicità
- b) forti studi legali
- c) azioni lobbistiche

Lo Stato guadagna tramite le accise e l'IVA circa €13 miliardi/anno in Italia, ne spende circa €7,5 in spese sanitarie e scarica sulla società le spese sociali per circa altri €7,5 miliardi (giornate di lavoro perse).

La società italiana quindi non guadagna nulla dal fumo, ma lo Stato ragiona per cassa e si trova in cassa alcuni miliardi ogni anno (circa 7). Lo Stato quindi non approva il fumo, ma lo tollera. Più lo Stato è debole più diviene forte questa tolleranza, giacché i politici risentono maggiormente delle lobby e le temono o ne vengono avvantaggiati.

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

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

1. Fumare è un normale atto della vita. Vi sono film dove si fuma e si beve ripetutamente da parte degli attori.
2. Creare il dualismo di opinioni sulla nocività. Vengono pagate ricerche che dimostrerebbero che i danni del fumo pubblicati dalla scienza medica sono esagerati.
3. Fumare è una piacevole abitudine, non una dipendenza, perché la nicotina non è una droga pesante.
4. Fumare è associato a giovinezza, bellezza, spensieratezza, momenti di gioia, libertà, socializzazione (vedi il video lost on you).
5. Quelli che predicano contro il fumo sono retrivi. Non dicono che il fumo aiuta a rilassarsi e dare sollievo ai tormenti della vita, a mantenersi magri (Slim Virginia per le donne!)

6. Grandi personaggi, medici, infermieri, fumano: Non saranno tutti stupidi!
7. Se sei giovane e/o donna e non fumi, i tuoi amici del gruppo pensano che sei un giovane vecchio, un figlio di mamma imbranato. Scatta il meccanismo di guilt and shame.
8. L'obiettivo di iniziazione al fumo dei giovanissimi deve insistere sui punti precedenti, giacchè si tratta di soggetti più inclini ad imitare, a subire il conformismo, a temere il giudizio degli altri e dei loro pari.
9. Le Multinazionali affermano di volere il bene pubblico e di ricercare continuamente il fumo sicuro. Ma esse affermano che il fumo è libertà personale e va rispettato, non si deve ostacolare. Se ciò accade, i loro uffici legali sono subito pronti alla guerra in Tribunale.
10. Le risorse impiegate nella pubblicità da parte dei produttori sono molto elevate e molto superiori a quelle messe in campo dalla sanità dei vari Paesi. I grandi mezzi economici sono spesso molto convincenti!

CHE FARE?

La società civile deve muoversi per contrastare questa piaga dell'umanità e salvare i propri figli. Come?

- Spingendo il Governo a fare qualche azione di contrasto. Premiando o punendo con il voto, attivando azioni di stampa, manifestazioni pubbliche, iniziative di salute, ecc.
- Chiedendo che l'educazione civica ritorni ad essere materia di insegnamento fondamentale nella scuola primaria e secondaria di 1° grado.
- Sospingendo campagne di marketing sociale.
- Pretendendo quei provvedimenti normativi centrali e locali che si sono dimostrati efficaci e che sono:
 - a) divieto di fumo in locali pubblici e luoghi di lavoro;
 - b) divieto di fumo nei luoghi assembrati e nelle auto anche private, negli Ospedali, nelle scuole, nei parchi, nelle spiagge, ecc;
 - c) alzare progressivamente il prezzo di tabacco e investendo gli utili in azioni di contrasto al fumo. La proposta avanzata da alcuni di utilizzare i maggiori utili per l'acquisto di farmaci oncologici è pericolosa, perché induce lo Stato a mantenere lo status quo invece che contrastare il fumo. Questa azione infatti provocherebbe un minor guadagno e quindi meno disponibilità di cassa. L'aumento progressivo di €4 delle accise in 5 anni salverebbe migliaia di vite umane⁶;
 - d) regolando la pubblicità occulta, ad esempio i film, mediante scritte che segnalano come il fumo nuoce alla salute, sia socialmente riprovevole e classificando i film come promozionali e sconsigliati ai giovani;
 - e) il Comitato Nazionale per la Bioetica ha affrontato il tabagismo con un documento del 21 marzo 2003. Alle pagine 55-56 il Comitato sottolinea l'importanza della scuola e degli insegnanti nella educazione degli alunni ai buoni comportamenti e al rifiuto dell'uso di droghe, compreso il fumo. Gli insegnanti, cita il documento, potranno far seguire le conversazioni da disegni e componimenti scritti, che formeranno poi oggetto di incontri, mostre e altre attività a vari livelli, a partire dalle stesse Istituzioni scolastiche fino a quello cittadino, regionale, nazionale e internazionale, con pieno coinvolgimento, e conseguente sensibilizzazione sugli argomenti trattati, delle famiglie degli allievi. Nulla di meglio di un Concorso per indurre i bambini, con sana competizione, a dare il meglio di sé. Una grande manifestazione conclusiva è, infine, il mezzo più indicato per lasciare in tutti un ricordo duraturo, una conferma che ci fa capire, stando in mezzo a una folla che condivide con noi la speranza, che non siamo soli. Alla luce di questa raccomandazione la Fondazione Il Sangue di Milano ha prodotto nel 2015 un film per le scuole “The Answer – La risposta sei tu” per contribuire a salvare i giovani dalla sventura del tabacco. Si tratta di un film dedicato ai giovani per dire no al tabacco, realizzato nel decimo anniversario della promulgazione della legge 16 gennaio 2003 n. 3, articolo 51 per la tutela dei non fumatori dal fumo passivo. Questa legge, entrata in vigore il 10 gennaio 2005 a seguito della pubblicazione del DPCM 23 dicembre 2004, ha dato e continua a dare buoni risultati e risulta tuttora molto gradita alla stragrande maggioranza degli Italiani. Anche se i risultati prodotti dalla legge sono ottimi, si assiste tuttavia nel 2016 ad un incremento del fumo nei giovani e giovanissimi a partire già dai 10-12 anni. Le ragioni sono che i giovani vivono nell'oggi e risentono

grandemente delle pressioni del gruppo amicale che frequentano, condizionato spesso dalla pubblicità. Essi non sono tanto interessati ai problemi di salute, problemi che sentono estranei, mentre sono più sensibili all'emergenza ambientale, specie all'inquinamento e al riscaldamento globale, etc., che stanno causando un danno grave al creato e alla vita del pianeta. Per questo motivo il film "The Answer – La risposta sei tu" parla dei danni che il tabacco causa all'ambiente (deforestazione, intenso uso di fertilizzanti e antiparassitari con contaminazione delle acque, mozziconi a terra). Del film, prodotto senza alcun contributo pubblico, è stata realizzata anche una versione interattiva per le scuole, che coinvolge maggiormente i ragazzi e offre agli educatori la possibilità di approfondire diversi temi oltre ad ambiente e salute (conformismo, influenza della pubblicità occulta, media education, doveri di partecipare alla vita della comunità, danni del menefreghismo). Il 15 gennaio 2016 il film è stato presentato a Milano al pubblico, agli studenti dell'Istituto Comprensivo Luigi Galvani, di via Galvani 7. La Regione Lombardia, rappresentata dagli Assessori Regionali Valentina Aprea (Istruzione, Formazione e Lavoro), Antonio Rossi (Sport e Giovani), Claudia Terzi (Ambiente) ha collaborato al progetto promuovendo un concorso per le scuole che premi i migliori video o le storie ideate dai ragazzi. Il film è l'opera prima del regista Ludovico Fremont il quale ha anche curato la sceneggiatura con Giacomo Mangiaracina, Anna Parravicini e Riccardo Stuto. Il cast è formato da importanti attori e giovani promesse del cinema italiano: Filippo Laganà, Neva Leoni, Giovanni Maria Buzzatti, Massimiliano Vado, Andrea Dianetti, Luca Cesa, Federica Marcaccini, Ada Paola Roncone, Francesco Pannofino, Massimo Poggio, Luigi Diberti, Roberto Ciufoli, Pietro De Silva, Manuela Rossi, Valerio Morigi, Riccardo Ballerini, Melania Giglio, Urbano Lione, Maurizio Lops, Sergio Zecca, Federica De Benedettis, Valerio Morigi, Alessio De Caprio.

Il film è disponibile in più versioni:

1. Integrale

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

2. Breve per le scuole (21 min)

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

3. Interattiva

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

4. HD

<https://vimeo.com/151620274> - Pass theanswer

5. Con sottotitoli in lingua inglese

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

È infine disponibile anche una versione in DVD.

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

Il Concorso di Regione Lombardia per le scuole ha visto la partecipazione di una cinquantina di classi lombarde, che hanno lavorato e prodotto lavori di gruppo davvero brillanti, segno di una forte creatività. Hanno partecipato come fuori concorso anche alcune grandi scuole di Roma e una di Mirandola (Modena). f) aiutando i fumatori a smettere (centri anti-fumo).

Molto più difficile per ora arrivare a proibire il fumo a tutti i nati dopo una certa data, come proposto in Australia, a meno che si trovi un farmaco capace di bloccare radicalmente il meccanismo dell'assuefazione e il circuito della ricompensa, cosa per il momento ancora non possibile e rimedio sperabile per le cure di tutte le dipendenze e non solo del fumo.

Altri rimedi

Riduzione del contenuto di nicotina nel tabacco. Negli USA l'FDA ha annunciato l'intenzione di limitare la quantità di nicotina presente nei prodotti del tabacco. Si stima che questo tipo di provvedimento possa determinare un significativo calo di fumatori¹⁰.

Tuttavia deve essere tenuto ben presente che due sono i provvedimenti indispensabili per contrastare il fumo:

- ① emanare e far rispettare leggi e norme efficaci;
- ② prevenire l'iniziazione nei giovani⁷.

