

Girolamo Sirchia

Pensieri sani

Vol. 7



Centro Trasfusionale Ospedale Maggiore Policlinico Editore

2019

In copertina

Un docente universitario medioevale in cattedra (incisione).

Dal *Tractatus diversorum doctorum*, Milano 1523.

Indice

Pensieri sani: sanità e salute p. 4

Pensieri liberi p. 17

Pensieri sani:
sanità e salute

4 gennaio 2019

Il carving

Il craving (in italiano bramosia) è un desiderio compulsivo di azioni quali mangiare, bere, viaggiare, fumare, giocare d'azzardo, ecc, ma anche acquisire potere e ricchezza e denuncia uno stato mentale che origina nella vita di oggi da una condizione di ansia e di scontentezza continua a loro volta causati dal continuo confronto con altri dal quale usciamo perdenti.

Queste conseguenze del confronto e della competizione sono dannose non solo a livello individuale, ma anche sociale perché generano invidia, aggressività e cattiveria e aggravano disuguaglianze e illegalità.

È necessario che ognuno di noi eserciti un controllo continuo sui suoi sensi compulsivi (training autogeno) per evitare di essere travolti da essi.

31 gennaio 2019

Qualità nella sanità

I sistemi organizzativi in sanità non sono finora riusciti a migliorare qualità ed efficienza e a ridurre sprechi e variabilità eccessivi. Il motivo è che non sono stati ancora considerati in modo adeguato:

1. I fattori motivazionali dei medici che sono:

- autonomia
- controllo (comando) delle situazioni cliniche senza interferenze esterne
- finalità (mission) della professione;

2. i difetti della sanità, che sono:

- meriti del medico non valorizzati
- insufficiente autonomia e centralità del medico
- variabile penetrazione nei vari ambienti dell'aggiornamento del medico
- sistema sanitario molto frazionato con silos che non si integrano
- scarso risultato degli incentivi usati (tutti materiali e non motivanti) che sono solo monetari e non culturali e non valorizzano la professionalità e il merito
- applicazioni sbagliate dei criteri di produttività
- l'impostazione aziendalistica della sanità che pone i medici in posizione subalterna rispetto ai gestori; questi ultimi spesso non ascoltano i medici né si accertano direttamente delle realtà vivendole personalmente. Sono i medici che devono proporre le soluzioni ai problemi e non subirle e devono anche disegnare i parametri delle valutazioni.

TABLE. THE CURRENT VS FUTURE STATE OF PERFORMANCE IMPROVEMENT EFFORTS

CURRENT STATE	FUTURE STATE	EXAMPLE
FINANCIAL REWARDS AND PENALTIES	NONFINANCIAL REWARDS, SUCH AS AWARDS, RECOGNITION, AND REVIEWS	DETAILED ANNUAL PERFORMANCE REVIEWS AT THE CLEVELAND CLINIC
FOCUS ON PHYSICIAN COMPENSATION	RESOURCES FOR QUALITY IMPROVEMENT AND CARE PROCESS INVESTMENT	MEDICARE COMPREHENSIVE PRIMARY CARE PLUS INITIATIVE
INDIVIDUAL INCENTIVES	TEAM-BASED REWARDS	DEPARTMENT-BASED REWARDS IN THE ENDOCRINOLOGY DEPARTMENT AT THE GEISINGER HEALTH SYSTEM
MANAGEMENT DRIVEN DESIGN AND EVALUATION	CONTINUOUS LEARNING AND LOCALLY DETERMINED TARGETS	THE "GIVE A DARN" METHOD FOR IDENTIFYING QUALITY IMPROVEMENT MEASURES AT PROVIDENCE ST JOSEPH HEALTH PRACTICE PATTERN VARIATION ANALYSES AT BLUE CROSS BLUE SHIELD OF MASSACHUSETTS
REMOTE, FACELESS, CENTRALIZED ACCOUNTABILITY	LOCAL CULTURE AND ORGANIZATIONAL RESPONSIBILITY	THE LEADERSHIP SAVES LIVES COLLABORATIVE

Bisogna allora rivedere l'attuale impostazione della sanità, cominciando col dare spazio ai medici invece di vincolarli con regole inefficaci. Bisogna privilegiare merito, capacità, voglia di innovare e comunicare amore per l'aggiornamento e la ricerca, e per la professionalità. Ai migliori devono andare i riconoscimenti sia monetari che soprattutto morali e professionali.

(Khullar D et al. Professionalism, performance and the future of physician incentives. JAMA 320, 2419-20, 2018)

14 febbraio 2019

La sfida delle malattie croniche

Le malattie croniche sono in aumento. Esse infatti sono particolarmente legate all'invecchiamento della popolazione, che continua a crescere. Questo aumento comporta un aumento dei costi per la società, e il rischio è che diventi economicamente insostenibile. Questo fenomeno si associa ad un rapido aumento della popolazione mondiale, provocato dalla grande prolificità delle popolazioni più povere e quindi costrette anche a vivere in condizioni disagiate, che notoriamente peggiorano le condizioni di salute.

La salute è infatti legata a 3 tipi di fattori determinanti:

1. le cure erogate (la sanità delle cure)
2. i fattori modificabili (specie obesità, fumo, tipo di alimentazione, sedentarietà)
3. i determinanti socio-economici.

