

360°

Quando chi cura diventa un nemico

pag. 5

PROFESSIONE

Antibiotico-resistenza,
una piccola grande guerra

pag. 17

SANITÀ

Doping: contro etica e salute

pag. 24

L'INTERVISTA

Luigi Naldini: il futuro della
terapia genica

pag. 33

www.omceomi.it

Collegati con l'Ordine

Ricordiamo che, ai sensi dell'art. 16 comma 7 D.P.R. 185/2008, sei tenuto a comunicarci il tuo indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC). Se non lo hai già fatto, segnalalo inviandolo a: segreteria@pec.omceomi.it
Grazie.

I telefoni dell'Ordine

Direzione

Dott. Marco CAVALLO
tel. 02.86471.1

Segreteria del Presidente

Giusy PECORARO
tel. 02.86471410

Segreteria consigliere medicina generale

Cinzia PARLANTI
tel. 02.86471400

Segreteria del vice presidente

Marina ZAFFARONI
tel. 02.86471448

Segreteria del consigliere segretario

Laura CAZZOLI
tel. 02.86471413

Segreteria commissioni

Maria FLORIS
tel. 02.86471417

Area giuridica amministrativa

Avv. Mariateresa GARBARINI
tel. 02.86471414

Segreterie organi collegiali

Ufficio deontologia procedimenti disciplinari

Dott.ssa Daniela MORANDO
tel. 02.86471405

Ufficio iscrizioni, cancellazioni, certificati

Alessandra GUALTIERI
tel. 02.86471402

Cinzia PARLANTI

tel. 02.86471400

Maria FLORIS

tel. 02.86471417

Marina ZAFFARONI

tel. 02.86471448

Front office

Cinzia PARLANTI (Stampa)

tel. 02.86471400

Maria FLORIS

tel. 02.86471417

Amministrazione e contabilità

Antonio FERRARI

tel. 02.86471407

Contabilità - visti d'equità

Gabriella BANFI

tel. 02.86471409

Rossana RAVASIO

tel. 02.86471419

Ufficio Stampa - sito istituzionale

Mariantonia FARINA

tel. 02.86471449

Aggiornamento ECM

Sarah BALLARÉ

tel. 02.86471401

Mariantonia FARINA

tel. 02.86471449

Segreteria commissione odontoiatri

Silvana BALLAN

tel. 02.86471423

Pubblicità sanitaria e psicoterapeuti

Lorena COLOMBO

tel. 02.86471420

CED

Lucrezia CANTONI

tel. 02.86471424

Loris GASLINI

tel. 02.86471412

Centralino

Fabio SORA

tel. 02.864711

ENPAM - Pratiche pensioni

Stefania PARROTTA

tel. 02.86471404

Sportello ENPAM, modalità di ricevimento

Ricevimento telefonico:

lunedì e mercoledì h 14:00-16:00
martedì e giovedì h 10:00-12:00

Ricevimento in sede (su appuntamento)

lunedì e mercoledì h 10:00-12:00
martedì e giovedì h 14:00-16:00

Per prenotare il proprio appuntamento,
chiamare il numero di telefono:
02.86471404

Una segreteria telefonica è sempre
attiva per lasciare eventuali messaggi;
il referente d'ufficio provvederà a
rispondere appena possibile.



EDITORIALE

- 3 La riforma degli Ordini: un “temporale” in un bicchier d’acqua

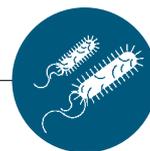


QUANDO CHI CURA DIVENTA IL NEMICO

- 5 Aggressioni: motivi tanti, giustificazione nessuna
8 I numeri del fenomeno
11 Violenza sugli operatori sanitari: la normativa
13 Le iniziative locali

PROFESSIONE

- 14 Le banche dati web che rispondono ai quesiti clinici
17 Antibiotico-resistenza: i batteri nel bunker
21 Tra riduzione del danno e nuovi rischi. Il dilemma della sigaretta elettronica



SANITÀ

- 24 Doping: oltre l’etica sportiva, si butta via la salute
28 Screening per il cancro della cervice uterina: novità in Lombardia
30 La rivincita dei grassi



L'INTERVISTA

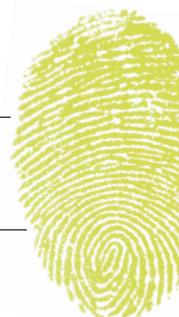
- 33 Uno sguardo al futuro della terapia genica

DIRITTO

- 37 Doppia mandata sui dati personali con il nuovo regolamento UE

CLINICOMEDIA IERI E OGGI

- 40 La lunga strada per la corretta diagnosi
42 Diagnosi di malaria: adesso bastano una puntura e 15 minuti



STORIA E STORIE

- 43 La Presidenza Bariatti 1961-63

- 46 Da leggere, vedere e ascoltare

SMARTFAD

- I **Multiresistenza agli antibiotici**
II Quella sporca dozzina
IV Facile prendersela con i più deboli
VI Cattivo, ma non cattivissimo





L'immagine di copertina si riferisce a un fatto di cronaca realmente avvenuto nel 2015 presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Locri ed è stata pubblicata su *Stretto Web*.

Registrazione al Tribunale di Milano
n° 366 del 14 agosto 1948
Iscritta al Registro degli operatori
di comunicazione (ROC) al n. 20573
(delibera AGCOM n. 666/08/CONS del
26 novembre 2008).

Direttore Responsabile

Roberto Carlo Rossi

Comitato di Redazione

Giuseppe Bonfiglio, Giulia Lavinia
Allegra Borromeo, Luigi Di Caprio,
Costanzo Gala, Ugo Garbarini,
Dalila Patrizia Greco, Maria Grazia
Manfredi, Luigi Paglia, Alberto
Scanni, Ugo Giovanni Tamborini,
Martino Massimiliano Trapani

Redazione e realizzazione

Zadig Srl
via Ampère 59, 20131 Milano
tel. 02 7526131 - fax 02 76113040
segreteria@zadig.it
www.zadig.it

Direttore: Pietro Dri

Redazione: Tommaso Saita, Maria
Rosa Valetto (coordinamento)

Grafica: Luisa Goglio

Autori degli articoli di questo

numero: Claudia Arcari, Rita Banzi,
Cristina Da Rold, Valeria Esposito,
Ugo Garbarini, Cristina Gaviraghi,
Angelica Giambelluca, Marien
Gonzalez-Lorenzo, Stefano Menna,
Antonino Michienzi, Simonetta
Pagliani, Franco Pagnoni, Nicoletta
Scarpa, Debora Serra, Maria Rosa
Valetto, Roberta Villa

Segreteria

Mariantonia Farina
Via Lanzone 31, 20123 Milano
tel. 02 86471449
stamp@omceomi.it

Stampa

Cartostampa Chiandetti Srl,
Stamperia a Reana del Rojale, Italia

Trimestrale
Spedizione a cura di Nexive SpA
Via Fantoli 6/3, 20138 Milano

Dati generali relativi all'Ordine

Consiglio Direttivo

Presidente

Roberto Carlo Rossi

Vice Presidente

Giuseppe Bonfiglio

Segretario

Ugo Giovanni Tamborini

Tesoriere

Luigi Di Caprio

Presidenti Onorari

Ugo Garbarini

Consiglieri

Luciana Maria Bovone, Giovanni
Campolongo, Giovanni Canto,
Costanzo Gala, Maria Grazia
Manfredi, Pietro Marino, Arnaldo
Stanislao Migliorini, Massimo Parise,
Giordano Pietro Pochintesta, Alberto
Scanni, Maria Teresa Zocchi

Commissione Albo odontoiatri

Presidente

Andrea Senna

Segretario

Luigi Paglia

Componenti

Giulia Lavinia Allegra Borromeo,
Jason Motta Jones, Claudio Giovanni
Pagliani

Collegio Revisori dei conti

Presidente

Martino Trapani

Revisori

Giuseppe Brundusino

Revisore Supplente

Alessandra Carreri

Nota per gli autori

Gli articoli e la relativa iconografia impegnano esclusivamente la responsabilità degli autori. I materiali inviati non verranno restituiti.

Il Comitato di Redazione si riserva il diritto di apportare modifiche a titoli, testi e immagini degli articoli pubblicati. I testi dovranno pervenire in redazione in formato word, le illustrazioni su supporto elettronico dovranno essere separate dal testo in formato TIFF, EPS o JPG, con risoluzione non inferiore a 300 dpi.

La riforma degli Ordini: un “temporale” in un bicchier d’acqua

IN TEMPORALE, uno dei più famosi “drammi da camera” di August Strindberg, si aspetta con ansia lo scoppio del temporale, che invece sembra non voler mai arrivare. Il commediografo svedese utilizza un fenomeno atmosferico come metafora dell’opportuna conclusione di quanto di drammatico è accaduto nella vita dei personaggi. Dopo aver aspettato e tollerato tanto, la situazione si è incancrenita ma ora la “crisi” che si profila all’orizzonte (atmosferica e narrativa) sembra finalmente risolutiva. Tuttavia, nel dramma, il temporale alla fine scoppia e la vicenda, a suo modo, giunge a una conclusione.

Abbiamo aspettato per molti lustri una legge di riforma degli ordini sanitari. La legge istitutiva è stata promulgata negli Anni Venti. Dopo il periodo fascista (che determinò lo scioglimento di queste Istituzioni), venne riproposta nel dopoguerra con un testo simile a quello dell’inizio Novecento. Non era affatto una cattiva legge, ma, ovviamente, venne approvata in un mondo che poi è cambiato molte e molte volte. Ora, la legge di riforma degli Ordini Sanitari (il così detto DDL “Lorenzin”) è stata votata poche ore prima dello scioglimento delle Camere ed è stata pubblicata in Gazzetta Ufficiale a più di un mese dalla sua approvazione. Entra in vigore a metà febbraio 2018. Una simile impazienza del Legislatore italiano, dopo tanta ignavia, è di per sé sospetta e subito si fa strada il dubbio che tutto sia stato fatto in fretta e furia, in periodo elettorale, per accontentare qualche professione sanitaria che ora può finalmente vantarsi di avere un ordine professionale. Il dubbio si rafforza leggendo il testo del provvedimento. Si tratta, nella peggiore tradizione del nostro Paese, di un polpettone, di una *lex omnibus* che contiene diversi sottocapitoli (norme su i comitati etici, le sperimentazioni cliniche, la medicina di genere, ecc.).