LA BATTAGLIA CONTINUA. I PRODUTTORI RILANCIANO CON:

- uso ricreativo della cannabis
- tabacco scaldato non combusto

Quest'ultimo è tabacco imbibito di glicol propilenico che scaldato a 350° C con una pila si scalda, ma non brucia, emette poco fumo e non produce cenere. Tuttavia il fumo rilasciato contiene, oltre a nicotina, elementi derivati dalla pirolisi (prodotti da incompleta combustione) e dalla degradazione termica, che sono gli stessi pericolosi componenti rilasciati dalla sigaretta tradizionale (acetaldeide, benzopirene, idrocarburi aromatici policiclici, tutti cancerogeni) e CO₂ (Auer R et al. Heat-not.burn tobacco cigarettes: smoke by any other name. JAMA Intern. Med 177, 1050-52, 2017).

In Italia molto resta da fare perché:

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

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

E' necessario un deciso contrasto a questa prassi attraverso il passaggio di scritte antifumo su questi film e soprattutto escludendoli dal finanziamento pubblico⁸.

Non so a voi, ma a me tutto questo suggerisce che le Istituzioni italiane hanno scarso impegno a contrastare il fumo di tabacco; possiamo definire questo atteggiamento come mancanza di coraggio o malpratica

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

E' amaro comunque considerare, in conclusione, che la salute pubblica e il futuro di molti giovani rischiano di soccombere rispetto agli interessi economici e politici.

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

Le Multinazionali del Tabacco hanno non solo potenza economica e politica, ma grande capacità di trasformismo. Le 4 Multinazionali più potenti al mondo, che producono sigarette, vendono più di 600 milioni di sigarette per anno e sono responsabili di 7 milioni di morti prevenibili causate dal tabacco. La vendita di sigarette tende ad aumentare nel mondo grazie alla crescita della popolazione mondiale e ad una continua ed abile azione promozionale dei produttori. Tra queste la più recente posizione dei produttori è quella di mostrare un impegno per la “riduzione del danno” grazie alla sigaretta elettronica e per la produzione di prodotti del tabacco “meno tossici”. Recentemente è stata istituita la Fondazione for a smoke-free world finanziata dalla Philip Morris International con 1 miliardo di dollari USA nei prossimi 12 anni: Scopo precipuo di questa Fondazione è indurre i fumatori a passare dal fumo di tabacco all'uso delle e-cigarette o tabacco scaldato, ritenendo che la strategia di riduzione del danno sia quella più efficace per raggiungere lo scopo. Ovviamente anche questa iniziativa è stata rigettata dal WHO in quanto non credibile, anche se promossa da Derek Yach, uno degli artefici della Convenzione WHO per il controllo del tabacco lanciata dal WHO nel 20039.

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

Bibliografia

1. Cifiello S. Motivazioni al consumo dei giovani tabagisti
Tabaccologia 2/2017, 28-32
2. Pacifici R., Palmi I, Mastrobattista L. Il fumo di tabacco degli Italiani. Tobacco smoking in Italy. Indagine DOXA-ISS 2017
Tabaccologia , 2/2017, pp. 8-9
3. Global Burden of Disease (GBD) 2016. Risk factors collaborators
Lancet online 16/9/2017, 1402-5
4. Global Burden of Disease (GBD) 2016. Risk factors collaborators
Lancet 388, 1659-724, 2016
5. West JB. Physiological Effects of Chronic Hypoxia
N Engl J Med 376; 20, 1965-71
6. Denu RA. Estimates of cancer deaths presented by raising cigarette taxes.
JAMA Intern. Med. 177, 739, 2017
7. Global Burden of Disease (GBD) 2015
Lancet online 5 aprile 2017; Lancet 390, 715, 2017
8. World Health Organization. Smoke – free movies: from evidence to action. Geneva, Svizzera, 2015.
9. Daube M et al. Towards a smoke-free world? Philip Morris International's new Foundation is not credible.
Lancet, 390, 1722-24, 2017.
10. Gottlieb S. Zeller M. A nicotine-focused framework for public health.
New Engl J Med 377, 1111-14, 2017.

3. CONSIDERAZIONI E RACCOMANDAZIONI FINALI

Vi è crescente consapevolezza anche negli Stati ricchi che i Servizi Sanitari vadano aggiustati per rispondere meglio alle mutate esigenze del tempo e continuare ad essere economicamente sostenibili. La crescita demografica mondiale, l'incessante spinta ai consumi, la rivoluzione tecnologica, l'invecchiamento delle popolazioni sono solo alcuni dei fattori che hanno cambiato il mondo in pochi decenni. Ancora recentemente Schneider e Squires¹ analizzando la sanità statunitense concludevano che è indispensabile apportare alcune modifiche che consentano: a) l'universalità del servizio, b) cure primarie forti con accesso facile e continuo e presa in carico dei cronici sul versante sanitario e sociale, c) riduzione drastica della burocrazia, dell'inefficienza e del lavoro senza motivazione, d) forti investimenti nella promozione della salute e nella prevenzione. A quest'ultimo proposito Appleby e Gerschlick² analizzando le spese sanitarie del Regno Unito e confrontandole con quelle degli altri Paesi europei sottolineano la necessità di modificare la prevalente allocazione delle risorse sulle cure dando più spazio alla prevenzione e alla cronicità, un percorso che è stato ben compreso in Olanda, ma meno in altri Paesi, inclusa l'Italia².

Nel nostro Paese questo ripensamento stenta a farsi strada anche perché non siamo ancora riusciti dopo 10 anni ad uscire da una crisi economica e morale. Io credo che gli analisti sanitari debbano far capire alle Istituzioni e ai prossimi Governi che l'investimento nella promozione della salute e nella prevenzione è indispensabile e urgente per la sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale in quanto contenere il carico di malattia anziché trovarselo da curare ha un forte ritorno sull'investimento. Perché ciò accada è necessario che lo Stato e le Regioni si accordino su un Piano quinquennale che definisca gli obiettivi e i compiti di ognuna delle parti. Da parte del Governo centrale deve figurare uno stanziamento appropriato e un impegno ad una vera "Health in all Policy", così da evitare che alcuni provvedimenti pericolosi per la salute pubblica si facciano strada per convenienze di vario genere e la sanità continui ad essere marginale nelle azioni di Governo. Il Piano dovrebbe anche affermare che la salute individuale è responsabilità condivisa di ogni cittadino e dello Stato. Non è possibile che chi decide di fumare o di alimentarsi smodatamente debba gravare sulla collettività senza alcuna responsabilità. Ma perché ciò accada è compito dello Stato informare

continuamente la popolazione dei rischi che stili di vita inadeguati comportano, assicurarsi che tutti capiscano il messaggio e tutti possano trovarsi equamente nella condizione di applicarlo. Due aree privilegiate di queste iniziative sono rappresentate dalla scuola e dai mezzi di comunicazione di massa.

La scuola, la famiglia e i comunicatori hanno un grande ruolo nel costruire una generazione consapevole

*“Education is not the filling of a pail
but the lighting of a fire”*

(William B. Yeats)

*Educare non significa riempire un secchio (di nozioni),
ma accendere il fuoco (della consapevolezza e della conoscenza)*

UN POSSIBILE PIANO D'AZIONE SI PUÒ CENTRARE SULLE SEGUENTI INIZIATIVE:

- 1) Molte persone non possiedono nozioni di base. Vanno informate sistematicamente, presentando e commentando continuamente i risultati scientifici.
- 2) La Scuola primaria e secondaria di primo grado ha un grande potere di indirizzare i giovanissimi e di collaborare con le famiglie sull'educazione sanitaria.
- 3) La popolazione va sospinta gentilmente dal Governo verso i comportamenti virtuosi (Nudge: Improving decisions o paternalismo libertario). Sono necessarie delicatezza e progressività lenta per non urtare frontalmente o ledere gli interessi organizzati che vi si oppongono.
- 4) Serve un'alleanza con la società, non uno scontro, e un uso intelligente e paziente di incentivi e disincentivi.

L'iniziativa della Regione Lombardia di collaborare con una Fondazione privata per realizzare e mettere a concorso nelle scuole il film “The Answer – La risposta sei tu” per la prevenzione dell'iniziazione al fumo nei giovani è un esempio di iniziativa che potrebbe essere replicato in vari ambiti.

Alla Regione Lombardia va dato credito anche di aver avviato con altre 4 Regioni un progetto di Screen and Treat del prediabete o diabete inapparente, che viene riportato in Allegato (Bando di Ricerca Finalizzata 2017).

Un Piano Nazionale della Prevenzione così concepito (e che inglobi anche le già esistenti iniziative di promozione della salute pubblica e di prevenzione) realizzato con sforzo comune di Stato e Regioni (in analogia a quanto accadde con il “Progetto Mattoni” del 23/3/2005), capace di coinvolgere anche il mondo dei sanitari con adeguati stimoli, potrebbe avere ricadute imprevedibili non solo sull'economia e sulla salute dei cittadini, ma anche sulla credibilità delle Istituzioni e sulla fiducia della popolazione verso di esse. E' un percorso che altri Paesi si accingono a fare (negli USA l'Amministrazione Obama aveva già avviato con i CDC un programma di Screen and Treat per il prediabete³ oggi decaduto⁴) e che in Italia potrebbe dare inizio a quella correzione di rotta del Servizio Sanitario Nazionale da molti invocata.

Bibliografia

1. Schneider EC, Squires D. From last to first. Could the US Health Care System become the best in the world? *New Engl J Med* 377, 901-04, 2017.
2. Appleby J, Gershlick B. Keeping up with the Johanssons: how the UK's health spending tollies wth the rest of Europe *BMJ* 2017;358:j3568.
3. Li R et al. Economic evaluation of combined diet and physical activity promotion programs to prevent type 2 diabetes among persons at increased risk: a systematic review for the Community Prevention Services task force. *Ann Intern Med* 163, 452-60, 2015.
4. Fitzpatrick MC et al. Saving lives efficiently across sectors: the need for a Congressional cost-effectiveness committee. *Lancet* 390, 2410-12, 2017.

* McCombie e Coll1 propongono di definire questi casi come “Diabete in remissione” parziale o totale se ricorrono a condizioni ematochimiche riportate nella Tabella 1 e queste vengono confermate in due successive occasioni a distanza di tempo non inferiore a 2 mesi, in assenza di farmaci.