Alla luce di questi dati, risulta urgente mettere in atto quei provvedimenti che possono rallentare l'invecchiamento accompagnato da cronicità e la crescita della popolazione mondiale.

I determinanti socio-economici sono i più difficili da modificare, anche se è noto che una popolazione più colta e più abbiente è più sana e meno prolifica. Purtroppo il differenziale socio-economico tra le popolazioni è invece in aumento e la povertà è in aumento un po' dovunque.

Per quanto riguarda la sanità, bisogna ricordare che le cure hanno sulla salute della popolazione una influenza limitata (non superiore al 20%).

Ai decisori politici conviene quindi concentrarsi sui fattori modificabili, che sono in gran parte legati a errati stili di vita e sfavorevoli condizioni ambientali. Entra qui in gioco la capacità e la volontà politica di modificare le cose, tenendo presente che lo status quo è sostenuto da forti interessi economici di gruppi a sfavore della collettività. La limitazione dell'uso del tabacco è un paradigma di questo contrasto. Il fumo non

è necessario all'uomo e determina conseguenze gravi: in Italia esso provoca circa 70.000 morti l'anno e oltre 2 milioni di cronici che per anni gravano con crescente peso sulla economia nazionale. Le coltivazioni di tabacco inoltre sono causa di danni ambientali assai rilevanti. Il comparto tuttavia è fortemente difeso dai produttori e da coloro che vi lavorano e la politica è spesso molto debole nel regolare e ridurre i consumi di questo prodotto.

La situazione è ancora più complessa nel caso dell'epidemia di obesità e diabete che consegue ad una alimentazione eccessiva e scorretta, legata in gran parte al consumo di cibi processati industrialmente, sapidi e di costo contenuto, che libera le persone dalla necessità di cucinare e che è sostenuto da un'offerta molto attraente e da una pubblicità battente. Purtroppo anche i bambini sono coinvolti in questa epidemia e già dai 2-3 anni di età parte di essi in Italia cominciano a sviluppare obesità e poi diabete di tipo 2, che se persistono fino alla adolescenza e oltre divengono irreversibili e provocano complicanze anche gravi già in giovane età adulta e per molti anni a venire.

Malgrado queste evidenze è molto difficile modificare oggi le cose, stante che le abitudini delle persone sono mutate e il settore garantisce lavoro ad una gran fetta di popolazione. A ciò si aggiunga che la pubblicità nell'ordinamento europeo non è regolabile e tanto meno contenibile.

Alla sanità non resta che investire sulla prevenzione, sia essa primaria che secondaria, e sulla gestione proattiva dei pazienti cronici. Per quanto riguarda la prevenzione primaria, sembra oggi vantaggioso utilizzare i metodi di Screen and Treat, ossia quei metodi a basso costo che consentono di individuare nei soggetti che si presumono sani coloro che hanno la predisposizione ad ammalare di una certa patologia cronica (tipicamente il diabete di tipo 2 e le malattie cardiovascolari) così da concentrare su di essi sia il counselling che le cure in modo proattivo, continuativo e gestito da case manager che si prendano cura dei soggetti e li accompagnino nel percorso di modifica dei loro stili di vita e di prevenzione della comparsa clinica della malattia e prevenzione delle sue complicanze. A ciò provvede in modo adeguato la cosiddetta "presa in carico" dei cronici da parte della medicina territoriale (Casa della Salute o analoga) con relativo piano di cura e assistenza, ossia interventi sanitari integrati con interventi sociali, quali sono i servizi alla persona e alla casa, il monitoraggio delle condizioni di vita, la prevenzione dell'esclusione sociale, il degrado psico-fisico della persona, ecc. Si tratta di distinguere nettamente il modello di cura del cronico da quello dell'acuto, cambiando per il primo il paradigma attuale di una medicina di attesa per trasformarlo in medicina proattiva o di iniziativa; cambiamento niente affatto semplice e assai costoso, che deve attuarsi di pari passo con un forte impegno nella prevenzione primaria, tesa a contenere la crescita e i costi della patologia cronica onde evitare che questa crescita renda insostenibile economicamente il sistema. La Regione Lombardia ha lodevolmente intrapreso questo percorso, che non potrà comunque essere realizzato in tempi brevi e che necessita di un periodo di sperimentazione su scala limitata e di un approccio scientifico per essere valutabile in termini di efficacia e di costo.

In pochi anni lo scenario e il quadro epidemiologico sono mutati in tutto il mondo e solo se sapremo affrontare le nuove situazioni con consapevolezza e pragmatismo potremo affrontare le nuove sfide e risolvere i problemi che sono davanti a noi.