Prove del *Temporale* di August Strindberg al Piccolo Teatro di Milano, regia di Giorgio Strehler (nella foto con l’attore Tino Carraro).

La parte che riguarda gli Ordini sanitari si limita a piccoli aggiustamenti dell'esistente. In sintesi, si pone il limite dei due incarichi consecutivi per l'eleggibilità alle cariche ordinistiche, si aumenta la durata dei mandati a quattro anni, si auspica il rinnovo generazionale e l'equilibrio tra i generi, si auspica l'apertura di seggi anche presso gli ospedali, si auspica l'utilizzo del voto elettronico, si separa la funzione inquirente da quella giudicante nell'ambito dei procedimenti disciplinari. Inoltre, sarà necessario avvalersi di un revisore contabile non medico, iscritto in un apposito elenco. I rumors dicono (forse con ragione) che alcune di queste norme vadano in gran parte a colpire un determinato presidente di Ordine che avrebbe fatto più d'uno sgarbo ai politici. In ogni caso, come si vede, sono state decise solo piccole accomodate di carattere burocratico-amministrativo. Francamente tutti ci aspettavamo di più e infatti il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, all'unanimità, ha bocciato il DDL "Lorenzin" poco prima che venisse approvato in via definitiva.

Ma che cosa si aspettavano i presidenti degli Ordini italiani? Gli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri sono organismi composti da tecnici (ora definiti sussidiari dello Stato), eletti dai medici e dagli odontoiatri. Le pubbliche autorità non hanno mai sfruttato questa peculiarità per emettere leggi e provvedimenti in ambito di sanità pubblica e di organizzazione sanitaria con il supporto tecnico di chi professa attivamente. Ci si aspettava quindi che la nuova Legge rendesse obbligatoria la consultazione della Federazione a livello nazionale e degli Ordini a livello locale per tutto ciò che concerne la vita sanitaria del nostro Paese e delle Regioni. Continua a mancare, inoltre, il collegamento diretto con le forze dell'ordine e con la magistratura, che invece sarebbe auspicabile per un organismo che deve gestire gli albi e deve dare corso ai procedimenti disciplinari. Anche il problema della tutela della qualità dell'atto medico nei confronti del cittadino e dei rapporti degli Ordini dei medici con la cittadinanza non viene minimamente affrontato, lasciandolo ancora una volta alla discrezione e all'iniziativa dei singoli. Insomma, un'occasione mancata per promulgare una legge moderna e al passo con i tempi.

Per contro, la Legge contiene un passaggio davvero sinistro, che limita pesantemente l'autonomia degli Ordini: *"I [gli Ordini] vigilano sugli iscritti agli albi, in qualsiasi forma giuridica svolgano la loro attività professionale, compresa quella societaria, irrogando sanzioni disciplinari secondo una graduazione correlata alla volontarietà della condotta, alla gravità e alla reiterazione dell'illecito, tenendo conto degli obblighi a carico degli iscritti, derivanti dalla normativa nazionale e regionale vigente e dalle disposizioni contenute nei contratti e nelle convenzioni nazionali di lavoro"*. Si tratta di un ulteriore, gravissimo, passo verso l'asservimento degli Ordini al *moloch* del potere politico. In altri termini, se fosse possibile ricondurre l'illecito deontologico commesso da un iscritto a norme contrattuali o convenzionali

o a disposizioni aziendali o regionali, qualsiasi nefandezza sarebbe possibile e l'Ordine sarebbe impotente e incapace di tutelare la stragrande maggioranza dei professionisti che quotidianamente si comportano in maniera deontologicamente corretta. Il dissidio tra deontologia e legge è un nodo gordiano che ricorre nella letteratura di tutti i tempi e che ha impegnato e fatto arrovellare i filosofi e i letterati. Ma il Parlamento italiano non si ferma a queste pinzillacchere e, come un Alessandro Magno un po' ignorante, liquida la questione in quattro e quattr'otto. D'altra parte, se c'è da approvare una legge che è utile a portare un po' di voti e se c'è da ridurre al silenzio qualche Ordine scomodo, perché non farlo?





QUANDO CHI CURA DIVENTA IL NEMICO

Aggressioni: motivi tanti, giustificazione nessuna

CRISTINA GAVIRAGHI

In principio c'è l'aspettativa, da parte di un paziente o del familiare, di ricevere un certo tipo di attenzione e in certi tempi; ma quando ciò viene disatteso scatta il "diritto", arrogato, di insultare, intimidire, minacciare, fino ad arrivare all'aggressione fisica. Questo è ciò che succede sempre più spesso agli operatori sanitari, medici e infermieri *in primis*

A DIRLO sono fatti di cronaca e indagini statistiche: la violenza sugli operatori sanitari è un fenomeno tangibile e in continuo aumento. E per violenza non si intendono solo gli eclatanti eventi riportati dai media, ma "tutti quegli atti e quegli abusi che umiliano, degradano o danneggiano il benessere o la dignità di una persona".

Rientrano in questa classificazione quei comportamenti aggressivi che indicano un mancato rispetto per l'altra persona. Si parte da insulti, intimidazioni, minacce, spintoni, fino ad arrivare a più serie aggressioni fisiche che possono procurare le conseguenze più nefaste, tutto messo in atto all'interno dei luoghi di cura a danno di medici e infermieri da parte di pazienti, familiari o *caregiver*.

Un fenomeno sempre più diffuso negli ultimi anni, tanto da essersi guadagnato, da parte del Ministero della Salute, la classificazione di "evento sentinella" ovvero un evento avverso di particolare gravità che merita l'individuazione e l'implementazione di adeguate misure correttive. In particolare, la violenza sugli operatori sanitari è un segnale della presenza, nell'ambiente di lavoro, di situazioni di rischio che



Gli episodi di violenza ai danni degli operatori sanitari sono un segnale di un cambiamento culturale, di un mutato rapporto tra paziente e medico, tra cittadino e pubblica amministrazione



richiedono l'adozione di azioni preventive e provvedimenti per la protezione dei lavoratori. Accade nelle strutture psichiatriche, dove è la natura stessa del paziente a rendere più probabile un comportamento aggressivo nei confronti di chi lo prende in cura, o dove ci si occupa di abusi di alcol e droghe, ma non solo. Accade anche e soprattutto nelle unità di pronto soccorso dove il cittadino si reca, o si dovrebbe recare, nei casi di urgenza ed emergenza. Non sono rari, però, anche episodi di aggressione ai danni di operatori sanitari presso le accettazioni, nelle sale d'attesa, negli ambulatori, dove si eroga il servizio di continuità assistenziale e anche nei reparti di degenza.

Il paziente o un suo familiare si spazientisce, si irrita, insoddisfatto per l'attenzione e il servizio che riceve e allora scatta la violenza che può limitarsi a parole offensive e minacce o sfociare in un'aggressione fisica vera e propria, seguendo uno schema in crescendo che caratterizza questo tipo di reazioni.

“Alla base di tutto c'è, nell'aggressore, un meccanismo di frustrazione per un'aspettativa che non viene soddisfatta”, spiega Alessandro Sicora, docente presso il Dipartimento di scienze politiche e sociali dell'Università della Calabria e autore di pubblicazioni sul tema della violenza contro gli operatori sanitari e sociali. Il paziente, o un suo familiare, si aspetta un certo tipo di attenzione in certi tempi e, se non riceve ciò che ritiene essere un suo diritto, mette in atto un comportamento aggressivo. Un atteggiamento che ai suoi occhi appare una difesa, ma che è a tutti gli effetti una violenza nei confronti dell'operatore sanitario.

“Se quest'ultimo poi, nella maggioranza dei casi un infermiere o un medico, reagisce per difendersi in modo analogo all'aggressore, allora questi si sente legittimato nella sua violenza e si genera così un'*escalation* che può portare a esiti nefasti”, continua Sicora.

NON C'È EFFETTO SENZA CAUSE

Il luogo in cui queste dinamiche appaiono più evidenti è certamente il pronto soccorso, dove il paziente e chi lo accompagna ha un'aspettativa di cura e attenzione immediata. In generale, però, rispetto al passato, le attese degli utenti in ambito sanitario sono aumentate, così come è cresciuta l'attenzione verso la qualità del servizio che si riceve.

Parallelamente, però, come lamentano i sindacati di categoria, i tagli alle politiche sanitarie hanno contribuito, con la riduzione di personale e risorse, a diminuire l'efficienza organizzativa delle strutture sanitarie, creando così un *humus* favorevole all'insorgere di comportamenti aggressivi da parte degli utenti.

Spazi sovraffollati dove il paziente è costretto a lunghe attese senza ricevere informazioni e senza poterle facilmente reperire, in aggiunta a una condizione personale di sofferenza e malattia, innescano con maggiore probabilità l'atto violento nei confronti di medici e infermieri che, pur non essendo i diretti responsabili, sono l'interfaccia verso l'utente dell'intera struttura sanitaria e della sua organizzazione.



A questo si aggiunge un impoverimento dell'offerta sanitaria a livello territoriale che, complice l'invecchiamento della popolazione, contribuisce a riversare tutte le aspettative sugli ospedali, i quali diventano così l'unico punto certo di riferimento.

L'incremento degli episodi di violenza ai danni degli operatori sanitari è poi un segnale di un cambiamento culturale, di un mutato rapporto tra paziente e medico, tra cittadino e pubblica amministrazione.

“Per questo fenomeno, però, non ha senso cercare un capro espiatorio: il medico sgarbato, l'utente irragionevole o l'ente cattivo”, precisa Sicora, “quando si verifica un evento avverso, alle spalle c'è sempre una concatenazione di eventi e occorre individuare e gestire i diversi anelli di tale catena”.

QUALE SOLUZIONE?