Allegato

Proposta di progetto di rete a cofinanziamento regionale Regione Lombardia Screen and treat for pre-diabetes (an implementation science project)

TEMATICA

MEDICINA DI INIZIATIVA VS MEDICINA DI ATTESA – UN NUOVO MODO DI AFFRONTARE LE PATOLOGIE.

Finora abbiamo investito quasi esclusivamente in una medicina che si attiva quando le persone si ammalano. A questa Medicina di Attesa dobbiamo oggi affiancare una medicina capace di identificare tra i soggetti sani quelli che più rischiano di ammalare di alcune malattie croniche temibili, soprattutto il Diabete, giacché prescrivendo loro di modificare i loro stili di vita possiamo prevenire la comparsa di tali malattie. Questa Medicina di Iniziativa ha anche il pregio di valorizzare i medici di famiglia che sono i protagonisti di questo nuovo paradigma e che possono aiutare i loro assistiti a capire che ognuno deve essere il custode della propria salute prima ancora dei medici, delle medicine e degli Ospedali.

QUESITI DI RICERCA

- 1) E' possibile prevenire o ritardare la comparsa clinica del Diabete di tipo 2 tramite un intervento di Screen and Treat?
- 2) Qual è il valore economico di questi risultati, se ottenuti?
- 3) La responsabilizzazione dell'assistito può migliorare la compliance alle prescrizioni del medico?

DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il Diabete di tipo 2 rappresenta una patologia cronica che in Italia ha una prevalenza di circa il 6% e che cresce dell'1% circa ogni 5 anni. A ciò si aggiunga che un altro 10% di persone apparentemente sane è in una condizione di cosiddetto Prediabete o Diabete iniziale e svilupperà il quadro clinico nel giro del prossimo futuro.

Il costo di questa patologia cronica è molto elevato e si aggira sui 4.000 Euro/anno per soggetto ossia il doppio circa di una persona normale di analoghe condizioni di età e stato di salute. Se ci si limita ad attendere che la malattia si manifesti, l'incremento della spesa solo per questa patologia risulta molto elevato e, in analogia, altre patologie, soprattutto quelle dell'apparato cardiovascolare, comportano simili problemi. E quindi necessario affiancare alla cura, quando la malattia è divenuta conclamata, un sistema che permetta di prevenire o contenere la comparsa clinica della malattia con sistemi semplici ed economici quali lo Screen and Treat per Prediabete che usa un questionario con semplici domande ed è stato validato in molti Paesi, compresa l'Italia.

OBIETTIVI

DIABETE DI TIPO 2 E PREDIABETE OGGI - Anticipare l'azione invece di rimediare a posteriori (Don Berwick. BMJ 2016;355:i5742)

Il Diabete di tipo 2 è una malattia cronica del metabolismo che determina una numerosa serie di complicanze legate al danno dei macro- e microvasi. La malattia è in grande misura causata da uno stile di vita inappropriato (eccesso alimentare, scarsa attività muscolare con eccessivo peso corporeo) in soggetti a rischio. La malattia è in aumento e in Italia colpisce oltre il 6% della popolazione¹, mentre si stima che un ulteriore 3% sia affetto da Prediabete² ossia da una forma di Diabete iniziale clinicamente silente. Il costo

sociale ed economico di questa malattia e delle sue complicanze è molto elevato2. Oggi sappiamo però che il Diabete di tipo 2, se diagnosticato precocemente, è in buona parte dei casi reversibile a condizione che il paziente cambi il suo modo di vivere sul lungo termine e, se ciò non è sufficiente, si sottoponga anche ad un trattamento farmacologico.

Lo schema oggi consigliato si compone di alcuni capisaldi:

1. Bisogna prevenire o ritardare il decorso della malattia e delle sue complicanze. Ciò è fattibile valutando nei soggetti apparentemente sani i fattori di rischio per Diabete tramite somministrazione di un semplice questionario (FINDRISC, Finnish Diabetes Score) e determinazione della glicemia basale e dopo carico di glucosio ed emoglobina glicata nei soggetti positivi2.
2. Illustrare chiaramente ai soggetti risultati affetti da Prediabete il decorso naturale della malattia e la possibilità di guarigione o miglioramento oggi disponibili.
3. Inserimento nel Patto di Cura Individuale con il paziente di un programma di modifica degli stili di vita consistente in:
 - a) diminuzione del peso corporeo tramite dieta ipocalorica priva o povera di zuccheri, alcolici e amidi (pane, riso, patate, ecc.), sotto controllo medico3,4.
 - b) attività fisica sistematica prescritta dal medico curante, organizzata da un esperto in scienze motorie autorizzato, che certifichi alla fine del ciclo di movimento (almeno 1 anno) la partecipazione adeguata del paziente, avvalendosi anche di un device che misuri l'attività fisica con un accelerometro, la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria e la durata dello sforzo. La certificazione di aderenza col programma verrà inviata al medico curante che la riterrà discriminante per imputare al Servizio Sanitario Nazionale la prescrizione di eventuali farmaci. Altrimenti la prescrizione verrà imputata al soggetto stesso, se questi non ha ritenuto di aderire con responsabilità al programma di perdita di peso e attività fisica (e cessazione dal fumo).
4. Controllo della glicemia, possibilmente in continuo, tramite un apposito strumento portatile e periodica valutazione della emoglobina glicata.
5. Controllo frequente della pressione arteriosa che deve rimanere costantemente $\leq 130/80$ 5.
6. Eventuale terapia farmacologica, come da Linee Guida validate6.

Se questo programma verrà adottato sistematicamente dal Servizio Sanitario Nazionale, il Diabete di tipo 2 potrà essere tenuto sotto controllo, con enorme risparmio di sofferenza e di spesa a carico della società, che oggi in Italia sostiene ogni anno una spesa di circa € 25 miliardi, dei quali € 15 miliardi a carico del Servizio Sanitario Nazionale2.

Il programma di Medicina di Iniziativa Screen and Treat per il Prediabete di tipo 2 prevede come fondamento la partecipazione delle Cooperative dei Medici di Medicina Generale che sono i pilastri dell'iniziativa e che hanno più volte manifestato con entusiasmo la possibilità di partecipare al progetto: Se partecipano diverse Regioni, essendo la Regione Lombardia Capofila, con la partecipazione dell'Istituto Superiore di Sanità, il budget che si raggiunge e la numerosità dei casi consentono uno studio di salute pubblica estremamente innovativo e vantaggioso.

RISULTATI ATTESI

Si tratta di un progetto innovativo nei seguenti ambiti:

- 1) Rallentamento nella crescita di una patologia cronica comune e relativi costi sanitari e sociali
- 2) prescrizione e non solo suggerimenti di modificare gli stili di vita;
- 3) certificazione della compliance dell'assistito alla prescrizione;
- 4) responsabilizzazione dell'assistito sulla custodia della propria salute;
- 5) riduzione della prescrizione impropria di farmaci e indagini di laboratorio con eventuale passaggio della spesa all'assistito che non aderisce alla prescrizione.

Riferimenti bibliografici

1. Chatterjee S. et al. Type 2 diabetes.
2. Lancet doi.org/10.2016/S0140 (Febr 9, 2017).
3. Società Italiana di Diabetologia. Il diabete in Italia 2016. Bonomia University Press, Bologna, 2016.
4. Feinman J. Advice on sugar and starch is urged in type 2 diabetes counseling.
5. BMJ (online), London 355 (Dec 5, 2016).
6. Farr OM, Mantzoros CS. Treating prediabetes in the obese: are GLP-1 analogues the answer? Lancet doi.org/10.1016/S0140 (Febr 22, 2017).
7. Nilsson PN, Sverre EK. Blood pressure goals in type 2 diabetes – assessing the evidence.
8. Lancet doi.org/10.1016/S2213.
9. Eberhard Standl et al. Integration of recent evidence into management of patients with atherosclerotic cardiovascular disease and type 2 diabetes.
10. Lancet doi.org/10.1016/S2213.

Danni da Fumo

L'80% delle morti da COPD (broncopneumopatia cronica ostruttiva) è causato dal fumo di tabacco.

(Lyon J. National Plan for COPD care. JAMA 317, 2475, 2017)

I costi del tabacco

Il rapporto NCI – WHO del gennaio 2017 su “Economics of Tobacco and Tobacco Control” conferma l'altissimo costo umano ed economico dell'uso di tabacco nel mondo. Ogni anno muoiono prematuramente 6 milioni di persone e la società sostiene un costo di 1000 miliardi di US\$ in spese sanitarie e perdita di produttività. E' stato calcolato che ogni fumatore costa alla società circa € 2,5 al giorno, 46% di spese sanitarie e 54% in mancata produttività. Questa calamità deve cessare e l'obiettivo primo è di ridurre il consumo mondiale di tabacco del 25% per il 2025. Perché ciò accada, è necessario che i Governi mettano in atto alcune strategie, e in particolare:

1. alzare significativamente le accise sulle sigarette;
2. impiegare i proventi esclusivamente per la lotta al tabacco (controlli nei locali pubblici e luoghi di lavoro per l'osservanza ai divieti di fumo, sostegno ai centri anti-fumo, lotta alla dispersione dei mozziconi nell'ambiente);
3. estendere progressivamente il divieto di fumo e farlo rispettare, iniziando nelle aree scolastiche e sanitarie, nelle auto anche private, per continuare rivolgendosi ai luoghi assembrati anche all'aperto;
4. contrastare la pubblicità occulta delle sigarette (ad esempio i film e la circolazione dei marchi di sigarette attraverso altra merce);
5. sostenere i programmi e i centri di cessazione dal fumo;
6. promuovere sistematiche e ripetute campagne di comunicazione di massa contro il fumo, con particolare riguardo alla prevenzione dell'iniziazione al fumo di sigaretta e di sigarette elettroniche nei giovanissimi.

L'obiettivo è di liberare l'umanità dal tabacco e dai terribili danni che provoca alla salute e all'ambiente (con disboscamenti, uso di fertilizzanti e pesticidi chimici, contaminazione delle acque, dispersione di mozziconi e relative sostanze tossiche nell'ambiente) e dai relativi alti costi umani ed economici.