I sette criteri per tutelare e monitorare la salute

1. Non fumare
 2. BMI <25 e giro vita <90 cm nell'uomo e <80 cm nella donna (dieta sobria e povera di carboidrati)
 3. Health protection behaviours
 4. Attività fisica regolare e appropriata
 5. Assumere pesce 2 volte la settimana e frutta e verdura almeno 3 volte la settimana
 6. Colesterolemia (senza trattamento) < 200 mg/dL
 7. Glicemia a digiuno (senza trattamento) < 100 mg/dL
 8. PA (senza trattamento) < 120/80 mmHg
- } **Health protection behaviours**

Per calcolare i'Health Score cardiovascolare si assegna 0, 1 o 2 ai livelli basso, intermedio, ottimo, rispettivamente – Score totale normale = 10-14

Continua e si aggrava l'aggressione alla salute pubblica

Data la conoscenza che si ha sui danni provocati dal fumo di tabacco e i benefici della cessazione dal fumo è imbarazzante per la sanità rilevare che il fumo in Italia è in aumento soprattutto tra i ragazzi con età minore di 15 anni e tra le donne. I danni sono presto detti: in Italia si stima che a causa del fumo almeno 70.000 persone muoiano ogni anno prematuramente, che 30 volte tanto ammalino di una o più malattie croniche (oltre 2 milioni di persone che sviluppano malattie cardiovascolari, respiratorie, tumorali) e che i costi sanitari e sociali superino € 15 miliardi. Si tratta di una vera e propria epidemia che è espressione di un fallimento persistente della nostra società, che non riesce a contrastarla e che subisce senza sufficiente reazione la pressione dell'industria del tabacco e dei gruppi di interesse. Anche la stessa classe medica sembra abbastanza lontana dal problema, come se combattere questa epidemia fosse compito di qualcun altro. Ma l'immagine più penosa ci è venuta dal Governo centrale quando 2 anni fa abbiamo visto il Presidente del Consiglio partecipare alla posa della prima pietra e poi all'inaugurazione di uno stabilimento di una Multinazionale vicino a Bologna per la produzione di prodotti del tabacco. Il fatto che questi produttori investano enormi risorse per promuovere in modo occulto i loro prodotti e per bloccare qualunque iniziativa che contrasti il fumo è diventato un modello anche per altri produttori di altri prodotti che nuociono alla salute pubblica: TV e film non fanno che proporre fumo, alcol, alimenti nocivi alla salute, gioco d'azzardo, ecc. L'opinione pubblica e le Istituzioni preposte sembrano distratte e inerti. Ma tutti noi paghiamo un caro prezzo.

Continua e si aggrava l'aggressione alla salute pubblica

Ogni tanto mettersi fuori campo e considerare da osservatore indipendente il settore dove hai lavorato per anni può essere utile a riposizionarsi e a sfuggire alla morsa delle tue convinzioni e dei tuoi pregiudizi. Per questo ho ripensato la sanità italiana e la sua attuale crisi e mi sono disegnato un quadro di priorità e di azioni che farei se ne avessi i poteri. Ecco i temi che mi sono sembrati più importanti e prioritari a questa “visione dall’alto” o “fresh view” del mio settore di interesse.

1. Al primo posto metterei la salute pubblica, ossia la responsabilità dello Stato di assicurare a tutta la popolazione italiana un benessere fisico, psichico, sociale e ambientale che consenta alla Nazione di giovare di quel motore economico di sviluppo che la salute rappresenta. Intrinseci alla salute pubblica sono alcuni dei nodi più spinosi che ogni società avanzata deve sciogliere e precisamente:

- a) un sistema educativo (e innanzi tutto la scuola primaria) che sappia costruire un cittadino consapevole, maturo e rispettoso degli altri e dell’ambiente che lo circonda oltre che dei determinanti sanitari e sociali della salute (stili di vita salutari, ambiente pulito, lavoro, conoscenza, partecipazione e inclusione, ecc.).
- b) un compromesso onorevole con gli interessi organizzati perché non prevarichino e prevalgano sulla salute pubblica.
- c) un programma forte di prevenzione primaria a basso costo per evitare che la patologia si manifesti clinicamente e assorba quantità insostenibili di risorse economiche.

2. Un secondo importante ambito è l’organizzazione dei servizi sanitari (o sanità in senso stretto) che deve ancora una volta partire da un sistema formativo moderno ed efficiente e un’attenzione speciale alla motivazione del personale sanitario e al suo aggiornamento oltre al rispetto dei malati e dei loro bisogni e preferenze. Oggi la centralità del sistema non è occupata né dai malati né dal personale e le scelte sono spesso di matura “politica” anziché tecnico-scientifica e finalizzata al servizio del pubblico. Sono soprattutto i pazienti anziani e cronici che ricevono meno attenzione, ma più in generale si notano insufficienze di sistema assai gravi e odiose. Tra queste innanzi tutto il divario di quantità, qualità e costo dei servizi sanitari tra le diverse aree del Paese, che determinano differenze tra le possibilità di salute e di vita tra i cittadini e che sono legate da un lato alle diverse capacità delle Regioni (titolari dell’assistenza sanitaria), ma anche alla scarsa incisività del Ministero della Salute a cui spetta la definizione dei LEA, intesi non come mera elencazione di patologie da curare a spese del Servizio Sanitario Nazionale, ma anche della quantità, qualità e costo di queste prestazioni, che dovrebbero essere definite e garantite in ogni ASL del Paese, anche con verifiche on site disposte centralmente. In altri termini vanno definiti dal Ministero della Salute in collaborazione con le Regioni gli “standard” di quantità, qualità e costo che devono essere assicurati da ogni ASL, come previsto nella Legge Finanziaria per il 2005 (art. 1, comma 169 della Legge 30 dicembre 2004 N. 311 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato”). E’ quindi necessario che la politica si assuma la responsabilità di decidere quali siano i LEA compatibili con le risorse finanziarie allocate alla sanità*, a sua volta distinte in conto capitale e spesa corrente, e quale sia la quota da assegnare alla salute pubblica piuttosto che al sistema di cura. Se la politica non è all’altezza di fare queste scelte, la

stampa dovrebbe comunicarlo alla popolazione in modo oggettivo e serio, ma anche questo sembra in Italia un obiettivo difficile da ottenere.