Per contrastare le aggressioni nelle strutture sanitarie è necessario intervenire per migliorare gli aspetti organizzativi e logistici dei luoghi di cura, implementando anche ulteriori misure di sicurezza a tutela dei lavoratori, in particolare in pronto soccorso e nei centri di continuità assistenziale dove gli operatori sono spesso lasciati soli. Ma questo non basta. “Occorre agire su tematiche come la relazione e l'ascolto, elementi imprescindibili nelle professioni volte al prendersi cura dell'altro”, puntualizza l'accademico calabrese.

Una relazione che l'operatore sanitario deve imparare a instaurare con il paziente in modo corretto tramite percorsi di formazione, al momento poco diffusi nel panorama italiano, e un ascolto non solo indirizzato verso l'utente, ma anche riflessivo, che permetta di analizzare l'atto violento, i segnali premonitori e le condizioni al contorno per meglio comprenderle e prevenirle.

Un percorso che deve coinvolgere più livelli, da chi imposta le politiche sanitarie, a chi dirige le strutture fino ad arrivare ai singoli operatori, principali vittime del fenomeno violento che devono essere messe in grado di prevenirlo e affrontarlo, abbandonando la convinzione, oggi assai diffusa, che l'eventuale aggressione possa essere parte integrante dell'attività lavorativa. Tutto questo passa anche dalla consapevolezza della pericolosità e della gravità delle aggressioni nei luoghi di cura, indipendentemente dall'esito manifesto dell'atto violento.

Qualunque azione aggressiva nei confronti di un operatore sanitario, sia essa verbale o fisica, lascia in lui pesanti strascichi, anche di natura psicologica. La violenza procura *choc*, incredulità, paura, un senso di sfiducia che può influire sull'autostima e sulla motivazione e incrementare la disaffezione al lavoro. Svolgere la propria attività in condizioni di paura e di stress danneggia la *performance* lavorativa, con il rischio di una svalutazione delle capacità professionali e di una diminuzione dell'efficienza della struttura sanitaria stessa.

E a risentirne alla fine sarà anche l'aggressore, insieme alla comunità intera, che riceverà servizi peggiori con costi sanitari più elevati. ■



I numeri del fenomeno

DEBORA SERRA

I dati parlano chiaro, le violenze sono aumentate ma, dato curioso, in particolare quelle perpetrate da gente comune. E i danni provocati, oltre che psicologici e fisici agli operatori che le subiscono, sono anche economici



>30mln

è il costo in euro degli atti di violenza avvenuti nel 2012

oltre
278mila

le giornate di infortunio causate da atti di violenza



UN'INFERMIERA lanciata contro il muro da un ex militare palestrato, una dottoressa picchiata da un tossicodipendente e una psichiatra che si è rotta il braccio nel tentativo di proteggersi dal PC lanciatole contro da un paziente. Questi tre casi, registrati negli ultimi mesi nel solo *hinterland* cagliaritano, rendono l'idea di quanto sia frequente la violenza sugli operatori sanitari.

Notizie che trovano ampio riscontro sia nei dati sugli eventi sentinella, in cui gli "atti di violenza a danno di operatore" sono al quarto posto tra le segnalazioni pervenute tra settembre 2005 e dicembre 2012,¹ sia sulla stima del danno economico² causato allo Stato dai traumi fisici agli operatori sanitari calcolato, per il 2012, in 278.118 giornate di infortunio, corrispondenti a oltre 30 milioni di euro (il 22% degli infortuni totali denunciati all'INAIL).

Numeri che fanno riflettere ma che rappresentano una sottostima del fenomeno. Infatti, secondo Filippo Anelli, presidente dell'OMCeO di Bari, "uno dei problemi rispetto al tema della sicurezza è legato alle difficoltà di mappare efficacemente un fenomeno che rimane spesso sommerso, perché in molti casi le vittime non denunciano e perché mancano attività di censimento mirate". Proprio per sopperire a questa mancanza, Anelli spiega che "l'Ordine dei medici di Bari ha attivato un osservatorio sulla

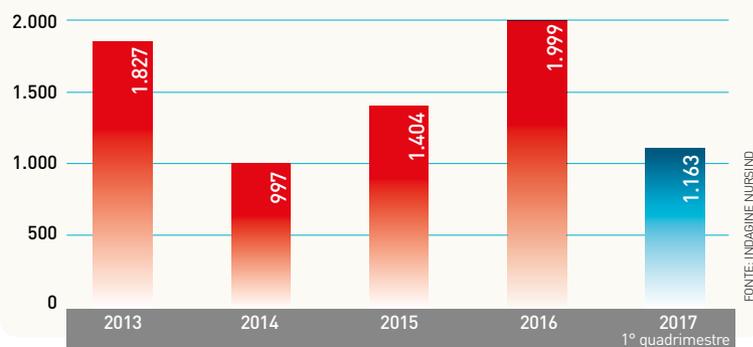
sicurezza che intende raccogliere le denunce dei colleghi e le criticità che i medici rilevano sul territorio" e che "si è molto insistito con la Regione affinché si costituisse un osservatorio regionale sulla sicurezza come luogo in cui registrare e analizzare i casi di aggressione, in modo da individuare i fattori di pericolosità e proporre soluzioni finalizzate alla tutela della sicurezza degli operatori sanitari".

Il problema, comunque, non è solo italiano: uno studio americano dell'Emergency Nurses Association (ENA)³ dimostra che più della metà degli infermieri dei dipartimenti di emergenza è vittima di violenza. Situazione analoga a quella descritta da una ricerca spagnola pubblicata sull'*International Journal of Occupational and Environmental Health*,⁴ da cui emerge che gli eventi di violenza avvengono più frequentemente nei servizi di emergenza e nelle strutture psichiatriche dove, nel solo 2009, le aggressioni fisiche hanno

Filippo Anelli,
presidente
dell'OMCeO di Bari



Figura 1. N° di aggressioni subite negli ultimi 5 anni dal campione



raggiunto rispettivamente il 48% e il 27% degli operatori; gli insulti e le minacce sono risultati invece ubiquitari e hanno coinvolto rispettivamente l'82% e il 64% degli operatori.

Come ricorda Anelli, "sul fenomeno esistono, purtroppo, pochi dati, non omogenei e frammentari". In particolare, gli ultimi dati dell'INAIL risalgono al 2013 e, "dei 4.000 infortuni indennizzabili riferiti a violenza sui luoghi di lavoro, più di un terzo si verificano in strutture sanitarie, e il 70% di essi interessa le donne". Va sottolineato che circa l'85% delle aggressioni è perpetrato dagli stessi pazienti: circa un quarto risulta affetto da disturbi psichici e circa il 6% sotto l'influsso di droghe.

Un quadro generale sul fenomeno emerge anche dall'indagine del Nursind (il sindacato delle professioni infermieristiche) che, tra il 3 e il 26 aprile 2017, ha intervistato 4.591 professionisti sanitari. Rispetto alla prima indagine, condotta nel 2013, l'edizione 2017 rivela che la percezione delle aggressioni è in aumento per il 60,9%, e in forte aumento per il 16,4%. La percentuale dei rispondenti che dichiara di essere stata aggredita è del 60% di cui: 1.827 prima del 2013, 997 nel 2014, 1.404 nel 2015, 1.999 nel 2016 e 1.163 nel primo quadrimestre del 2017 (figura 1). Sono inoltre in crescita sia le

aggressioni verbali, che passano dal 41% del 2013 al 66% del 2016, sia le vie di fatto, che costituiscono un terzo delle aggressioni.

I MOTIVI DELLE AGGRESSIONI

Mentre nel 2013 il 71,8% degli intervistati dichiarava che l'aggressione era legata a problematiche riscontrate dall'utente nel servizio, nell'ultima rilevazione la percentuale è variata dal 76 al 78%. Secondo Anelli, "per risolvere il problema alla radice, occorre ripensare il sistema della continuità assistenziale, attraverso aggregazioni territoriali che concentrino i medici in poli unici, soprattutto nel periodo di reperibilità notturna, presso gli ospedali o le sedi ASL di zona da dove effettuare il *triage* telefonico e rispondere alle chiamate dei pazienti per le visite domiciliari, per le quali andrebbe prevista la presenza di un accompagnatore". Inoltre, occorre portare avanti un'azione a livello culturale per ristabilire quel rapporto di fiducia medico-paziente che si è incrinato negli ultimi anni. Infatti, prosegue Anelli, "i medici spesso sono 'la faccia' del sistema sanitario, per cui i pazienti li ritengono responsabili di tutti i disservizi del sistema". In realtà "i medici, come i cittadini, sono vittime di un sistema che ha rincorso i pareggi di bilancio e ha dimenticato per strada l'umanizzazione dell'assistenza. Basta solo vedere come si è ridotto

il tempo clinico che possiamo dedicare ai pazienti. E se manca il rapporto interpersonale è più facile che scatti l'aggressività".

CHI AGGREDISCE IL PERSONALE SANITARIO?

I dati dell'indagine Nursind evidenziano che, dal 2013 al 2017, le aggressioni da parte dei parenti sono aumentate del 2% mentre sono quasi raddoppiate quelle miste da parte di pazienti e parenti (passando dal 15% al 28% circa delle aggressioni). Nel corso degli anni è variata poco anche la percentuale tra alcune categorie censite: prevalgono gli italiani in poco meno della metà dei casi, gli "stranieri" sono responsabili di circa il 20% delle aggressioni (in aumento del 5%) e le aggressioni da parte di "ubriachi" o pazienti affetti da disturbi psichici sono sostanzialmente stabili. I dati





La giurisprudenza concorda nel valutare la probabilità di eventi infortunistici correlati a episodi criminosi messi in atto da terzi alla stregua di un vero e proprio rischio professionale

indicano inoltre che le principali aggressioni avvengono da parte di gente comune e non sono strettamente legate allo stato patologico.