(The Lancet. Tobacco elimination: an economic and public health imperative. Lancet 389;225,2017)

Subire o reagire al tabacco

In molti Paesi, inclusa l’Italia, il consumo di prodotti del tabacco sembra in aumento nei giovanissimi e nelle donne, mentre si mantiene sostanzialmente stabile negli uomini adulti. Come è possibile che ciò accada malgrado quello che oggi sappiamo circa i danni umani, sociali, economici e ambientali che il consumo di tabacco provoca al Paese?

La cosa si spiega se si esaminano attentamente le strategie dei produttori di tabacco, e precisamente:

1. La continua e intensa azione di promozione più o meno occulta dei loro prodotti: il modello sociale che lega il fumo ad atteggiamenti di libertà e momenti di piacere o sollievo (vedi gli slogan del relax, della socializzazione, della spregiudicatezza, dell’affermazione della personalità, etc.; a ciò si aggiungano i film e le fiction dove i protagonisti fumano, ma anche i video divulgati in rete, come ad esempio Lost on You).
2. L’invenzione di nuovi ambiti di consumo (sigarette senza combustione per la riduzione del danno, legalizzazione di marijuana con tabacco) e la collaborazione con la Scienza e le Istituzioni per ridurre i danni del tabacco (sempre occultati!), con finanziamenti anche rilevanti.
3. L’azione di sostegno all’occupazione: l’Italia è il 2° produttore di tabacco in Europa con oltre 200.000 posti di lavoro e le Multinazionali sostengono ogni azione che la favoriscano. L’accordo del Ministero dell’Agricoltura per la cessione di tutto il tabacco italiano ad una Multinazionale (Ministri Alemanno e Martina) ne è la prova. Peraltra l’OMS ha recentemente segnalato che il tabacco nuoce anche a coloro che lavorano nelle coltivazioni, specie donne e bambini, in molti dei quali sono stati riscontrati segni di intossicazione da pesticidi e nicotina.
4. La sapiente difesa del loro business da parte delle Multinazionali (vedi il recente Trattato Transatlantico ancora in discussione, che propone il diritto dei produttori di impugnare, davanti ad un Tribunale internazionale, eventuali decisioni di uno Stato se ritenute lesive del loro business).

Tutto questo aumenta grandemente l’inerzia dello Stato nel contrasto al consumo di tabacco. Spinta promozionale e inerzia istituzionale sono quindi a mio avviso le cause principali dell’aumento del consumo di tabacco soprattutto nei giovani che rappresentano il miglior investimento per i produttori, in quanto assicurano loro una clientela assuefatta per anni. Alla luce di questa realtà divengono quindi utopiche le affermazioni di Health in All Policy (priorità dell’impatto sulla salute dei provvedimenti istituzionali) e di Tobacco Endgame (far scomparire l’uso del tabacco da una certa data in poi). Se si vuole davvero ridurre o contenere l’uso del tabacco, credo che si debba investire sulla consapevolezza dei cittadini e su iniziative della società civile, prima che sull’azione delle Istituzioni politiche. Compito certo arduo, a cui ognuno di noi è però chiamato a contribuire per dovere morale verso le generazioni future, in modo individuale (i non fumatori facciano sentire la loro voce in famiglia e fuori!) o collettivo (ad esempio nelle scuole, negli Ospedali, ma anche come ha fatto la Fondazione Il Sangue, producendo il film The Answer – La risposta sei Tu principalmente per le scuole, coinvolgendole grazie anche alla collaborazione di Regione Lombardia e all’Istituto Superiore di Sanità oltre a Consulta Nazionale sul Tabagismo, Agenzia Nazionale della Prevenzione e altre ancora).

Crediamo infatti che dobbiamo proprio concentrarci sui giovanissimi e i ragazzi della Scuola Primaria e Secondaria di 1° grado perché acquisiscano maggior consapevolezza sui danni che il tabacco e il suo consumo provocano alla salute, ma anche all’ambiente, ove le coltivazioni intensive e i mozziconi dispersi nell’ambiente (in Italia circa 50 miliardi l’anno) riversano veleni assai pericolosi che colpiscono il creato e quindi tutti noi. L’alternativa è subire questa situazione e pagare per i danni che gli interessi di pochi impongono alla salute pubblica e all’ambiente che ci circonda.

Riduzione del contenuto di nicotina nel tabacco

Negli USA l’FDA ha annunciato l’intenzione di limitare la quantità di nicotina presente nei prodotti del tabacco. Si stima che questo tipo di provvedimento possa determinare un significativo calo di fumatori. Tuttavia deve essere tenuto ben presente che due sono i provvedimenti indispensabili per contrastare il fumo:

- ① Emanare e far rispettare leggi e norme efficaci
- ② Prevenire l’iniziazione nei giovani (GBD 2015. Lancet online 5 aprile 2017).

(Lancet 390, 715, 2017)

Il fumo uccide

Il Global Burden of Disease Study 2015, analizzando i dati di 195 Nazioni, ha rilevato che il fumo di tabacco è responsabile dell’11,5% di tutte le morti al mondo.

Tabacco e Alcool

Il consumo di tabacco e di alcool è legato a 3 fattori: il prezzo (che determina la possibilità di acquistarlo: affordability), la facilità di acquisto (disponibilità: availability) e le norme sociali (acceptability), ossia il fatto che il loro consumo sia comune a molti e venga associato a momenti e aspetti positivi della vita1. I produttori utilizzano molto bene questi motori di vendita, nascondendo i pericoli del loro consumo e promuovendoli con una pubblicità intensiva che sottolinea modelli sociali di piacere e benessere. La forza politica dei produttori e le entrate dalle accise per lo Stato, inoltre, sono tali da neutralizzare in grande misura ogni azione istituzionale di contrasto. I costi sanitari e sociali (perdita di giornate lavorative) per i consumi di tabacco e alcool sono così molto elevati. Essi provocano rispettivamente 80.000 e 40.000 morti premature l’anno.

Burton R. A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective. Lancet online (Dec 2, 2016).

L'alcol è tossico e cancerogeno

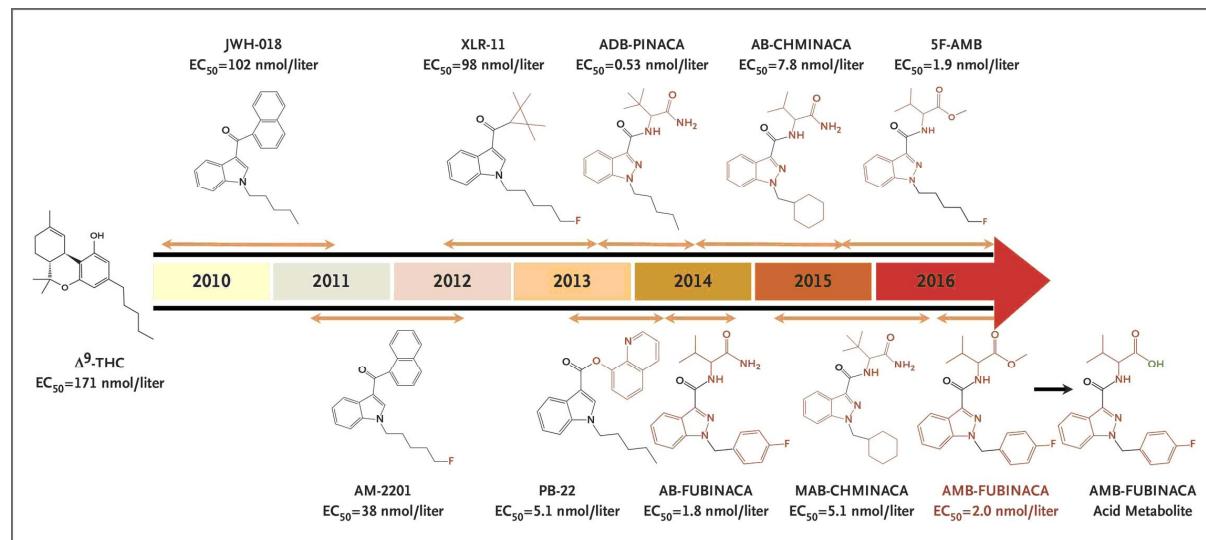
Il Global Burden of Disease Study 2016 ha classificato l'alcol al 7° posto come causa di anni perduti per disabilità o morte. L'alcol in particolare è cancerogeno negli umani, con predilezione per il tratto gastroenterico. Dato che quasi 2 miliardi di persone al mondo bevono alcolici regolarmente, i danni che esso provoca sono enormi e i guasti sono particolarmente evidenti nel Regno Unito. Tuttavia ogni regolazione del mercato è stata finora ferocemente contrastata sia politicamente sia commercialmente. Solo la piena partecipazione dei medici a rilevare l'uso di alcolici e a sconsigliarlo può avere un reale peso nel ridurre i danni indotti da questa sostanza alla salute pubblica.

(Editorial. *Alcohol and cancer. Lancet* 390, 2215, 2017)

La droga che genera Zombie

Il cannabinoide sintetico AMB – Fubinaca o FUB – AMB è recentemente apparso sul mercato delle sostanze psicoattive illegali.

Gli intossicati assumono un aspetto descritto come Zombie perché la droga ha un potente effetto depressivo sul sistema nervoso centrale. Si tratta di una sostanza assai pericolosa che si aggiunge alle altre simili già in uso, specie nei giovani (Figura), con gravi rischi per la loro salute fisica e mentale.



(Adams AJ, et al. *Zombie outbreak caused by the synthetic cannabinoid AMB – Fubinaca in New York. NEJM* 376, 235 – 42, 2017)

I cannabinoidi sintetici

Si tratta di composti chimici psicoattivi che nulla hanno a che fare con l'acido tetraidrocannabinolo della cannabis. Essi vengono sintetizzati in laboratorio e spruzzati su vari vegetali che poi vengono fumati. Essi agiscono sui recettori dei cannabinoidi CB1 e CB2, sono molto potenti e molto tossici. Purtroppo l'uso di queste cosiddette "spezie", pur essendo illegale, è molto diffuso in Europa e negli USA; inoltre ne esistono molti tipi e non vengono rinvenuti nelle urine. Anche la loro tossicologia è in gran parte poco nota. Si tratta di un problema di grande rilevanza, sia perché queste sostanze sono pericolose per la salute, sia perché sono nelle mani della criminalità.