Abbiamo già accennato al fatto, peraltro, che la sanità contribuisce alla salute collettiva solo per una quota (non superiore al 20%), mentre molto dipende dalla educazione e dai differenziali sociale tra le varie fasce della popolazione: anche su questi determinanti è la scelta della politica e quindi dalle azioni di Governo che fanno la differenza.

A livello regionale il governo della sanità implica l'utilizzo avveduto dell'accreditamento per equilibrare il peso del pubblico e del privato nell'erogazione dei servizi sanitari, dando al pubblico il ruolo preminente di strutture eccellenti e di calmiera, senza peraltro limitare o mortificare il privato. Mi sembra importante anche attivare forme di partenariato tra pubblico e privato tese ad aiutare il pubblico nella sua funzione di guida eccellente nei vari ambiti di servizio ai pazienti e di ricerca biomedica e sanitaria, liberandolo da una serie di inutili vincoli burocratici che oggi lo mettono in difficoltà. Si rispetti una buona volta quella autonomia organizzativa e amministrativa delle ASL e degli Ospedali, tante volte enunciata, ma mai veramente realizzata, così da conferire alle strutture pubbliche migliori quella caratteristica di amministrazione imprenditoriale ben descritta in "Reinventing Government" da Osborne e Gaebler. Ogni territorio ha sue caratteristiche e peculiarità: solo un certo grado di autonomia e imprenditorialità possono consentire un buon servizio sanitario ed ogni centralismo (compreso quello regionale) nuoce all'utenza. In particolare va notato che oggi abbiamo nuove esigenze in sanità, cui la Regione deve dare risposta. Le lista d'attesa troppo lunghe, i Pronto Soccorso intasati, il riordino delle reti specialistiche sono urgenze cui bisogna mettere mano subito ed efficacemente. La medicina territoriale è troppo debole: la pediatria, la psichiatria, la geriatria sono poco rappresentate e la medicina generale deve assicurare un accesso ininterrotto e migliori servizi domiciliari, organizzandosi in team collaborativi che includano anche figure professionali idonee per attuare quella presa in carico e tutoraggio dei pazienti cronici da tempo auspicati. Infine il territorio ha urgente necessità di nuove strutture quali le Case della Salute, i POT, i Walk-in Centre che devono essere ben disegnati e sperimentati con una collaborazione Stato-Regioni.

Non finiscono certo qui i problemi della salute, ma è tempo che chi ha il compito di fare si attivi in modo autorevole ed esperto, direttamente o indirettamente, che non si continui sulla strada della mediocrità e dell'inerzia perché la crisi del Servizio Sanitario Nazionale non ne pregiudichi la sopravvivenza.

** Per il 2019 lo Stato italiano spenderà circa € 118 miliardi per la sanità, pari a circa il 6,5% del PIL e quindi circa 1,5 punti di PIL meno degli altri Paesi avanzati dell'Unione Europea.*

Controllare il peso corporeo per stare bene

Il sovrappeso causato da eccessiva massa grassa è un pericoloso nemico della salute e accorcia la vita. L'obesità determina infatti una grande quantità di complicanze: altera il metabolismo dei grassi che si accumulano nel fegato danneggiandolo e si depositano sotto forma di placche nelle arterie restringendole e occludendole; determina uno stato di infiammazione che abbassa la risposta immunitaria alle infezioni e ai tumori, causa il diabete di tipo 2, aumenta la pressione arteriosa; rende più problematica l'attività muscolare. E' stato dimostrato che sia l'ipertensione, sia l'intolleranza al glucosio (e diabete di tipo 2) possono regredire se il peso corporeo si riduce grazie ad una alimentazione più adeguata sia per quantità che per qualità.

Il messaggio quindi è: per vivere in salute mangiare poco e sano, così da mantenere normale il peso corporeo ed effettuare ogni giorno una vita attiva e un vivace movimento muscolare.

- *Iacobucci G. Sixty seconds on....reversing type 2 diabetes. BMJ 2019;364.11128.*
- *Murphy WJ, Longo DL. The surprisingly Positive Association Between Obesity and Cancer Immunotherapy Efficacy. JAMA 321, 1247-48, 2019.*

Il medico scienziato (o ricercatore clinico)

Molte innovazioni nella cura dei pazienti sono dovute ai medici-scienziati, cioè ai clinici che uniscono l'amore della ricerca a quello della clinica. Questa figura professionale sta diminuendo di numero perché i giovani che vogliono seguire questa via non hanno davanti a sé carriera, stabilità e risorse sufficienti, nè tempo dedicato allo studio e alla ricerca.