AGGRESSIONI E GENERE

I dati del Nursind evidenziano che c'è una maggiore incidenza tra le donne, con un valore in linea con il rapporto maschio/femmina nelle professioni sanitarie (66% femmine, 34% maschi – figura 2). Una tendenza che trova riscontro nello studio “La sicurezza e la tutela sul lavoro delle donne che operano nel campo dell’assistenza sanitaria”⁵ realizzato

34%
uomini



Figura 2. Genere delle vittime di violenza

66%
donne

per l’Associazione nazionale fra lavoratori mutilati e invalidi del lavoro (ANMIL) da cui emerge che dei circa 4.000 infortuni indennizzati complessivamente dall’INAIL nel 2013 tra gli operatori sanitari, circa 1.200 sono stati causati da “aggressione o violenza da parte di estranei”, di cui 851 (il 71%) hanno interessato la componente femminile. Anelli ricorda inoltre che “secondo il rapporto ANMIL ‘Prendersi cura di chi ci cura’, pubblicato nel 2015, alla luce dell’incidenza dei fenomeni lesivi ai danni delle donne in ambito sanitario, la giurisprudenza concorda nel valutare la probabilità di eventi infortunistici correlati a episodi criminosi messi in atto da terzi alla stregua di un vero e proprio rischio professionale, del quale il datore di lavoro non può non farsi carico in un’ottica di prevenzione e tutela delle condizioni dei lavoratori”. Eppure, come sottolinea Anelli, “poco è stato fatto per fronteggiare questa situazione drammatica, anche dopo i tragici episodi degli ultimi anni che hanno ricevuto l’attenzione dei media. Il risultato è un crescendo di insicurezza e di episodi di violenza a cui bisogna dire basta”. ■

Bibliografia

- 1 Ministero della Salute. [Settembre 2005 – dicembre 2012](#).
- 2 Barisone M et al. [Quotidianosanita.it, Gennaio 2016](#).
- 3 ENA. [Novembre 2011](#).
- 4 Gascon S et al. [Int J Occup Environ Health 2009, PMID 19267124](#).
- 5 ANMIL. [2015](#).



Violenza sugli operatori sanitari: la normativa

CRISTINA GAVIRAGHI

La Raccomandazione n° 8/2007 del Ministero della Salute è il primo documento di livello governativo che riconosce in modo specifico la gravità del fenomeno della violenza contro gli operatori sanitari

IL TESTO della Raccomandazione n° 8 emanata nel 2007 dal Ministero della Salute, “per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”, è rivolto a chi svolge servizi di assistenza alla persona, come medici, infermieri, psicologi, operatori socio-sanitari, eccetera, e fornisce le indicazioni per ridurre le condizioni di rischio, anche ambientali, e per affrontare meglio gli episodi di aggressione, grazie anche a un’opportuna formazione del personale. Il tutto auspicando la creazione di un gruppo di lavoro che coinvolga tutti i soggetti interessati, compreso il *management* cui viene consigliata anche l’implementazione di protocolli di monitoraggio degli episodi di violenza, fenomeno riconosciuto ormai come evento sentinella. Inoltre, la Raccomandazione favorisce l’analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi a essi correlati con lo scopo di promuovere iniziative volte a prevenire gli

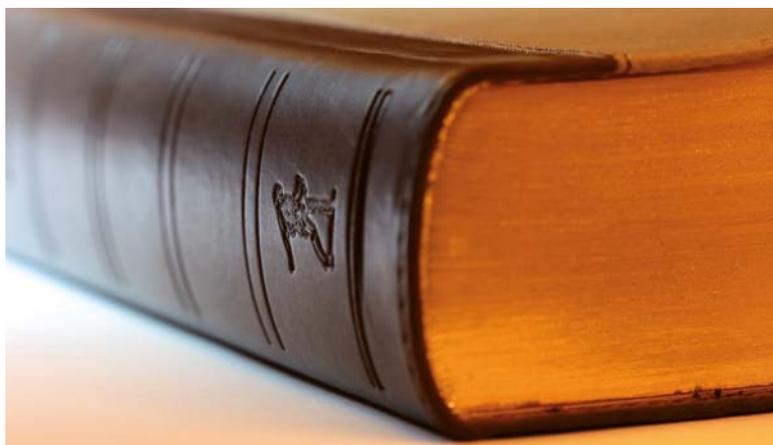
atti di violenza e ad attenuarne le conseguenze negative sugli operatori.

Ma passando al quadro strettamente normativo, risulta difficile trovare, nel panorama legislativo italiano, un provvedimento indirizzato in maniera specifica al comparto sanitario. Ciononostante, la giurisprudenza disciplina la materia tramite il d.lgs. n. 81/08 e sue modifiche, detto “testo unico della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”, che abbraccia in modo generico i vari ambiti produttivi.

Tale decreto, evoluzione del d.lgs. n. 626/94, investe il datore di lavoro della responsabilità di gestire e prevenire le problematiche relative alla sicurezza dei lavoratori e di vigilare sui rischi presenti. In particolare, il testo include l’obbligo di prevedere nel



Risulta difficile trovare, nel panorama legislativo italiano, un provvedimento indirizzato in maniera specifica al comparto sanitario



Documento della valutazione del rischio l'analisi e la stima di tutti i rischi, non solo quelli inerenti alla *safety*, riguardanti la tutela fisica e morale dei lavoratori all'interno dell'azienda, ma anche quelli inerenti alla *security*, che invece concerne la tutela del personale e dei beni aziendali dall'attacco di terzi.

Un concetto ben ribadito anche dalla determinazione del 5 marzo 2008, un documento dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture che sottolinea come la valutazione dei rischi

da interferenza, specie in sedi come ospedali e scuole, deve far riferimento non solo al personale interno, ma anche agli utenti che afferiscono alla struttura, in ambito sanitario, quindi a pazienti, familiari e visitatori in genere. La responsabilità del datore di lavoro sulla sicurezza dei suoi impiegati è ribadita anche da varie sentenze della cassazione e ben delineata dall'art. n. 2087 del codice civile che afferma: *“L'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la*

personalità morale dei prestatori di lavoro”.

Esiste quindi una normativa che tutela anche gli operatori sanitari dalle aggressioni esterne e che punta molto sulla valutazione dei rischi a scopo preventivo. L'applicazione scrupolosa di tali norme potrebbe ridurre di molto i casi di violenza, ma non basta. Occorre anche comprendere meglio ciò che sta alla base del fenomeno, non solo dal punto di vista organizzativo, ma anche culturale e sociologico, per proteggere gli operatori e gli utenti stessi, potenziali aggressori. ■

Quali interventi rapidi?

Come spiega Domenico Dalla Porta, referente nazionale di medicina del lavoro e sicurezza di Federsanità ANCI, si potrebbe rendere da subito più sicuro il luogo di lavoro attraverso l'adozione di adeguate "misure di prevenzione e protezione", che comprendono "la verifica sul rispetto dei requisiti minimi strutturali e tecnologici indicati nel d.p.r. del 14 gennaio 1997, e l'umanizzazione dell'ambiente sanitario, con la formazione degli operatori sanitari all'ascolto". Le misure di protezione sono invece rappresentate da tutti quegli accorgimenti necessari a rendere più sicuro il luogo di lavoro, tra cui "l'uso di vetri antisfondamento, di telecamere a circuito chiuso, di spioncini ai portoni delle guardie mediche e l'installazione di citofoni".

Bibliografia

Gazzetta Ufficiale n. 42. [D.p.r. 14 gennaio 1997.](#)



Domenico Dalla Porta

Le iniziative locali

DEBORA SERRA

L'ISTITUZIONE di un osservatorio nazionale per il monitoraggio di aggressioni e violenze agli operatori sanitari è un'esigenza sempre più forte e se ne è parlato di recente durante la tavola rotonda "Violenza a danno dei sanitari: un problema non solo di genere", organizzata a conclusione del 4° Congresso Nazionale CISL Medici. Parallelamente si susseguono, da Nord a Sud, iniziative, campagne di sensibilizzazione e corsi di formazione per arginare e contrastare i sempre più frequenti casi di violenza a danno degli operatori sanitari. ■



PUGLIA Va ricordata la campagna realizzata in Puglia a marzo 2017 che ha visto l'affissione di cartelli 6x3 (metri) nei sei capoluoghi di Regione. Due le varianti, tra immagini e slogan, per veicolare il messaggio: un paziente che si colpisce da solo con un pugno, accompagnato dalla scritta "Chi aggredisce un medico, aggredisce se stesso. Difendiamo chi difende la nostra salute", e una dottoressa con un evidente ematoma sul viso, ritratta accompagnata dalla scritta "In Puglia è record di aggressioni ai medici. Chi aggredisce un medico, aggredisce se stesso. Difendiamo i medici, difendiamo la nostra salute". La Puglia è infatti la Regione che tra il 1984 e il 2016 ha registrato il maggiore numero di episodi di violenza nei confronti di medici e infermieri (il 26% del totale).

LOMBARDIA In Lombardia, Regione al terzo posto per numero di segnalazioni insieme alla Sardegna (13%), sono numerose le iniziative realizzate nel tempo per contrastare il fenomeno. Tra quelle passate, merita particolare attenzione la "Mozione concernente più sicurezza nei pronto soccorso degli ospedali in prossimità di EXPO" che, per far fronte all'incremento di numero di persone che sarebbero potute afferire negli ospedali e nei pronto soccorso durante l'evento, ha previsto non solo l'incremento del personale lavorativo, ma anche della sicurezza dei presidi ospedalieri (in particolare nei pronto soccorso) in termini di dotazioni di sicurezza e finanziamenti per la sorveglianza, specifici per gli ospedali più prossimi all'area dell'evento. A quella mozione fanno seguito, oggi, numerose discussioni politiche che chiedono alla Giunta regionale di mantenere attivi tutto l'anno gli impegni assunti in occasione di eventi speciali, così da incrementare il livello di sicurezza. Parallelamente sono numerose le iniziative di informazione e formazione che si svolgono sul territorio regionale, tra queste: convegni, come quello dell'ASST di Monza di ottobre 2017 ["Valutazione e gestione degli atti di violenza a danno del personale ospedaliero: confronto delle esperienze in Regione Lombardia"],¹ e tavole rotonde, come quella organizzata dalla CISL a settembre 2017 ("Affrontare insieme il problema della violenza in sanità per garantire una buona assistenza e tutela della salute").²



SICILIA In Sicilia, seconda Regione per numero di episodi di violenza registrati (16%), è stato recentemente approvato il "Protocollo di rilevazione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e sindrome da burnout correlata". Il testo, che ha avuto il via libera dal ministro della salute Beatrice Lorenzin, darà il via a un progetto realizzato in *partnership* tra l'associazione scientifica Hospital & Clinical Risk Managers, l'OMCeO di Palermo e l'Azienda ospedaliera universitaria Paolo Giaccone, con la collaborazione di diverse Aziende sanitarie regionali, per arginare i continui atti di violenza subiti dai medici e da tutti i professionisti della sanità negli ospedali e nelle strutture territoriali, soprattutto nelle aree di emergenza, di continuità assistenziale e di prima accoglienza.