(Kalk NJ et al. The challenge of synthetic cannabinoids. BMJ 2016; 355:i5639)

Proprietà del Movimento Fisico sulla Mente

L'esercizio fisico combinato di esercizio aerobico e di resistenza (pesi) aumenta in modo considerevole le capacità mentali degli ultracinquantenni. L'aerobico potenzia le capacità cognitive, i pesi la memoria.

(Exercise boosts brain power in over 50s. BMJ 2017; 357:j2018)

I bambini italiani sono troppo sedentari

Solo il 9,5% dei bambini e dei ragazzi italiani effettua almeno 1 ora al giorno di attività fisica moderata come raccomandato dal World Health Organization per assicurare una buona fitness cardiorespiratoria.

Insieme al Portogallo e alla Grecia l'Italia si colloca ai più bassi livelli europei.

I rischi per la salute dei nostri giovani sono molto consistenti e dovrebbero richiamare l'attenzione delle nostre istituzioni, a cominciare dalla scuola che potrebbe avere un ruolo primario nella riduzione della sedentarietà.

(Santos – Lozano A et al. – Born to run: our future depends on it. Lancet 390, 635-36, 2017)

L'obesità costa

In Gran Bretagna è stato rilevato, analizzando i ricoveri ospedalieri di un milione di donne di 50-64 anni, che per ogni 2 kg/m² di aumento della massa corporea si assisteva ad un aumento del costo ospedaliero annuale del 7,4%.

(BMJ 2017;357:j1800)

I costi della sedentarietà

In Gran Bretagna è stato calcolato che la sedentarietà con le sue conseguenze è responsabile di 1 morte prematura su 6 e costa ogni anno £0,9 miliardi al Servizio Sanitario.

(*BMJ* 2017;358:j4017)

Fattori di rischio nei gemelli omozigoti

Confrontando tra loro i gemelli omozigoti (che hanno identico corredo genetico) è possibile capire quale sia l'influenza di fattori non genetici (cosiddetti ambientali) sulla comparsa di alcune patologie. In tal modo è stato determinato che il rischio di accidenti cardiovascolari è quasi il triplo nei fumatori di sigarette rispetto ai non fumatori ed è più elevato anche nelle persone con elevati tassi di LDL-Colesterolo. Non è chiaro se anche l'obesità si associa a tale patologia, mentre essa si associa chiaramente alla comparsa di diabete di tipo 2. Per quanto riguarda il rischio di accidenti cardiovascolari, quindi, va fatto ogni sforzo per correggere sia i determinanti genetici (ipertensione, dislipidemie) che ambientali (fumo di sigaretta, diabete, obesità).

(*Davidson DJ, Davidson MH. Using discordance in monozygote twins to understand causality of cardiovascular disease risk factors. JAMA Intern Med* 176, 1530, 2016)

L'influenza del padre sulla prole

Vi è oggi evidenza che alcuni stili di vita ed esposizioni ambientali dell'uomo possono influenzare lo sviluppo e la salute dei suoi futuri figli. Gli spermatozoi sembrano possedere memoria di queste sue esperienze sotto forma di modificazioni del suo epigenoma, ossia di quell'assetto molecolare che regola aumentandola o diminuendola la espressione dei geni. Alcune di queste epimutazioni poi sono ereditabili e sono costituite da cambiamenti nella metilazione del DNA, modificazioni di proteine degli istorini (che regolano la condensazione del DNA) e degli RNA non codificanti come i microRNA (che hanno il compito di silenziare alcuni geni). Sembra che queste epimutazioni siano coinvolte nei meccanismi con cui agiscono sulla salute della prole fattori come l'età, peso, dieta, dipendenze da fumo e alcol e quindi sulle malattie da questi indotte. Se queste informazioni verranno confermate si potrà concludere che anche i comportamenti del padre e non solo quelli materni possono influenzare la salute della prole.

(*Abbasi J. The paternal epigenome makes its mark. JAMA* 317, 3049-51, 2017)

Invecchiamento

Non discriminare gli anziani in tema di salute

Nel marzo 2016 l'Assemblea Generale dell'ONU ha approvato l'agenda per lo sviluppo globale dei prossimi 15 anni. Uno degli obiettivi è arrivare nel 2030 a ridurre di un terzo la mortalità prematura dovuta alle malattie non contagiose mediante prevenzione e trattamento (per mortalità prematura si intende la morte che occorre prima dei 70 anni).

Questo obiettivo è ottimo ad una condizione: che esso non comporti da parte delle Istituzioni di salute pubblica il peggioramento dell'attenzione dovuta agli anziani e che è già notevolmente bassa, tanto da configurare una vera e propria discriminazione nella sanità. La causa risiede nel fatto che il valore umano ed economico degli anziani viene considerato minore di quello della rimanente società, mentre il loro costo sanitario è più elevato. Se si aggiunge che il loro numero è in aumento si può capire la necessità di ripensare la sanità, ma non certo accettare la discriminazione. Anche per quanto riguarda le misure per la modifica degli stili di vita non salutari, ad esempio, il WHO nel suo Action Plan 2008 – 13 for Prevention and Control of Non Communicable Diseases (NCDS) non fa cenno agli anziani, malgrado sia ben noto che molte delle malattie croniche dell'età avanzata possono beneficiare di un programma di miglioramento degli stili di vita. Il rischio è che il programma dell'ONU riduca ulteriormente le già scarse risorse utilizzate per la prevenzione e il trattamento degli anziani, peggiorando ulteriormente l'esistente discriminazione verso la fascia di persone che hanno più di 70 anni.

E' quindi necessario che i decisori in sanità stiano molto attenti a bilanciare con equità i provvedimenti di prevenzione, cura e riabilitazione di tutti i cittadini, qualunque sia la loro età.

(Lloyd – Sherlock PG et al. Institutional ageism in global health policy. BMJ 2016, 354:i4514)

L'invecchiamento nei Paesi industrializzati

E' probabile che nel futuro prossimo dei Paesi avanzati l'aspettativa di vita continui a crescere (e la mortalità a diminuire), così da raggiungere e superare i 90 anni nel 2030. Ciò implica che i Governi debbano prepararsi con azioni adeguate al fine di assicurare i relativi servizi socio-sanitari e le pensioni¹.

In Italia la denatalità, la lenta ripresa economica e le disparità socio-territoriali rendono urgente, per quanto riguarda la sanità, investire sugli strumenti che possano prevenire le malattie croniche e i relativi costi (inclusa la medicina di iniziativa, vedi blog www.girolamosirchia.org) ponendo un freno alla diffusione di cure non costo-efficaci, che consumano il 25%-30% della spesa sanitaria². A questo fine è anche necessario che i cittadini vengano meglio edotti e più responsabilizzati sui vantaggi di tutelare e promuovere la loro salute con stili di vita salutari.

Il Global Action Plan 2013-20 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha identificato 7 fattori di rischio maggiori per la salute (eccesso di alcool, insufficiente attività fisica, fumo di tabacco, ipertensione arteriosa, diabete, obesità, eccessivo uso di sale), cui va aggiunto il basso status socio-economico (misurato dall'occupazione più recente ed eventualmente corredato dal reddito e dal livello scolastico) che è notoriamente correlato alla morbilità e alla mortalità precoce³. Tutti questi fattori di rischio sono modificabili con adatti provvedimenti (Tabella4).

Panel: Evidence-based strategies to minimise the impact of social hierarchy on health

<p>Invest in children</p> <ul style="list-style-type: none"> • Early childhood development enrichment programmes • Intensive parent support (home visiting) programmes • Enrolment of all children in early childhood education <p>Get the welfare mix right</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regulate markets as necessary • Implement income transfer policies that redistribute resources (ie, progressive tax and benefit regimes) • Optimise balance between targeted and universal social protection policies through benefit design that minimises both undercoverage and leakage • Eliminate child poverty through monetary and non-monetary support for families with dependent children <p>Provide a safety net</p> <ul style="list-style-type: none"> • Provide income support or tax credits • Provide social housing • Subsidise childcare • Provide free access to health care (especially preventive services) <p>Implement active labour market policies</p> <ul style="list-style-type: none"> • Provide job enrichment programmes • Democratise the workplace (involve employees in decision making) • Provide career development and on-the-job training • Provide fair financial compensation and intrinsic rewards • Promote job security • Discourage casualisation of the workforce 	<p>Strengthen local communities</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foster regional economic development • Promote community development and empowerment • Encourage civic participation • Create mixed communities with health-enhancing facilities <p>Provide wrap-around services for the multiply disadvantaged</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinate services across government and NGOs • Provide intensive case management when necessary • Foster engagement of the targeted families and individuals <p>Promote healthy lifestyles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strengthen tobacco control and addiction services • Improve the diet of poor families (eg, through subsidising fruit and vegetables, community gardens, purchasing co-ops, school meals) • Provide green space and subsidised sport and recreation facilities <p>Ensure universal access to high quality primary health care</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subsidise practices serving high need populations • Provide additional nursing and social worker support for practices in disadvantaged areas • Assist patients with clinic transport and childcare • Provide services free at point of use • Provide conditional cash transfers (to increase demand for clinical preventive services) <p>Strategies are collated from multiple sources. ↗</p>
---	---

1. Kontis V. et al. Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble. *Lancet online* (Febr 21, 2017).
2. Brownlee S et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet online* (Jan 8, 2017).
3. Stringhini S et al. Socioeconomic status and the 25×25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet online* (Jan 31, 2017).
4. Tobias M. Social rank: a risk factor whose time has come? *Lancet online* (Jan 31, 2017)

L'attesa di vita aumenta

L'aspettativa di vita della nostra popolazione è in aumento, e la nazione deve attrezzarsi per soddisfare le esigenze di una popolazione che nel 2030 potrà raggiungere età molto avanzate. La base di queste politiche deve essere costituita da servizi sanitari equi ed efficaci con libero accesso a prevenzione e cura di qualità, e da azioni che riducano significativamente l'uso del tabacco e degli alcolici. Sarà necessaria una vera integrazione di questi servizi e si dovrà ripensare il sistema pensionistico capace di finanziarli (anche allungando l'età lavorativa e graduando il passaggio dalla vita attiva alla pensione) e le strategie atte a prevenire i danni dell'invecchiamento e a fornire un contesto sociale, sanitario e ambientale soddisfacente ed efficiente.