E' urgente che ciò venga garantito almeno per un numero annuo di figure molto selezionate e la loro collocazione venga riservata ai gruppi di ricerca clinica migliori presso IRCCS o Ospedali Universitari; infatti queste figure sono un potente strumento di miglioramento sia della medicina, sia dell'industria.

Jain MK et al. Saving the endangered physician-scientist: a plan for accelerating medical breakthroughs. New Engl J Med 381, 389-402, 2019.

Tabacco: un veleno letale

Il tabacco è un veleno letale, che ogni anno si stima provochi circa 8 milioni di morti premature e 30 volte tanto di malati cronici(1) con una spesa che è pari al 7-14% della spesa sanitaria(2). La Convenzione adottata dall'World Health Organization fin dal 2003 e sottoscritta da 181 Paesi nel mondo al fine di ridurre il fumo di tabacco e le sue conseguenze è riuscita nel suo scopo solo in piccola parte(3) ed è in gran parte neutralizzata dalle iniziative di lobby e di promozione occulta (di cui siamo spettatori anche in Italia(4) che l'industria finanzia largamente grazie al fatto che il mercato mondiale delle sigarette è di US\$ 717 miliardi all'anno, con profitti assai elevati(5). Peraltro anche laddove l'industria del tabacco è gestita dallo Stato (e non privatizzata) i risultati sono molto scarsi, specie nei Paesi come l'Italia che sono forti produttori di tabacco e quindi in conflitto di interessi con la salute pubblica(6). La nazionalizzazione della produzione è forse preferibile alla privatizzazione(7) purchè sia accompagnata da una stretta regolamentazione che limiti la disponibilità.

La conclusione è che molto resta da fare per ridurre la produzione e il consumo di tabacco se si vuole davvero bloccare la letale epidemia del fumo(8).

1. Carter BD et al. *Smoking and mortality. Beyond established causes N. Engl J Med* 372, 631-66, 2015
2. Xu X et al. *Annual healthcare spending attributable to cigarette smoking. Am J Prev Med* 48, 326-33, 2015.
3. Hoffman SJ et al. *BMJ* 2019;365:l2287
4. Formoso G et al. *BMJ* 2019;365:l4189.
5. Hawkes N. *Big tobacco's new year's resolution to quit smoking. BMJ*2018;360:k79
6. Murphy F, Crossley G. *BMJ* 2019;365:l2328
7. Cohen JE. *BMJ* 2019;365:l4056
8. Bauld L. *BMJ* 2019;365:l4161.

COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) e FUMO

Nulla è più efficace del fumo di 20 o più sigarette al dì per molti anni nel ledere il tessuto polmonare. Ogni esposizione al fumo di sigarette contiene migliaia di microgocce d'acqua di 0,45 µm di medio diametro contenenti miscele di composti chimici altamente tossici derivati dal tabacco e dagli additivi che vengono aggiunti per migliorarne l'aroma. Queste particelle urtano le cellule delle pareti, che vengono danneggiate direttamente (tramite stress ossidativo) o indirettamente attivando una risposta infiammatoria, che determina afflusso di neutrofili, linfociti e macrofagi che si accompagnano da un lato ad ostruzione al passaggio dell'aria e dall'altro ad un processo di riparazione che a volte esita in cicatrici e anche in processi di auto-immunità. La variabilità individuale che si osserva in questi processi è solo in parte di origine genetica ed epigenetica; spesso il danno si risolve cessando il fumo, ma in alcuni casi ciò non accade e il danno peggiora con il tempo con un progressivo declino della velocità di flusso d'aria espirata e ripetute esacerbazioni dell'infiammazione.

In sintesi, la patologia polmonare che va sotto il nome di COPD (malattia polmonare cronica ostruttiva) e che nel 2017 ha determinato 3,2 milioni di morti premature nel mondo è una sindrome clinica dovuta a varie cause e diversi meccanismi patogenetici, uno dei quali è il fumo di tabacco. La malattia è il risultato di molti fattori e interazioni che sono solo in parte noti: il fumo di sigaretta, sia attivo che passivo, è uno di questi, è molto nocivo e può essere evitato.

L'uso medico della cannabis

La cannabis contiene diversi principi attivi (o cannabinoidi) dei quali il più noto, il tetraidrocannabinolo, produce effetti psicoattivi. Per uso clinico sono autorizzati tre cannabinoidi: il dronabinolo, il nabilone e il cannabidiolo. Quest'ultimo sembra efficace per il controllo di alcune malattie convulsive dell'infanzia, mentre l'evidenza scientifica degli altri costituenti per il controllo del colore cronico, delle patologie neurologiche associate a spasmi muscolari, del Parkinson, della sindrome di Tourette e dello stress post-traumatico è debole o assente. Malgrado ciò l'interesse del pubblico per la cannabis rimane alto, e vengono sottovalutati sia la dubbia efficacia clinica della cannabis, sia i rischi derivanti dal suo uso cronico, che sappiano essere deficit cognitivi, sviluppo di psicosi e compromissione dei rapporti sociali.

Hill KP. Medical use of cannabis in 2019. JAMA 322, 974-75, 2019.