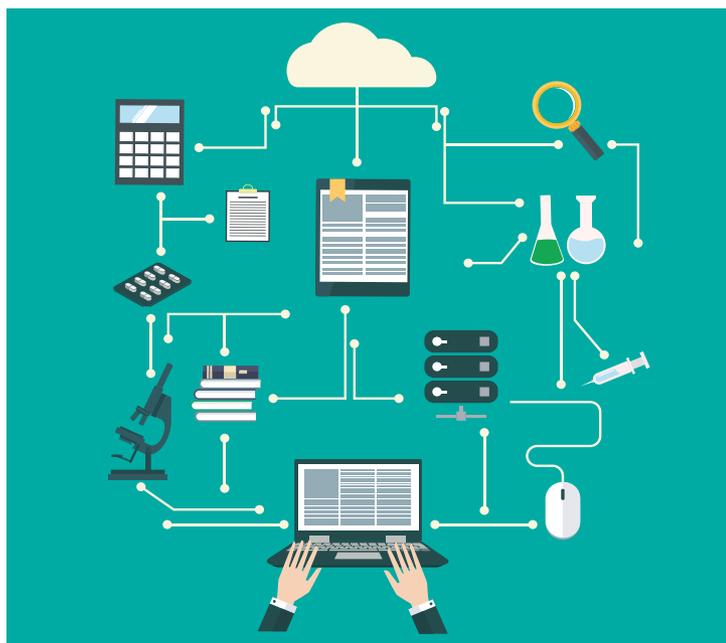
PIEMONTE Per chiudere ricordiamo la campagna congiunta dell'ASL T04, del Collegio IPASVI Provinciale di Torino e dell'OMCeO della Provincia di Torino che hanno realizzato un manifesto con lo slogan "Condanniamo la violenza. E' inaccettabile che la violenza sia parte del lavoro di chi si prende cura del prossimo" affisso in tutte le strutture operative dell'ASL T04 per sensibilizzare sul tema.



Bibliografia

- ¹ Regione Lombardia – ASST Monza. [Ottobre 2017](#).
- ² CISL. [Settembre 2017](#).

Le banche dati web che rispondono ai quesiti clinici



Alla base di ogni decisione clinica o sanitaria ci sono o dovrebbero esserci le migliori prove scientifiche provenienti dalla ricerca; ma se da una parte c'è un'overdose di informazioni e risultati di nuovi studi, dall'altra le nuove tecnologie ci tendono una mano

LE INFORMAZIONI generate da studi rilevanti e condotti in modo rigoroso fuse con l'esperienza del medico, i fattori di contesto e i valori del paziente formano l'amalgama ottimale per prendere la decisione giusta in un processo decisionale condiviso.¹ La rapidità con cui le informazioni scientifiche vengono prodotte oggi, la complessità legata alla valutazione delle stesse e la scivolosa relazione tra prove e *marketing* rende difficile il lavoro di aggiornamento costante dei professionisti. Occorre portare prove scientifiche di buona qualità, filtrate per rilevanza e organizzate in formati concisi ed esaustivi per rispondere rapidamente a domande che insorgono nella pratica clinica, al

cosiddetto "letto del paziente" (*point of care*). Gli editori internazionali hanno investito una notevole quantità di risorse nello sviluppo di strumenti informativi che rispondano a questi requisiti; le tecnologie esplose negli ultimi vent'anni hanno fatto il resto. L'aspetto innovativo di questi sistemi è legato a come i contenuti sono progettati per essere utilizzati al punto di cura: i temi sono logicamente raggruppati intorno a quesiti clinici rilevanti. Per ciascuno di questi scenari il sistema propone percorsi diagnostici, alternative terapeutiche, immagini, calcolatori, e altri strumenti che orientano il professionista sanitario nel costruire le ipotesi di cura più appropriate per quel paziente.² Una sorta di secondo parere autorevole. L'utilità e qualità degli strumenti informativi al letto del paziente dipendono, oltre che dall'accessibilità delle informazioni, dal loro valore. Valore inteso come affidabilità e rilevanza in termini di ricadute cliniche. Valutare il valore dei contenuti riportati da un prodotto informativo al letto del paziente non è impresa facile. Non esistono standard riconosciuti, ma possiamo affidarci al buon senso e mutuare alcune riflessioni dal mondo della metodologia delle sintesi delle prove. Sono essenzialmente tre gli aspetti che condizionano il valore delle informazioni riportate in questi strumenti informativi. Il primo è la qualità dei processi editoriali e la loro trasparenza. Per esempio, è importante sapere chi ha redatto un dato capitolo, se ha potenziali conflitti di interesse o, se più in generale, c'è un supporto commerciale alla definizione dei contenuti, se esistono meccanismi di *peer review* dei contenuti o come e con che frequenza vengono aggiornati i contenuti. Un secondo aspetto chiave è la metodologia alla base della produzione dei contenuti, per esempio se le fonti di ricerca bibliografica sono esaustive, se si valuta la qualità delle prove raccolte e si fa una classificazione delle stesse, se e in che misura vengono considerate le opinioni degli esperti. Infine, per essere utili al letto del paziente i contenuti devono ovviamente coprire un numero adeguato di condizioni cliniche, includendo informazioni generali

sulle patologie, sui percorsi diagnostici e di *follow-up*, sulle strategie terapeutiche disponibili.

GLI STRUMENTI MIGLIORI

Nelle analisi condotte negli ultimi anni³⁻⁶ sono stati valutati in tutto 26 strumenti informativi internazionali. La mediana di costo per un abbonamento individuale nel 2014 era di 244 euro/anno. Questo mercato editoriale sembra essere in grande espansione e, nel tempo, si è notata una maturazione di questi prodotti, con un miglioramento in tutte le dimensioni valutate, che comprendono aspetti di qualità editoriale, metodologica e di copertura di condizioni cliniche (volume). BMJ Best Practice, DynaMed Plus e UpToDate hanno raggiunto il massimo punteggio, dimostrando come alcuni prodotti informativi, sviluppati da editori internazionali molto importanti, siano ormai dei veri e propri *top player*. Abbiamo testato questi tre prodotti su un caso clinico molto semplice e comune (vedi box).



Paziente maschio di 40 anni, lombalgia acuta (4-6 settimane), sedentario
Anamnesi recente sforzo con sollecitazione per la colonna lombare (ha aiutato un amico a traslocare); nega episodi di lombosciatalgia in passato
Sintomi dolore in sede lombare e glutea destra, senza irradiazione alla gamba; non debolezza degli arti inferiori
Terapia antinfiammatori non steroidei da 3-4 giorni senza apparente beneficio
Intervento esercizio fisico moderato (vs non intervento)
Esiti riduzione del dolore e del tempo di ritorno al lavoro

QUALI INFORMAZIONI

Tutti i prodotti informativi analizzati riportano informazioni dettagliate sul quesito clinico in esame. La navigazione per raggiungere tali informazioni risulta semplice e intuitiva. Tutti includono informazioni su epidemiologia, eziologia, diagnosi, trattamento farmacologico e non farmacologico, prognosi e prevenzione e la possibilità di saltare rapidamente tra le diverse sezioni. Le modalità dell'organizzazione dei contenuti è piuttosto discorsiva in BMJ Best Practice e UpToDate mentre è molto schematica in DynaMed Plus. BMJ Best Practice riassume le raccomandazioni in box posti all'inizio del "capitolo", utili per una rapida consultazione.

Tutti hanno materiale informativo per pazienti (in inglese) per spiegare gli interventi da mettere in atto nella condizione in esame.

Ulteriori informazioni comparative tra i prodotti analizzati derivate dalla sola analisi dei "capitoli" presi in esame per la risoluzione del caso clinico, sono riportate nella tabella a pagina 16.

QUALI RISPOSTE

Per ciò che riguarda la risposta al quesito clinico, i tre strumenti analizzati suggeriscono approcci molto simili. Il paziente deve essere valutato clinicamente per escludere cause specifiche quali ernie e patologie sistemiche, ma non sono raccomandati approfondimenti diagnostici (esami di laboratorio, risonanze o TC) nel caso di sintomatologie di breve durata (BMJ Best Practice e UpToDate indicano chiaramente 4 settimane come soglia temporale). Tutti gli strumenti concordano sul fatto che l'esercizio fisico non sembra migliorare la sintomatologia dolorosa o la funzionalità durante la fase acuta. Ai pazienti dovrebbe essere raccomandato comunque di rimanere attivi, ritornare rapidamente alle proprie attività quotidiane (lavoro/scuola) mentre è sconsigliato il riposo prolungato a letto. Le fonti informative su cui si basano queste raccomandazioni sono sostanzialmente le stesse, in particolare una revisione Cochrane aggiornata al 2010.⁷ Le raccomandazioni sono leggermente diverse nel consigliare l'esercizio fisico in fase subacuta o nei pazienti che sono più a rischio di sviluppare una lombalgia cronica. Tutti gli strumenti suggeriscono che l'esercizio fisico possa ridurre i tempi di ritorno al lavoro in queste situazioni, ma solo UpToDate sembra chiaramente raccomandare tale approccio. BMJ Best Practice riporta dettagli sulla tipologia di esercizio da preferire e modalità da consigliare, mentre UpToDate rimanda a un capitolo dedicato.