(Kontis V. et al. *Lancet* 389, 1323-35, 2017)

Come evidenziare gli anziani depressi

Bastano 2 domande: nel mese passato

1. Si è sentito molto giù?
2. Ha notato poco interesse o piacere di fare le cose?

La sensibilità del test è 91.8% con una specificità del 67.7% per la diagnosi di depressione nei soggetti di 60 – 87 anni.

(Mayor S. Asking older people two simple questions accurately detects depression risk, study finds. *BMJ* 2017; 356 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j874>)

Limitare i danni dell'invecchiamento

Le malattie cardiovascolari rappresentano il 10% del carico di disabilità mondiale e 1/3 di tutte le morti. Esse sono dovute all'aterosclerosi, che è un fenomeno legato all'invecchiamento, ma la cui gravità dipende dagli stili di vita e, in particolare, dall'alimentazione eccessiva e scorretta e dalla sedentarietà, che a loro volta causano alti livelli di colesterolo LDL e trigliceridi, obesità, diabete e ipertensione arteriosa e cioè i fattori di rischio modificabili di malattia cardiovascolare. Su questi bisogna agire per contenere i danni dell'invecchiamento e la formula è Mangiare poco e muoversi molto (e ovviamente non fumare).

(Koopman JJE, Kuipers RS. From arterial aging to cardiovascular disease. *Lancet* on line 389, 1676-78, 2017)

Cardiovascolare, ipertensione e diabete

Le malattie cardiovascolari

Negli USA la mortalità per malattie cardiovascolari varia molto da Stato a Stato, e una analoga variabilità mostrano l'ipertensione e i determinanti sociali di quelle popolazioni (educazione, occupazione, stili di vita come fumo, peso corporeo, attività fisica, alcolismo, inquinamento ambientale, ecc.). Sembra quindi che questi ultimi influiscano sulle malattie cardiovascolari e relativa mortalità, e diviene importante intervenire per migliorarli sia con le cure che con la prevenzione primaria e secondaria. Mantenere la salute cardiovascolare deve essere un obiettivo strategico per tutte le età della vita fin dalla prima infanzia. Oggi esistono i mezzi tecnici per prevenire e curare e non è tollerabile che essi non vengano usati per togliere alle malattie cardiovascolari il loro triste primato di prima causa di morte.

*(Mensah GA et al. *Cardiovascular mortality differences. Place matters*. JAMA 317, 1955-57, 2017)*

Nuove armi contro gli accidenti cardio – cerebrovascolari

Quando un'arteria si infiamma, il grasso che le sta intorno diventa meno denso e questo cambiamento si può vedere e misurare con un'angiotomografia computerizzata che misura un Indice di Attenuazione del grasso perivascolare (FAI) con tecnica non invasiva.

Questa nuova tecnica è importante perché il fenomeno di attenuazione del grasso si associa alla formazione delle placche arteriose e alla loro destabilizzazione che sono causa di accidenti cardio – cerebrovascolari. E' proprio questo fenomeno di modificazione biologica della placca più che il restringimento del vaso che oggi si teme maggiormente.

Le placche che diventano instabili a causa dell'infiammazione arteriosa mandano segnali al grasso che circonda l'arteria, che modifica la sua composizione. Tale modificazione diviene visibile e misurabile ma anche curabile con nuovi farmaci come il nuovo anti-infiammatorio canakinumab o come il potente anti LDL-C PCSK9.

La ricerca medica continua a lavorare per il bene dell'umanità.

*(Abbasi J. *Could a New Method to Detect Coronary Inflammation Prevent Heart Attacks?* JAMA 318, 1527 – 28, 2017)*

Agire o perire

Il lavoro muscolare aerobico, quello di resistenza e la perdita di peso sono 3 fattori tutti indispensabili per correggere i difetti metabolici del diabete di tipo 2.

I 3 fattori isolatamente non sono sufficienti oppure (come nel caso del dimagrimento solo) possono avere conseguenze negative.

I soggetti con diabete di tipo 2 devono capire che solo con questa tripletta possono prevenire o ritardare le complicanze che si associano a ipertensione arteriosa, dislipidemia e iperglicemia.

1. Villareal DT et al. Aerobic or resistance exercise or both in dieting obese older adults

New Engl J Med 376, 1943-55, 2017.

2. Villareal DT. Exercise type in dieting obese older adults.

New Engl J Med 377, 599-600, 2017.

Il diabete nei giovani

L'incidenza del diabete (sia di tipo 1 che di tipo 2) è in aumento nei giovani. La causa principale è l'invecchiamento della popolazione, ma anche l'obesità gioca un ruolo non secondario: tra il 2002 e il 2012 negli USA l'incremento è stato rispettivamente dell'1,8% e 4,8% per anno. L'impatto sulla salute pubblica e sulla spesa è quindi molto elevato in quanto aumentano gli anni vissuti con disabilità (aumentati del 32,5%). E' necessario trovare al più presto come porre un freno a questo fenomeno prevenendone la comparsa clinica e cercando di capirne meglio le cause.

(Ingelfinger JR, Jarcho JA. Increase in the incidence of diabetes and its implications. New Engl J Med 376, 1473-74, 2017)

Predisposizione genetica alla malattia coronarica e stili di vita

Il rischio di malattia coronarica è per il 50% genetico e per il restante 50% è legato a stili di vita non salutari (fumo, obesità, inattività muscolare, dieta inadeguata). Se gli stili di vita sono salutari, il rischio di malattia coronarica si riduce del 50%.

(Khera AV et al. Genetic risk, adherence to healthy life style and coronary disease. N Engl J Med 375, 2349-58, 2016)

Tumori

Per i 20 anni di AIMaC (Associazione Italiana Malati di Cancro)

Ringrazio tutti Voi di AIMaC, e in particolare, il Professor Francesco De Lorenzo, per avermi invitato a questo Vostro importante compleanno, che dà a tutti noi la possibilità di apprezzare quanto avete fatto e ottenuto per i malati di tumore sia sul piano pratico che su quello scientifico e culturale. Ma questa occasione si presta anche a qualche riflessione sul nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che ha finora dato prestazioni soddisfacenti ma che deve oggi subire qualche modifica per far fronte a nuove sfide. E' necessario cambiare alcune cose se si vuole migliorare, giacché – citando Winston Churchill – anche se non tutti i cambiamenti generano miglioramenti, non può esistere miglioramento senza cambiamento. E' la mutata realtà epidemiologica e tecnologica che ci impongono di farvi fronte con opportuni aggiornamenti e cambiamenti. In primo luogo dobbiamo affrontare seriamente il tema della centralità del paziente nel sistema, una bandiera sventolata da tutti, ma mai piantata fermamente nel terreno, un'araba fenice – parafrasando il Metastasio – che ci voglia ciascun lo dice, dove sia, nessun lo sa. Sono proprio i pazienti cronici (ossia quelli che utilizzano circa 2/3 dei servizi sanitari) che insistentemente chiedono di poter avere uno o più medici e una o più strutture di riferimento, con i quali interagire in modo continuativo; vogliono che i medici siano disponibili e che dedichino tempo ad ascoltarli, a consigliarli, a guidarli nel non facile percorso attraverso il Servizio sanitario, in una parola a prenderli in carico, come persone prima che come pazienti. Il SSN deve essere ripensato partendo dalle necessità del malato prima che degli altri pur legittimi interessi. Il ragionamento sembra ovvio; ma perché allora non si traduce in realtà? La risposta è semplice: perché il paziente ha una capacità contrattuale inferiore a quella di altri interessi e di altri stakeholders. L'azione che ne consegue è un vettore che scaturisce da posizioni talora contrastanti e che non va nella direzione voluta dal paziente, ma dagli interessi più organizzati e rappresentati sia in termini sindacali che economici. Come è possibile dunque che così tanti malati e le loro Associazioni non riescano ad imporre la loro voce ai decisori politici?

In sintesi io credo che le pur benemerite Associazioni di Malati hanno il difetto di non sapersi integrare tra loro, di lavorare insieme, di rinunziare a qualche personalismo per federarsi ed acquisire un potere contrattuale forte come meriterebbero per la nobiltà dei loro scopi e del loro impegno. E' un'esperienza che ho anche vissuto personalmente quando con l'ematologo professor Franco Mandelli tentammo di federare le Società Medico Scientifiche italiane che, come altre Associazioni – pur essendo importanti e numerose – non riescono ad avere voce in capitolo e a diventare interlocutori autorevoli dei decisori politici; così migliaia di eccellenti specialisti medici italiani, nerbo della nostra medicina, non sono tenuti in debito conto.

Il Presidente De Lorenzo ha vissuto analoghe esperienze e continua a lavorare per superare questo handicap letale; sta cercando di far capire che solo l'unità di azione delle Associazioni di Malati può davvero migliorare il SSN e orientarlo al paziente prima che ad altri componenti. Una "spinta gentile" del Governo in tale direzione, cioè uno o più provvedimenti facilitatori, potrebbe essere determinante per cambiare le cose e dare alle Associazioni di Malati un ruolo più incisivo. Anche in questo caso, tuttavia, sono le Associazioni stesse che devono stimolare il potere ad agire e che devono suggerire il testo dei provvedimenti, cosa peraltro ben nota al Presidente De Lorenzo che è stato Ministro della Sanità. Credo in particolare che le Associazioni di Malati e le loro federazioni debbano entrare a far parte attiva delle Reti Specialistiche di Servizi Sanitari e di Ricerca Clinica che sempre più costituiscono uno strumento chiave per il progresso della medicina (vedi oltre). Se AIMaC riuscirà in questo intento avrà davvero contribuito a imprimere una svolta epocale alla Sanità italiana e a dare al nostro Servizio sanitario il volto umano che tutti desideriamo.