Danni da sigaretta elettronica

La malattia polmonare da sigaretta elettronica (da poco portata a conoscenza del pubblico) si sviluppa in quanto questa usa solventi per riscaldare e vaporizzare i cosiddetti “succhi”, ossia vari aldeidi ed alcol che servono a conferire aromi al fumo prodotto. Questi composti mescolandosi tra loro e talora alla cannabis, che alcuni aggiungono alla miscela, possono generare prodotti tossici. Si sono osservati diversi tipi di lesione polmonare: alcune ad insorgenza acuta (come la polmonite acuta con eosinofili o il danno alveolare diffuso), altre di tipo immunologico (polmonite da ipersensibilità) o infiammatorio (polmonite da lipidi causata dall’aspirazione di idrocarburi o particelle oleose).

Queste complicanze sono molto preoccupanti in vista anche del crescente uso del vaping nei giovani, che comporta anche la crescita della dipendenza da nicotina (contenuta nella sigaretta elettronica) in un’età della vita particolarmente suscettibile ai danni provocati da questo alcaloide.

1. Layden JE et al. *Pulmonary Illness Related to E-Cigarette Use in Illinois and Wisconsin. Preliminary Report.*

New Engl J Med DOI:101056/NEJM or 1911614.

2. Henry TS et al. *Imaging of Vaping-Associated Lung Disease.*

New Engl J Med 381, 1486-87, 2019.

3. Maddock SD et al. *Pulmonary Lipid-Laden Macrophages and Vaping.*

New Engl J Med 381, 1488-89, 2019.

4. Miech R et al. *Trends in Adolescent Vaping, 2017-2019.*

New Engl J Med 381, 1490-91, 2019.

The burden of disability

La prevenzione dentale deve far parte del Servizio Sanitario Nazionale e così pure l’applicazione di protesi per assicurare la possibilità di masticare.

Lancet 394, 188, 2019.

29 novembre 2019

Le cattive abitudini dei maschi

Sette cattivi comportamenti sono responsabili del 50% delle morti premature e del 70% delle malattie nei maschi. Essi sono:

1. dieta non salutare
2. uso di tabacco
3. uso di alcolici
4. uso di altre droghe
5. rischi occupazionali
6. sesso non sicuro
7. scarso ricorso ai Servizi Sanitari

Ragonese C, Barker G. Understanding masculinities to improve men's health. Lancet 394, 198-99, 2019.

29 novembre 2019

Cosa significa dieta salutare?

Una dieta salutare prevede un totale di circa g 800 al dì di frutta e verdure fresche di diverso tipo, così da assicurare la diversità microbica intestinale che è necessaria per la nostra salute. Il cibo processato invece aumenta l'infiammazione intestinale e impoverisce i germi intestinali delle loro fibre (polisaccaridi) e dei loro polifenoli, riducendo di conseguenza la diversità dei microbi intestinali, che diminuisce l'infiammazione, aumenta la sensibilità all'insulina e il senso di sazietà.

McCarthy NJ, Zhaoping Li. Healths diets and sustainable food systems. Lancet 394, 214, 2019.

Per coloro che vogliono dimagrire

Suggerisco di considerare i seguenti punti:

1. quando si riducono le calorie ingerite la fame aumenta e il metabolismo rallenta; si tratta di meccanismi compensativi che rendono molto difficile sul lungo termine aderire a diete per perdere peso o non riprendere peso;

2. il Pounds Lost Study(1) ha dimostrato che la composizione dell'alimentazione in macronutrienti (diete che differiscono per composizione in proteine, carboidrati e grassi) non influenza significativamente a 2 anni il peso corporeo. In altri termini la composizione in macronutrienti della dieta non influenza significativamente la riduzione del peso corporeo. Per dimagrire conta più la quantità che la qualità delle calorie ingerite.

La conclusione è che le innumerevoli diete proposte non hanno sostanziale efficacia per perdere peso sul lungo termine e sono quindi un inutile spreco di tempo e denaro. L'unico modo per perdere peso sul lungo termine è per ora limitato alla chirurgia bariatrica (quando ve ne è indicazione) e alla speranza che la ricerca nel settore venga affinata e potenziata(2) e che riesca ad offrire una soluzione ad un problema medico sempre più comune ed importante.

1. Sacks FM et al. Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein and carbohydrates. New Engl J Med 360, 859-73, 2009.

2. Ludwig S. et al. Improving the quality of dietary research. Jama 322, 1549-50, 2019.

Pensieri liberi

31 gennaio 2019

La gerarchia ci servirebbe ancora

L'organizzazione gerarchica dei medici in Ospedale (Primario, vice Primario o Aiuto, Assistente) è considerata obsoleta e osteggiata da Sindacati e da esperti di organizzazione aziendale perché vedono in essa uno strumento di potere e di diversità anziché il motivo per cui è nata e si è mantenuta per decenni. Questo motivo è che in una organizzazione professionale il Primario e l'Aiuto sono stati di solito i medici che hanno dimostrato conoscenza, esperienza e capacità più di altri ed è interesse dei pazienti e della medicina che essi possano essere il punto di riferimento sia tecnico, sia organizzativo. La gerarchia basata sui meriti professionali ed umani è un grande valore per l'assistenza medica, ne assicura la qualità, la motivazione e l'aggiornamento di tutto il personale ed è lo strumento perché si formino le Scuole di Medicina che oggi sono di fatto sparite a danno dei pazienti e dei giovani medici. Hanno prevalso le idee dei Sindacati e degli esperti del lavoro aziendale, ma non mi sembra che la situazione sia migliore di quella del passato e qualche voce isolata si alza ancora per dirlo (*vedi D. Bowler – Hierarchies serve us well. BMJ 2018;363:k5087*).