Gli strumenti analizzati in questa analisi forniscono quindi risposte molto simili sul quesito clinico in esame. Non possiamo escludere che il livello di approfondimento delle informazioni riportate sia più variabile nel caso di quesiti clinici più complessi o specialistici. È interessante notare che i tre strumenti analizzati dichiarano di non accettare un supporto commerciale alla produzione dei contenuti: DynaMed Plus si basa prevalentemente su *team* editoriali interni, mentre i contenuti di BMJ Best Practice e UpToDate derivano principalmente da contributi di

Tabella comparativa degli strumenti informativi *point of care* analizzati

	BMJ Best Practice 	DynaMed Plus 	UpToDate 
<i>Autori/editori</i>	chiaramente riportati a fine capitolo	curatori chiaramente riportati a inizio capitolo, autori non riportati	chiaramente riportati a inizio capitolo
<i>Peer review</i>	non riportata	non riportata	chiaramente riportata a inizio capitolo
<i>Aggiornamento dei contenuti</i>	novembre 2017	ottobre 2017	ottobre 2017
<i>Dichiarazione conflitti d'interesse</i>	chiaramente riportata a fine capitolo	non riportata	chiaramente riportata a fine capitolo
<i>Struttura dei contenuti</i>	schematica, ricca di tabelle e algoritmi	molto schematica, elenchi e collegamenti ipertestuali	discorsivo, come un capitolo di libro
<i>Strumenti aggiuntivi</i>	calcolatori, immagini, video procedurali	calcolatori, immagini, algoritmi	calcolatori, immagini, grafici, algoritmi e video, <i>podcast</i>
<i>Qualità delle prove e forza delle raccomandazioni</i>	approccio GRADE con lettera (A, B, C), che riflette la qualità delle prove a sostegno di tale raccomandazione	approccio GRADE: - livello 1 (prove probabilmente affidabili) - livello 2 (prove di qualità media) - livello 3 (privo di prove dirette)	approccio GRADE, a due componenti: - numero (1 o 2) che riflette la forza della raccomandazione - lettera (A, B, C), che riflette la qualità delle prove a sostegno di tale raccomandazione
<i>Partnership</i>	- Cochrane Clinical Answers - EBMcalc	- McMaster - Truven Analytics - American Medical Association - American College of Physicians - American Association of Nurse Practitioners - Wikipedia	numerose società scientifiche a livello globale
<i>Proprietà</i>	BMJ Publishing Group Limited, consociata interamente controllata dalla British Medical Association (UK) Fatturato tot. 2016: 77 milioni di sterline ⁸	EBSCO Information Service, divisione di EBSCO Industries (USA). Fatturato tot. 2016: 2,8 miliardi di dollari ⁹	Wolters Kluwer, divisione Health; multinazionale con sede in Olanda. Fatturato tot. 2016: 4,3 miliardi di euro ¹⁰

autori affiliati a università e centri di ricerca, la cui dichiarazione dei potenziali conflitti di interesse è il requisito minimo di trasparenza necessario per poter giudicare l'indipendenza delle informazioni riportate. Più complessa è la comprensione dei meccanismi di gestione delle inserzioni pubblicitarie e di quanto incida il finanziamento commerciale sui diversi editori. Nel 2016 il BMJ ha dichiarato che circa l'8% delle entrate del gruppo era derivata da pubblicità, vendita di *reprint* e sponsorizzazioni commerciali.⁸ Non sembrano essere disponibili informazioni con questo livello di dettaglio per EBSCO Information Services e Wolters Kluwer Health, gruppi che fanno parte di società quotate in borsa e che comprendono unità di *business* molto diversificate ed eterogenee. Questi prodotti informativi sono sempre più utilizzati anche come base di sistemi più complessi mirati a trasferire le informazioni al momento delle decisioni, come avviene per esempio nei sistemi di supporto decisionale o a supporto della formazione degli operatori sanitari. A questo proposito si segnala che FNOMCeO offre gratuitamente ai suoi iscritti l'accesso a DynaMed Plus, raggiungibile dal portale professionisti.fnomceo.it, e ha reso disponibile sulla piattaforma FadInMed un corso di formazione a distanza, "Lo strumento EBSCO: un sistema di

supporto decisionale EBM nella pratica clinica quotidiana", per utilizzare al meglio questa risorsa. Attualmente hanno partecipato al corso oltre 5.000 medici.

Al di là delle soluzioni tecnologiche adottate, è importante garantire che ciò che viene veicolato sia un'informazione di qualità e affidabile: è infatti l'informazione, non la tecnologia, il cuore pulsante del sistema. La scelta di uno strumento o di un altro dipende chiaramente da diversi fattori, come la facilità d'uso, la flessibilità e il *target*, oltre all'accessibilità. La validità e affidabilità delle informazioni, la trasparenza e riproducibilità del loro "confezionamento" in sintesi ad alto valore aggiunto sono di primaria importanza perché è da esse che scaturisce una decisione clinica davvero basata sulle prove scientifiche. ■

Bibliografia

- Haynes RB et al. BMJ 2002, PMID: 12052789.
- Moja L et al. Int J ClinPract 2011, PMID: 21155939.
- Banzi R et al. J Med Internet Res 2010, PMID: 20610379.
- Kwag KH et al. J Med Internet Res 2016, PMID: 26786976.
- Banzi R et al. BMJ 2011, PMID: 21948588.
- Prorok JC et al. J Clin Epidemiol 2012, PMID: 22974495.
- Dahm KT et al. Cochrane Database Syst Rev 2010, PMID: 20556780.
- Godlee F et al. BMJ 2017, PMID: 29070599.
- Forbes. 2017.
- Wolters Kluwer. Febbraio 2017.

Antibiotico-resistenza: i batteri nel bunker



Avamposto della Linea Maginot durante l'invasione tedesca nel 1940. [DI DIETRICH KRIEGER, VIA WIKIMEDIA COMMONS](#)

Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità è allarme rosso: l'antibiotico-resistenza sta decisamente sfuggendo di mano. Lo sviluppo di nuovi antimicrobici procede più lentamente rispetto al numero di germi che stanno diventando resistenti ai medicinali in commercio

UN RECENTE rapporto dell'OMS (maggio 2017), intitolato *Antibacterial agents in clinical development*,¹ riporta che sono solo 42 le nuove molecole in fase di studio (33 antibiotici e 11 farmaci biologici) per la cura delle malattie infettive. Fra questi, 7 sono rivolti alla cura della temutissima tubercolosi multi-resistente (MDR-TB). In aggiunta, lo stesso documento stima che nei prossimi 5 anni verranno messi in commercio solo 10 nuovi farmaci in questo settore. Troppo pochi. D'altra parte in media solo il 14% delle molecole che supera la prima

fase di test è destinata a diventare un farmaco disponibile sul mercato. Risultati messi in luce pure dall'ultimo rapporto dell'Agenzia Europea per la Sicurezza Alimentare (EFSA) e dell'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC):² considerando le infezioni causate da batteri resistenti agli antimicrobici, si contano circa 25.000 decessi ogni anno nell'Unione Europea. L'antibiotico-resistenza è sempre esistita, ma finora erano arrivate ogni volta nuove classi di farmaci, e alternando il loro utilizzo era possibile arginare il problema. Oggi

invece lo sviluppo delle novità farmaceutiche è rallentato, e di conseguenza la lotta è molto più ardua da sostenere. Inoltre, se da un lato è complesso riuscire a ridurre la antibiotico-resistenza con lo sviluppo di nuove molecole, dall'altro è difficile agire sull'altro versante del problema, cioè tentare di migliorare l'appropriatezza terapeutica. In altri termini l'uso improprio o eccessivo degli antibiotici, come noto, seleziona ceppi batterici resistenti o multi-resistenti.

PAESE CHE VAI, ANTIBIOTICO-RESISTENZA CHE TROVI

L'antibiotico-resistenza varia da paese a paese. In Europa settentrionale e occidentale troviamo i tassi di resistenza più bassi, rispetto alla situazione più infelice di Sud ed Est Europa. Il rapporto di EFSA individua fenomeni di resistenza significativi e allarmanti in Europa relativamente a quattro classi di antibiotici:

- la prima classe per cui si sperimenta una resistenza sono i carbapenemi, utilizzati di solito come ultima arma per i pazienti che presentano una antibiotico-resistenza multipla;
- la seconda classe è rappresentata dai farmaci attivi contro i patogeni produttori di ESBL (extended-spectrum beta-lactamase) usati per combattere ceppi di *Escherichia coli* multiantibiotico-resistenti;
- la terza classe comprende la colistina, un antibiotico comunemente utilizzato in alcuni paesi per il controllo delle infezioni negli animali e impiegato nell'uomo in casi di infezioni gravi da *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella*

pneumoniae e *Acinetobacter* multi-resistenti;

- la quarta comprende due classi di farmaci – i fluorochinoloni e i macrolidi – utilizzati contro la campilobacteriosi, la zoonosi più frequente in Europa.

A preoccupare, tuttavia, è la situazione globale, in particolare nei paesi più poveri del mondo, dove la tubercolosi, insieme alla malaria e all'AIDS è un fatto quotidiano. La tubercolosi causa 1,8 milioni di morti all'anno e le sue forme resistenti ai farmaci sono responsabili di 250.000 decessi. In 70 anni, però, solo due nuovi antibiotici per trattare la MDR-TB hanno raggiunto il mercato, e al momento gli investimenti privati sono i più bassi dal 2008. In questa direzione si inseriscono due iniziative internazionali. Nel maggio del 2015 in occasione dell'annuale Assemblea Mondiale, l'OMS ha istituito il *Global action plan on antimicrobial resistance*,⁴ mentre la recente Dichiarazione di Davos del gennaio 2016, in occasione del *World Economic Forum*,⁵ ha visto la firma da parte di oltre 80 case farmaceutiche per investire in ricerca sull'antibiotico-resistenza.

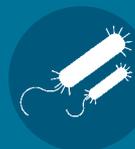
DI CHI È LA COLPA?