Reti Specialistiche di Servizi Sanitari e di Ricerca Clinica

Le Reti specialistiche (Alleanza contro il Cancro, Rete cardiovascolare, Trapianti (Nord Italian Transplant o NITp) nascono intorno ad un HUB (gli IRCCS) che aggregano altre strutture della stessa o affine specialità (SPOKE) (Ospedali, Ambulatori, Servizi territoriali) ed eventualmente altre realtà come le Associazioni di pazienti. Molte altre reti sono possibili. Ad esempio nel 1991 è stata da noi costituita una rete di ricerca tra scienziati che operano nell'Accademia e scienziati che operano nell'industria dei diagnostici e dei dispositivi trasfusionali, denominata Best. All'interno della Rete (retta da uno Statuto /Regolamento e da un Consiglio Direttivo) si formano altri sottogruppi ultraspecialistici (tumori ginecologici, polmone, seno ecc).

Vantaggi delle Reti

1. Grandi casistiche per ogni specialità (ai fini della ricerca clinica), incluse le biobanche per stoccaggio materiali;
2. Pubblicazioni e Linee Guida o di Consenso
3. Ritorno alla conoscenza all'interno della rete e all'esterno della rete
4. Dissemination (Informazione) e Implementation Science(1,2) per trasferire la conoscenza e traslare l'innovazione dal "laboratorio alla clinica"
5. Second opinion (anche con telemedicina)
6. Lavoro di squadra multidisciplinare e multiprofessionale
7. Collaborazioni internazionali (vedi accordo Italia – USA per la ricerca oncologica)
8. Collaborazione con le Associazioni di pazienti e loro Federazione o loro Sindacati Unitari

Il punto 4 è molto importante per la ricaduta sia sulle informazioni rivolte sia al grande pubblico e ai malati, sia ai medici. Chi informa nasce nella rete e qui diviene esperto della disciplina. Così si forma un comunicatore scientifico, che non può essere un qualunque giornalista ma un professionista che è parte della rete e vi lavora. In tal modo si riducono i rischi di false credenze (vedi Stamina) e si da ai malati un indirizzo su come e dove rivolgersi. Questi informatori dovrebbero far capo alla Direzione della Comunicazione del Ministero della Salute che quotidianamente dovrebbero informare il pubblico circa le innovazioni e i servizi sanitari con strumenti di massa e di settore. Il trasferimento dell'innovazione costo – efficace implica un forte collegamento con strutture HTA (Health Technology Assessment), e per quelle riconosciute costo – efficaci l'implementazione deve avvenire in modo scientifico, perché ogni ritardo provoca sofferenza per i pazienti e sprechi per la società.

Bibliografia

Eccles PM, Mittman BS. Welcome to Implementation Science. Implementation Science 2006, 1:1; doi: 10.1186/1748-5908-1-1.

Bauer MS et al. An Introduction to implementation science for the non-specialist. BMC Psychology (2015) 3:32; doi: 10.1186/s40359-015-0089-9.

Allegato



SCHOOL OF MEDICINE
Center for Research in Implementation
Science and Prevention (CRISP)
UNIVERSITY OF COLORADO ANSCHUTZ MEDICAL CAMPUS

Dissemination and Implementation Science

We've Moved! CLICK HERE to go to our current Dissemination & Implementation homepage

<http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/medicalschool/programs/ACCORDS/sharedresources/Dandi/Pages/Dissemination%20and%20Implementation.aspx>

Implementation science is the study of methods that influence the integration of evidence-based interventions into practice settings. Dissemination is the process of spreading knowledge and information to these settings.

Key Points

- Implementation science seeks to understand the **barriers and facilitators** that influence successful implementation of effective interventions. How an intervention is implemented can impact the outcomes in ways the researcher never intended.
- **Translating research into practice** is a complex process that involves: disseminating the information to clinicians, clinicians adopting the program and successfully implementing it into their setting, and the sustainability of the intervention.
- Implementation science enhances the extent to which intervention research is **generalizable, representative, and comprehensive** in order to increase public health impact.
- To address complex health issues, researchers, clinicians and communities need to work together and share their knowledge and expertise to **increase the number of evidence-based interventions that are implemented** in real-world practices.
- We need more creative and rigorous **dissemination efforts**, beyond journal publications and meeting presentations, to increase the number of evidence-based interventions that are implemented in real-world practices.

Why is the study of dissemination and implementation important?

- It takes an average of 17 years for 14% of research to translate into practice.¹ People may thus experience a significant delay in, or never be offered, interventions that have been proven to improve health.
- To inform design of evidence-based interventions that can be successfully applied in real-world settings, improving health.
- Increasing the number of interventions that translate into practice can have a direct and positive impact on the public's health by increasing access to approaches that have been demonstrated to improve health in diverse populations.

Possiamo prevenire il cancro?

Gli errori nella duplicazione del DNA sono causa dell'insorgenza dei tumori nei 2/3 dei casi e non sono per ora prevenibili. Ma il restante terzo è prevenibile modificando la dieta, l'ambiente e gli stili di vita. Ad esempio solo il 10% dei soggetti con tumore polmonare è non fumatore: nel 90% dei casi il tumore si sviluppa nei fumatori¹. Anche l'obesità è causa di alcuni tumori, specie quelli femminili².

(1) Hawkes N. *BMJ* 2017;357:j2084

(2) *Lancet* 390, 1716, 2017

Il cancro si può prevenire

Oggi disponiamo di validi strumenti per prevenire i cancro: non fumare, fare attività fisica e mantenere un normale peso corporeo, vaccinare i ragazzi contro il papilloma virus umano (HPV) e i virus dell'epatite (HBV), sottoporsi agli screening raccomandati sono modi di dimostrata efficacia.

- Smettere di fumare entro i 50 anni riduce del 62% la mortalità per cancro polmonare.
- Lo screening per il cancro della cervice uterina riduce la mortalità di questo tumore del 95% e la vaccinazione anti-HPV dei ragazzi di 12 anni porta a zero questa mortalità.
- La vaccinazione contro il virus dell'epatite B riduce del 90% la mortalità dovuta a tumore del fegato.
- Lo screening per il virus dell'epatite C e il relativo trattamento riducono del 50% la mortalità delle persone infettate.
- Purtroppo la nostra società non investe a sufficienza nella prevenzione e continua a registrare un inaccettabile tasso di morti premature prevenibili. Il prototipo è la tolleranza verso il fumo di tabacco, che è forse la prima causa di queste morti e una pratica che è causa di sofferenza umana ed economica molto rilevante: per ogni US\$ investito nel contrasto al consumo di tabacco il ritorno è di US\$ 2,12.

Alla luce delle grandi opportunità che abbiamo di prevenire il cancro non dobbiamo cessare di far conoscere alla popolazione questi dati e di coinvolgere tutte le Istituzioni pubbliche e private (prime di tutte la scuola e i media) nella implementazione delle misure individuali e collettive che possono far crescere nel Paese le iniziative di tutela della salute.

(Emmons KM, Colditz GA. Realizing the potential of cancer prevention. The role of implementation science. *New Engl J Med* 376, 986-89, 2017)

Valore Sanitario del Contrast al Fumo

In USA la percentuale di morti da cancro conseguente al fumo di tabacco varia da Stato a Stato in rapporto ai provvedimenti e alle norme che i singoli Stati hanno applicato nella lotta di contrasto al tabacco. La frazione di mortalità da cancro legata al fumo di sigaretta varia tra il 25 e il 32%, a seconda dello Stato.

Table. State Tobacco Control Policies^a by Level of Smoking-Attributable Cancer Mortality

Smoking-Attributable Cancer Mortality ^b	Mean Proportion of Smoking-Attributable Cancer Mortality, % ^b	Mean State Cigarette Excise Tax, 2016, \$	No. (%)	State Has Preemption for Smoke-Free Air, Tobacco Advertising, or Youth Access, 2016	Mean Tobacco Control Expenditures, 2016, \$ Millions (% of CDC-Recommended Level) ²
Highest 10 states ^c	32.16	0.97	0 (0)	6 (60)	7.32 (23.4)
Middle 31 ^d	28.61	1.74	20 (65)	21 (68)	7.31 (18.9)
Lowest 10 states ^e	25.42	1.91	8 (80)	2 (20)	16.5 (33.1)

Abbreviation: CDC, Centers for Disease Control and Prevention.

^a Source: State Tobacco Activities Tracking and Evaluation (STATE) system (<http://www.cdc.gov/STATESystem/>).

^b Categories were defined by smoking-attributable mortality for both sexes.¹

^c Highest 10 states are Kentucky, Arkansas, Tennessee, West Virginia, Louisiana,

Alaska, Missouri, Alabama, Oklahoma, and Nevada.

^d Includes District of Columbia.

^e Lowest 10 states are Utah, California, Colorado, Hawaii, New York, Idaho, Minnesota, New Jersey, Texas, and North Dakota.

(Ribisl KM et al. The case for a concerted push to reduce place – based disparities in smoking – related cancers. *JAMA Intern Med* 176, 1799 – 1800, 2016)

Farmaci, vaccini e altre terapie

Usare solo i farmaci utili

Non tutti i farmaci hanno lo stesso valore clinico. Alcuni hanno “scarso valore”.

Il Servizio Sanitario Nazionale inglese ha deciso di pubblicare un elenco di questi ultimi per aiutare medici (e pazienti) ad assumere farmaci con maggiore oculatezza.

(BMJ 2017; 356 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j1613> – NHS will publish national list of “low value” drugs to curb GPs’ prescribing costs)

Le statine sono un ottimo farmaco

Oggi alla luce della grande mole di studi e di dati disponibili si può ritenere per certo che:

1. le statine riducono il rischio cardiovascolare (infarto miocardico, ictus) in misura proporzionale all’entità di tale rischio (più alto il rischio, più efficaci sono le statine);
2. gli eventi avversi da statine sono generalmente brevi e reversibili;
3. l’azione benefica delle statine si esercita in modo non del tutto conosciuto e forse legata, ma solo in parte, alla diminuzione del tasso ematico di LDL-colesterolo (LDL-C). Infatti altri farmaci che abbassano il tasso di LDL-C non sembrano influire sul rischio cardiovascolare e, di converso, il farmaco che oggi meglio sembra proteggere da tale rischio, l’empaglifozina (un inibitore dei trasportatori sodio-glucosio), non agisce attraverso una diminuzione dell’LDL-C ematico.