19 agosto 2019

Èlite di potere

Vilfredo Pareto ritiene che il potere è sempre concentrato nelle mani di una élite di persone abili, forti, istruite (elitismo); la massa non raggiunge mai il potere perché è dispersa e non sa organizzarsi. Le élites durano poco al potere perché vengono scalzate da altre élites che usano gli stessi metodi ancorché ammantati da ideali diversi. Ne deriva che la democrazia non esiste e la circolazione delle élites è continua. In effetti la democrazia viene proposta da anni, ma mai attuata e la regola vuole che se una cosa desiderata non viene attuata in un lungo tempo, non avverrà mai.

Tra le élites figurano anche quelle che si ispirano al socialismo. Queste sono le più dannose alle masse per due motivi:

1. istillano nelle masse la speranza di diventare élites di potere e, con questo, il rancore e l'odio di classe che leva alle masse la pace del cuore;
2. per avere i voti delle masse devono promettere una redistribuzione delle ricchezze che impoverisce il Paese senza dare soddisfazione alle masse.

Ecco perché i sistemi socialisti non solo non sfuggono alla logica della élite di potere, ma nuocciono alla massa perché la incattiviscono e la lasciano ancora più povera.

Il denominatore comune di tutti i sistemi socialisti è costituito dall'appropriazione da parte dello Stato del capitale privato, che diviene pubblico. La conseguenza è che il privato non ha più la disponibilità per investire né l'incentivo a farlo, con il risultato che l'impresa deperisce o disloca e si riducono i posti di lavoro. Lo Stato allora usa le risorse ai fini assistenziali, ma presto esse finiscono e il risultato è una povertà in aumento, disoccupazione, scontento di tutti per scadenti e scarsi servizi pubblici. In definitiva l'impresa privata si riduce e la nazione si impoverisce.

Da tutto questo deriva che:

1. la democrazia non esiste, perché sono solo le élites che governano. Si tratta di una bandiera usata per ragioni di immagine che mai è stata realizzata;
2. il pluralismo non esiste: chi ha il potere lo tiene stretto;
3. solo l'impresa privata (o talora a partecipazione statale) genera la ricchezza del Paese e i posti di lavoro e lascia allo Stato le risorse per migliorare i servizi essenziali (salute, scuola, ecc.).

19 agosto 2019

Il valore del dono nella società

L'evidenza che ci circonda mi sembra dimostri ampiamente che una società basata quasi esclusivamente sulla convenienza dei rapporti tra persone e tra Istituzioni si disgrega e esita in ingiustizie, madre delle peggiori reazioni dell'uomo. Un sistema siffatto, infatti, aumenta il differenziale socio-economico tra le persone e si oppone alla redistribuzione dei profitti, che si concentrano sempre più in poche mani privandone la maggioranza dei cittadini. Noi riteniamo che una società basata sui soli valori venali e regolata solo da interessi, priva di solidarietà e del dono è destinata a collassare e a scatenare violenza. Un solo esempio da citare è l'ingresso dei fondi finanziari in sanità. Il fondo ha come unico scopo dichiarato quello di fare profitti: non ha importanza se gestendo ospedali o supermercati, non ha importanza se il profitto danneggia clienti o dipendenti. Il fondo è impersonale, non è interessato alle conseguenze sociali del suo operato. Se un ramo di azienda non frutta lo si chiude anche se molte persone perdono il lavoro e le loro vite vengono distrutte.

Se il dono è un antidoto a questa realtà pericolosa, dobbiamo capirne profondamente il valore e farlo capire a quanti hanno fiducia in noi, soprattutto ai giovani.

Qual è la molla che ci spinge a donare? Noi crediamo per esperienza e dottrina che sia il senso di soddisfazione e di autostima che si produce dopo il dono a spingerci verso questo atto, anche se certo possono contribuire altre spinte di tipo etico o altro. Dopo aver donato ci sentiamo più soddisfatti di noi, ci sentiamo migliori. E ciò è tanto più vero in quanto il dono non sia di denaro o altri beni ma sia parte di noi, sia immateriale come può essere il dono di sangue.

Per quasi mezzo secolo ho organizzato e gestito un'associazione di donatori di sangue presso il Centro Trasfusionale del Policlinico di Milano e credo di aver imparato molto da questa esperienza. Ho capito innanzitutto che la donazione di sangue deve essere considerata un atto medico oltre che sociale, perché deve consentire un controllo delle condizioni di salute del donatore e rappresentare per lui un momento di incontro con un medico che possa suggerirgli alcune azioni utili alla sua salute e a prevenire possibili danni che si profilano all'orizzonte; controlli della salute che oltre tutto contribuiscono a fidelizzare molte persone al Centro Trasfusionale.