“La sfida è cambiare le abitudini delle persone, che utilizzano più antibiotici di quanto dovrebbero. Si tratta di un problema alimentato dalle stesse case farmaceutiche, che vendono gli antibiotici in scatole contenenti, per esempio, un numero fisso di pastiglie, con la conseguenza che la gente si ritrova facilmente ad avere in casa antibiotici che finisce per

FASCIA CRITICA



Acinetobacter baumannii



Pseudomonas aeruginosa



Enterobacteriaceae

autoprescriversi non appena insorge il primo mal di gola” spiega Massimo Puoti, Direttore del Reparto di Malattie Infettive dell'Ospedale Niguarda di Milano. “Non è però tutta colpa delle persone. Mancano infatti dati forti da studi comparativi sulla base dei quali strutturare linee guida definitive che si pronuncino su dosi e tempi di somministrazione di ciascun farmaco per ciascuna malattia”. Ci sono indicazioni, certo, ma oggi sappiamo che l'effetto di un farmaco varia da persona a persona, in base all'età, al sesso, al tipo di malattia e alle condizioni di salute. “Vi sono metodi in fase di validazione che mirano a una prescrizione più personalizzata, basandosi sull'esame di alcuni biomarcatori ematici – prosegue Puoti – ma non abbiamo nulla di concreto per poter dire al paziente esattamente quanto farmaco deve assumere e per quanto tempo”. Tuttavia – sottolineano alcuni esperti sul *British Medical Journal*⁶ – l'idea che la sospensione precoce della terapia antibiotica, ovvero cicli di trattamento più brevi, favoriscano la resistenza agli antibiotici non è per nulla evidence-

Nemici pubblici n. 1

Accanto alla tubercolosi multi-resistente, sono 12 i batteri a priorità molto alta che preoccupano l'OMS. Sono stati inclusi in una lista e raggruppati in tre fasce di criticità:³

CRITICA

Acinetobacter baumannii, *Pseudomonas aeruginosa* ed *Enterobacteriaceae*; sono resistenti ai carbapenemi, le enterobatteriaceae anche alle cefalosporine di III e IV generazione. Per vincere queste resistenze i farmaci in via di sperimentazione si contano sulle dita di una mano e solo uno è in fase III.

ALTA

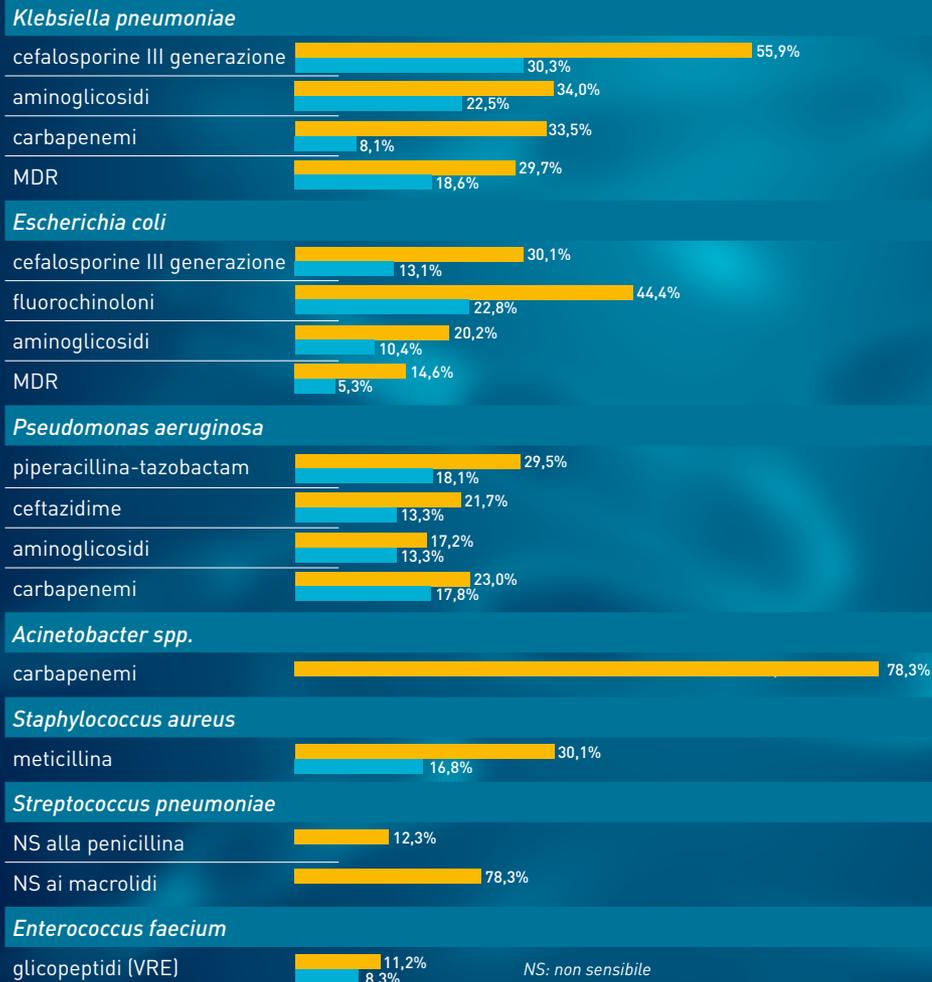
Staphylococcus aureus, *Helicobacter pylori*, *Salmonella*, *Enterococcus faecium*, *Campylobacter* e *Neisseria gonorrhoeae*. Vale la pena di sottolineare che la salmonellosi è la seconda malattia di origine alimentare più comunemente segnalata in Europa. Contro alcuni di questi batteri, come *Helicobacter pylori*, non c'è attualmente nessun farmaco in sperimentazione.

MEDIA

Streptococcus pneumoniae, *Haemophilus influenzae* e *Shigella*.

Frequenza di resistenze in isolamenti da emocoltura: Italia vs media europea (EU)⁷

ITALIA
MEDIA EU



NS: non sensibile
MDR: cefalosporine III generazione, aminoglicosidi, fluorochinoloni
VRE: Vancomycin Resistant Enterococci

FASCIA ALTA



Staphylococcus aureus



Helicobacter pylori



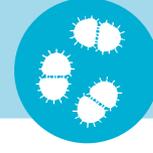
Salmonella



Enterococcus faecium



Campylobacter



Neisseria gonorrhoeae

FASCIA MEDIA



Streptococcus pneumoniae



Haemophilus influenzae



Shigella

“E’ oltremodo utile puntare sulla formazione, soprattutto fra i medici di famiglia [...] perché sono loro a mediare il primo contatto fra paziente e farmaco.” (Massimo Puoti)

based. Lo è invece il fatto che l’assunzione di antibiotici per un periodo più lungo del necessario aumenta il rischio di resistenza. “In tutto questo si inserisce la grossa questione della medicina difensiva” afferma Puoti. “Senza indicazioni *evidence-based* i medici hanno paura di far interrompere una terapia troppo presto, con il rischio che il paziente non guarisca e magari gli faccia poi causa”.

LA CORSA AI RIPARI

A questo proposito il nostro paese ha presentato un Piano Nazionale di contrasto all’antimicrobico-resistenza 2017-2020.⁷ Il piano si propone di ridurre il consumo degli antibiotici anche per uso veterinario, che finiscono sulla nostra tavola senza che ce ne rendiamo conto e che vanno ad alimentare i problemi individuati nel rapporto EFSA. L’obiettivo ambizioso è quello di ridurre del 10% il consumo degli antibiotici acquistati in farmacia, del 5% quelli dispensati in ospedale e ben del 30% quelli a uso veterinario. Sempre su questa linea, il 7 novembre di quest’anno l’OMS ha pubblicato delle nuove linee guida sull’uso degli antimicrobici nella filiera animale,⁸ con importanti raccomandazioni per evitare l’uso di *routine* degli antibiotici. Il Piano Nazionale di contrasto all’antimicrobico-resistenza 2017-2020 è un’azione necessaria nel nostro paese, dove si registra una situazione particolarmente grave: la

frequenza di resistenze in isolamenti da emocolture in Italia nel 2015 è parecchio più elevata rispetto alla media europea per tutte le principali resistenze. Il 55,9% dei campioni con *Klebsiella pneumoniae* è risultato resistente alle cefalosporine di III generazione, rispetto al 30,3% della media europea. Per quanto riguarda la resistenza ai carbapenemi, il *gap* fra Italia e Europa è addirittura di 25 punti percentuali. Circa l’*Escherichia coli*, il 30,1% dei campioni in Italia è resistente alle cefalosporine di III generazione, contro una media europea del 13,1%. Infine, il 78,3% dei casi nostrani di infezione da *Acinetobacter* è risultato resistente ai carbapenemi, e il 34,1% degli isolati di *Staphylococcus aureus* è risultato resistente alla meticillina (MRSA). Fra i punti chiave del piano troviamo il contrasto a una profassi troppo lunga, portare la gestione delle terapie antibiotiche nelle strutture intermedie e creare una rete che metta a disposizione di tutti, soprattutto di medici di famiglia e odontoiatri, le competenze degli infettivologi. “Il problema è che il piano non alloca specifiche risorse economiche per raggiungere questi obiettivi – chiosa Puoti – e soprattutto non va nella direzione di incoraggiare la ricerca indipendente. E’ oltremodo utile puntare sulla formazione, soprattutto fra i medici di famiglia, affinché possano usufruire degli aggiornamenti che vengono proposti agli infettivologi, perché sono loro a mediare il primo contatto fra paziente e farmaco”. E in questo senso va il nuovo corso gratuito di SmartFAD e il relativo dossier, proposto nelle pagine centrali di questo numero di InFormaMI. “Purtroppo gran parte dei

corsi ECM vengono forniti dalle industrie farmaceutiche, che sviluppando pochi antibiotici hanno poco interesse a fare formazione in materia fra i medici non infettivologi” aggiunge Francesco Scaglione, docente di Farmacologia all’Università di Milano. “Un’altra azione importantissima è ragionare in termini di gruppi multidisciplinari all’interno degli ospedali, che rappresentano oggi il luogo dove il rischio di casi antibiotico-resistenti è più elevato” spiega ancora Scaglione. “Per lavorare al meglio l’ideale sarebbe il disporre di gruppi ospedalieri composti da un clinico, un infettivologo, un farmacologo clinico e un microbiologo, in modo da valutare per ogni paziente il farmaco più adatto, la combinazione con altri medicinali, la durata della terapia e i dosaggi. In questo senso è stata avviata un’esperienza interessante presso l’Ospedale Niguarda di Milano, dove è attivo un laboratorio di farmacologia clinica per la personalizzazione della terapia”. Circa la potenzialità dell’armamentario disponibile, l’esperto è cautamente ottimista: “In realtà con gli antibiotici appena arrivati e quelli che arriveranno noi possediamo le armi per combattere l’antibiotico-resistenza a patto che non si commettano gli stessi errori del passato. Dobbiamo oggi più che mai investire nel settore a 360 gradi”. ■

Bibliografia

- ¹ WHO. [Settembre 2017](#).
- ² ECDC/EFSA/EMA. [Luglio 2017](#).
- ³ WHO. [Febbraio 2017](#).
- ⁴ WHO. [Maggio 2015](#).
- ⁵ IFPMA. [Gennaio 2016](#).
- ⁶ Llewelyn MJ et al. [BMJ 2017, PMID: 28747365](#).
- ⁷ Ministero della Salute. [Novembre 2017](#).
- ⁸ WHO. [Novembre 2017](#).