(Lehman R. Where next with statins?. BMJ Blog, September 17, 2016)

Ambiente

Il diesel è sporco

I motori diesel sono pericolosi inquinanti dell'aria nelle città. Essi producono un'elevata quantità di biossido di azoto (NO₂) e polveri sottili (PM <2,5 μm), superando i limiti imposti dalla Direttiva UE 2008 sulla qualità dell'aria. L'inquinamento dell'aria è la seconda principale causa di morte prematura e di morbilità dopo il fumo di tabacco (che è circa il doppio), e include ictus, coronaropatie, malattie respiratorie (incluso il cancro), diabete e demenza. Quest'ultima e altre alterazioni neuropsicologiche sono dovute agli idrocarburi aromatici policiclici (presenti nello scarico del diesel), e sembrano alla base dell'epidemia di problemi mentali dei bambini: il benzopirene inoltre è un potente cancerogeno. L'aver consentito ai produttori di auto di continuare a produrre motorizzazioni diesel a danno della salute pubblica europea è scandaloso ed è un esempio purtroppo frequente di colpevole condotta dei Governi*. E' urgente scoraggiare in tutti i modi l'uso dei diesel nelle città.

Russel-Jones R. Dirty Diesel. BMJ 2016;355:i6726.

* *vedi anche Ireland R (BMJ 2017;356:i6833) che scrive: Apparently the manufacturer's voice counts more than those of directors of public health.*

Il Verde in Città per la Salute

Con poche eccezioni le nostre città hanno lasciato ben pochi spazi urbani dedicati al verde pubblico. Purtroppo gli interessi dell'edilizia hanno prevalso largamente. Ancora recentemente Milano ha ritenuto di non dedicare a verde alcune aree urbane che si erano liberate intorno all'anno 2000 (Portello, Fiera MilanoCity, Stazione di Porta Vittoria, Area Ex Varesine e Area Ex Innocenti), ma ha consentito che venissero intensamente edificate. Ancora una volta gli interessi prevalgono sulla salute pubblica, anche se sappiamo che il verde nelle città riduce la morbilità e mortalità cardiovascolare, migliora la salute mentale e le funzioni cognitive, migliora la salute dei neonati e migliora anche l'attrattività e quindi la competitività della città. A Barcellona è stato valutato che l'aumento degli spazi verdi ha consentito di prevenire 100 morti premature l'anno e di migliorare le funzioni cognitive dei bambini.

(Nieuwenhuijsen M, Kheire H. Green space is important for health. Lancet 389, 700, 2017)

L'inquinamento dell'aria va ridotto

Il traffico veicolare è responsabile di circa 2/3 della contaminazione dell'aria nelle città, cui contribuisce con pericolose polveri sottili derivanti dallo scarico dei motori e dal consumo dei pneumatici. Questo inquinamento si stima provochi in Gran Bretagna 25.000 morti/anno, e rende urgente un piano di miglioramento che deve comprendere idealmente il divieto di circolazione di tutti i mezzi a motore a scoppio nelle aree centrali e la tassa d'ingresso in tutta la zona rimanente (almeno quella semicentrale), la creazione di parchi e anche di piccole zone verdi dentro la città, incentivi per i mezzi a motore elettrico e per le biciclette.

Ovviamente ogni città potrà realizzare questi provvedimenti in tempi variabili e spesso non brevi, ma è indispensabile un cronoprogramma vincolante che si completi entro 5-10 anni.

(Torjesen I. Action urged on traffic emissions. BMJ 2016; 335:i6453)

I cambiamenti climatici e la contaminazione dell'aria stentano a migliorare: il pericolo è serio

Se vogliamo evitare disastrose conseguenze nel prossimo futuro dobbiamo ridurre contemporaneamente le emissioni di CO₂ (responsabili dei cambiamenti climatici) e la contaminazione dell'aria da polveri sottili (responsabile di seri danni alla salute). Quest'ultimo obiettivo implica di ridurre drasticamente la combustione di materiali fossili e liberare la città dal traffico automobilistico, specie quello dotato di motori diesel. La strada principale è quella di aumentare le aree verdi e quelle proibite al traffico veicolare dentro la città. Per fare questo bisogna che la salute pubblica diventi un obiettivo principe per tutte le Amministrazioni Comunali. Il tempo a nostra disposizione è ancora molto poco. La società civile deve imporre queste scelte che finora hanno soggiaciuto a interessi economici contrari. Il compito non è facile, ma ognuno di noi può partecipare dando il buon esempio.

(Kelly F. Twin problems of climate change and air pollution. BMJ 2016; 355:i5620)

L'aria è inquinata

Il WHO (World Health Organisation) segnala che l'inquinamento dell'aria da polveri sottili (<2,5 μm^*) è più elevato del limite massimo di 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ in quasi tutti i Paesi del mondo. L'inquinamento dell'aria è responsabile di quasi 3 milioni di morti l'anno dovute a malattie e accidenti degli apparati cardiovascolare (infarto miocardio, ictus) e broncopolmonare (BPCO, tumore polmonare, infezioni acute). Le cause principali dell'inquinamento sono i motori a scoppio, l'uso di combustibili fossili e alcune attività industriali e, in taluni Paesi, le tempeste di sabbia.

* NB 1 μm (micrometro) è 1 milionesimo di metro

(*Mayor S. Nine in 10 people are exposed to air pollution over WHO limits, warns report. BMJ 2016; 354:i5244*)

La Contaminazione dell'Aria Uccide

Le microparticelle emesse dai motori a scoppio (soprattutto i diesel) danneggiano l'apparato cardiovascolare in modo grave. Sembra che i materiali volatili che coprono le particelle provochino una risposta infiammatoria delle arterie quando passano dai polmoni al sangue.

E' colpevole continuare a promuovere i veicoli a motore e non porre un serio freno al traffico veicolare, rallentando il passaggio ai motori elettrici per interessi economici.

(*Hawkes N. Journey of particulate pollution in body is mapped in study. BMJ 2017; 357:j2039*)

La scienza per il contrasto ai cambiamenti climatici

Il Lancet Countdown è un organismo di ricerca internazionale e multidisciplinare tra Istituzioni accademiche ed esperti di tutto il mondo. Esso, a seguito dell'Accordo di Parigi del COP21 (Conferenza delle Parti sui cambiamenti climatici, 21a Sessione, Parigi 2015), si propone di tenere sotto controllo il riscaldamento globale del pianeta, promuovendo tutte quelle iniziative che possono contenerlo e che rappresentano non solo l'unico mezzo per evitare catastrofi, ma anche un'opportunità per migliorare la salute e il benessere dell'umanità, che sono oggi gravemente minacciati dai cambiamenti climatici, come appare nella Figura qui sotto riportata:

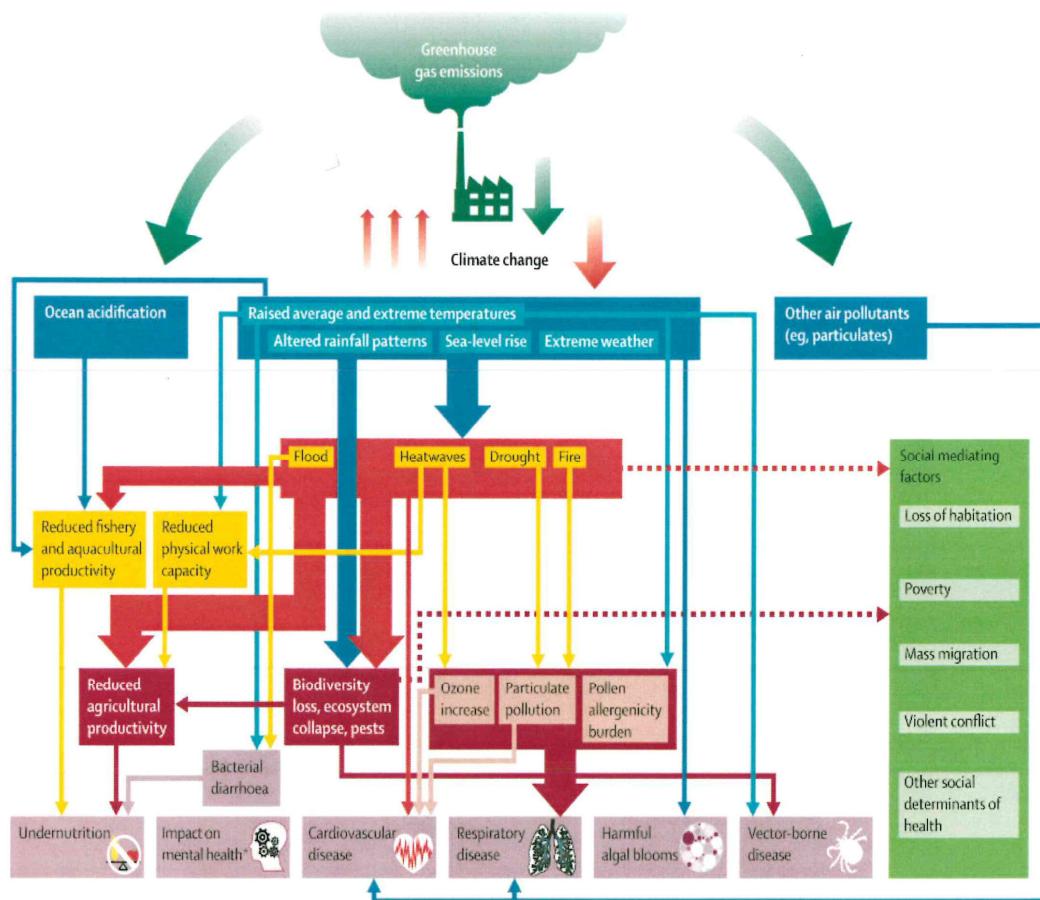


Figure – The health impacts of climate change

Watts N et al. *The Lancet Countdown: tracking progress on health and climate change*. *Lancet online* (Nov 14, 2016).