Ci siamo sempre mossi con questo obiettivo investendo sulla qualità del controllo medico dei nostri donatori e consigliando loro come fare attenzione al modo di vivere ed evitare stili non salutari. Questa strategia è utile al donatore, ma anche al paziente trasfuso, che può così contare su un rimedio massimamente sicuro ed efficace. Utile alla ricerca e all'innovazione, che nel Centro Trasfusionale deve aver luogo per produrre emocomponenti sempre migliori e innovativi, per meglio utilizzare il sangue donato, per distribuirlo in modo sempre più protetto e razionale. Utile infine alla salute pubblica perché l'incontro con il donatore può divenire un momento di prevenzione primaria assai efficace.

Possiamo infatti affiancare la medicina territoriale e i medici delle cure primarie nel valutare tramite semplici algoritmi in soggetti apparentemente sani quelli più a rischio di sviluppare patologie gravi come malattie cardiovascolari, diabete, malattie renali, neoplasie, osteoporosi e altre.

Su questi soggetti si possono allora concentrare i nostri sforzi e di altri specialisti per indirizzarli verso un percorso che consenta di ridurre tale rischio e di prevenire la comparsa o l'aggravamento della patologia nascente. Obiettivo questo non secondario se si considera che la continua crescita della cronicità minaccia la sostenibilità economica e l'esistenza stessa del nostro Servizio Sanitario.

Ma un altro elemento vogliamo ora sviluppare a vantaggio della società umana: potenziare la cultura del dono, far conoscere il suo valore sociale, sviluppare l'autostima di chi dona e il riconoscimento che il mondo circostante gli deve. "Io ho quel che ho donato"¹ è una celebre sintesi di questi concetti: il dono ci dona a sua volta la soddisfazione di noi stessi e, per i credenti, la soddisfazione di aver ottemperato all'insegnamento divino². Ci sentiamo migliori, ci sentiamo diversi e speciali.

Be different o Be special abbiamo stampato sulle nostre magliette. Dobbiamo farlo capire a tutti, perché solo liberandoci dagli egoismi e dal dio denaro, che tutto possiede e regola, potremmo vivere in un mondo più giusto e più felice.

1. Lucio Anneo Seneca. Hoc habeo, quodcumque dedi. De Beneficiis VI, 3, 1, circa 60 d.C.

2. Già nelle Antiche Scritture, peraltro, le persone che non pensano solo a se stesse e che sono capaci di generosità sono additate come esempi: esse sono definite Giusti. Uomo Giusto è quindi colui che sa donare qualcosa agli altri.

17 ottobre 2019

La verità clinica e i rapporti con il paziente

Il medico coscienzioso cerca di porsi nei confronti del paziente in modo autorevole aggiornando le sue conoscenze e la sua pratica. La conoscenza medica tuttavia è precaria (giacché quello che è vero oggi può essere smentito domani) e la qualità della pratica è soggettiva e talora discutibile. Proprio questo divenire delle cose rende molto difficile al medico affermare in modo categorico la proposta clinica al paziente, se prima non spiega i limiti del suo consiglio. Ma questa onesta posizione può essere interpretata come incertezza e non conquistare la fiducia del paziente, che si avventura perciò alla ricerca di seconde opinioni o peggio di opinioni raccolte sull'web da sorgenti di vario tipo. Spesso il paziente ne risulta confuso, incerto, dubbioso, ansioso e disperato e diviene negativo verso i medici e la scienza medica. Che fare?

1. Il medico deve migliorare continuamente le sue conoscenze e la sua pratica clinica, possibilmente partecipando a gruppi di colleghi guidati da maestri di valore e ascoltando i pazienti per capirne i problemi. Essendo questa la situazione, l'autorevolezza del curante e la fiducia che il paziente ripone in lui dipendono in grandissima misura dalle doti umane del medico e dalla sua capacità di rapportarsi e comunicare con il paziente. Se il medico ha empatia o meglio simpatia in senso etimologico (sym-patheia, soffro insieme), il paziente si affida a lui, altrimenti diffida di lui. Mi affido a te perché malgrado i tuoi limiti mi vuoi bene e partecipi alla mia angoscia, al mio dolore fisico e psichico, alla sofferenza dei miei cari e di quanti mi amano.

2. L'Istituzione sanitaria più autorevole deve parlare al pubblico, raccogliere le domande, rispondere ai quesiti e ai dubbi. Il Ministero della Salute o altra Istituzione sanitaria pubblica possono essere questo soggetto e gestire un Servizio Telematico con la collaborazione di scienziati autorevoli, cogliendo il nocciolo dei problemi e dando risposte chiare, sollecite, corrette e non interessate sia ai pazienti che ai medici che lo interpellano (consulto telematico).

Perché quanto sopra possa realizzarsi è necessario un Piano mirato che inizi già dal curriculum studiorum universitario che necessita di una radicale revisione in molti ambiti², compresi l'insegnamento della corretta comunicazione dei medici con i pazienti e la società tutta e una valutazione del comportamento del medico all'interno di un processo di rivalidazione professionale periodica.

Salisbury H. Patients are the best teachers. BMJ 2019;356:l4494.

Green M et al. Medical Education 2020. Charting a path forward. JAMA 322, 934-35, 2019.