Tra riduzione del danno e nuovi rischi. Il dilemma della sigaretta elettronica

[ECIG CLICK, VIA WIKIMEDIA COMMONS](#)

Nonostante si indaghi assiduamente da almeno una decina d'anni, il quadro sulle e-cig è ancora un *puzzle* da cui non emerge un disegno chiaro. Un breve *vademecum* su cosa sappiamo oggi delle sigarette elettroniche

“CARO STEFANO, la sigaretta elettronica è assolutamente innocua, soprattutto quella senza nicotina, tanto è vero che, per esempio, è utilizzata per un protocollo scientifico multicentrico ufficiale che coinvolge tre IRCCS milanesi. La sigaretta elettronica può essere uno strumento molto utile per iniziare un processo di disassuefazione [...]”.

Era il 2 settembre del 2011 e il professor Umberto Veronesi rispondeva così a un lettore che chiedeva lumi sull'argomento in [un forum del Corriere della Sera](#).¹ In Italia è forse quello il primo intervento di peso sulle sigarette elettroniche. Di e-cig e “svapate”, ancora si sapeva poco e niente. E poche erano le occasioni per vedere questi oggetti in giro: giusto qualche espositore qua e là nelle farmacie delle grandi città. Ma di lì a breve il mercato sarebbe esploso e con

esso anche il dibattito sui *media* e nella comunità scientifica. Abbiamo provato a sintetizzare i punti fermi che la scienza ha fornito fino a oggi, certi che anche questi sono provvisori e ulteriori aggiornamenti non tarderanno ad arrivare.

NON SONO ACQUA FRESCA

Se l'anatomia delle sigarette elettroniche è chiara, più fumose sono le informazioni sul suo contenuto. Esistono diverse varianti e il mercato è in continua evoluzione ma, sostanzialmente, una sigaretta elettronica è un dispositivo in cui un atomizzatore alimentato a batteria riscalda un liquido che viene poi vaporizzato e inspirato dal fumatore. L'elemento cruciale è il liquido che viene vaporizzato. A oggi, il suo componente principale è il glicole

propilenico, una sostanza considerata sicura e che vanta decenni di utilizzo. Ma i dati di sicurezza oggi disponibili si riferiscono a un contesto d'uso diverso (per esempio è impiegato nei fumogeni usati nei concerti) mentre cominciano a emergere ricerche che sottolineano che l'inalazione prolungata possa produrre fastidi se non danni al sistema respiratorio. La nicotina, poi. I primi studi dedicati specificamente all'esposizione tramite sigaretta elettronica confermano i suoi effetti, specie a livello cardiovascolare. Lo scorso settembre, per esempio, nel corso del congresso della European Respiratory Society tenutosi a Milano,² è stato presentato un piccolo studio che ha documentato come le persone esposte alle sigarette elettroniche contenenti nicotina presentino una significativa accelerazione della frequenza cardiaca, un aumento della pressione sanguigna e della rigidità delle arterie. Fenomeni del tutto simili a quanto riscontrato nei fumatori tradizionali.

Altro capitolo è quello degli aromi: una recente ricerca pubblicata sull'*American Journal of Physiology – Lung Cellular and Molecular Physiology*³ ne ha censito sul mercato americano più di 7mila e dall'analisi di un piccolo campione di essi (appena 13) è emersa la presenza di sostanze con diversi profili di tossicità. Non diverso è stato il risultato di un altro studio⁴ presentato al congresso della European Respiratory Society che ha valutato 122 campioni di liquidi aromatizzati per sigarette elettroniche venduti in Europa.

D'altronde, già un *report* della Commissione Europea pubblicato nel 2016⁵ aveva invitato a indagare con maggiore attenzione le singole componenti alla base dei liquidi per *e-cig*, alcuni in grado di esercitare effetti citotossici o stress ossidativo.

Sarà un lavoro ciclopico, visto il numero di prodotti in commercio. E siamo solo all'inizio.

POSSONO AIUTARE A SMETTERE

Terapia sostitutiva nicotinic. Fin da quando le sigarette elettroniche sono arrivate sul mercato sembrava questa la *killer application* che avrebbe

In realtà, per la sigaretta elettronica dimostrare la sua efficacia come strategia di disassuefazione dal fumo non è risultato scontato come sembrava all'inizio

Le e-cig in Italia, qualche dato

In Italia, secondo l'ultimo rapporto dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità, gli utilizzatori di sigarette elettroniche sono circa 1,3 milioni, in larga parte (67,8%) fumatori o ex-fumatori, tanto che il 63,5% degli utenti fuma *e-cig* contenenti nicotina.

Solo il 15,8% dei fumatori di sigaretta elettronica è un utilizzatore esclusivo delle *e-cig*; la gran parte (l'83,4%) è un fumatore duale.

Il rapporto ha indagato anche in che modo la sigaretta elettronica abbia inciso su eventuali cambiamenti nell'abitudine al fumo tradizionale: ebbene, per un 14,4% che, al momento della rilevazione, aveva smesso di fumare ve ne è un 10,4% che ha iniziato a farlo e un 11,7% che ha ripreso le vecchie sigarette. Circa il 25% ha diminuito mentre il 35% dei fumatori non ha cambiato abitudini aggiungendo semplicemente l'*e-cig* al suo normale ritmo di consumo delle sigarette tradizionali.

Bibliografia

Osservatorio Fumo Alcol e Droga – OSSFAD. [Maggio 2017.](#)

permesso al nuovo prodotto di diventare un oggetto di largo consumo, rimpiazzando la vecchia sigaretta ormai in declino nell'immaginario collettivo.

In realtà, per la sigaretta elettronica dimostrare la sua efficacia come strategia di disassuefazione dal fumo non è risultato scontato come sembrava all'inizio. Dopo innumerevoli sperimentazioni con risultati altalenanti, la comunità scientifica si è trovata in larga parte d'accordo su uno studio pubblicato la scorsa estate sul *British Medical Journal*.⁶

La ricerca ha concluso che le sigarette elettroniche potrebbero essere considerate uno strumento efficace per smettere di fumare. Condotta su un campione di 160mila americani, lo studio è giunto a queste conclusioni tenendo conto di diversi dati: che i fumatori che cominciano a usare la sigaretta elettronica tentano più spesso di smettere di fumare rispetto a chi non utilizza le *e-cig* (nel campione lo ha fatto il 65% contro il 40%); che, quando si cerca di smettere, i fumatori di sigarette elettroniche hanno maggiori probabilità di successo (8,2% contro 4,8% a tre mesi). Infine, a confermare questi dati, un elemento di scenario: nell'anno con i più alti tassi di "fumatori elettronici" si sono registrati anche i più alti livelli di cessazione dal fumo.

In molti hanno esultato. Ma i quesiti aperti restano ancora molti.

UNA FACILE INIZIAZIONE

Lo scorso marzo a Noventa Padovana, in Veneto, è salita agli onori delle cronache la dirigente scolastica della scuola media locale che si è ritrovata costretta a “blindare i bagni”. “Cari ragazzi, da alcune settimane sono venuta a conoscenza della nuova moda che coinvolge numerosi di voi: il fumo delle sigarette elettroniche”, ha scritto in una lettera che fotografa la nuova tendenza di mercato delle *e-cig*: da prodotto inizialmente promosso per fumatori incalliti a *gadget* di *appeal* per i più giovani.

Un fenomeno non spontaneo ma mediato da strategie di marketing. Nelle scorse settimane un gruppo di ricercatori della University of Southern California di Los Angeles ha mostrato sulle pagine della rivista *Addictive Behaviors*⁷ come i produttori di *e-cig* stiano copiando in tutto e per tutto le strategie di Big Tobacco, per esempio il *product placement* nei video musicali: focalizzando l’attenzione su un solo marchio di sigarette elettroniche hanno scoperto che negli ultimi 2 anni era apparso in almeno 29 video musicali che avevano totalizzato più di 1,4 miliardi di visualizzazioni su YouTube.

Un nuovo modo di iniziazione al fumo elettronico, dunque, è già emerso. E le ricerche cominciano a fornire indizi che questo fenomeno potrebbe andare nel tempo a ingrossare le fila dei fumatori tradizionali. L’ultima, condotta su circa 2.500 ragazzi scozzesi, è stata pubblicata all’inizio di novembre sulla rivista *Tobacco Control*.⁸

A un anno dalla prima rilevazione i ricercatori hanno constatato che circa il 40% di quanti avevano sperimentato le sigarette elettroniche avevano cambiato atteggiamento verso il fumo tradizionale avendo provato a fumare o mostrando disponibilità a farlo nel prossimo futuro; un tasso più che triplo rispetto a chi non aveva sperimentato le *e-cig* (12,8%). Non è la pistola fumante che dimostra che quanti cominciano con le *e-cig* passeranno alle sigarette tradizionali, avvertono i ricercatori, ma è ormai acclarato che l’iniziazione al fumo è un fenomeno fatto di diversi *step* e che la disponibilità a fumare e le prime boccate saltuarie sono un passaggio fondamentale per il transito allo *status* di fumatore regolare.



DIVIETO DI SVAPO

Un ulteriore argomento, negli ultimi anni, ha acceso il dibattito sulle sigarette elettroniche: gli eventuali effetti dell’esposizione al fumo passivo. Si tratta di un tema che ha anche ricadute di sanità pubblica molto pratiche, per esempio l’opportunità di vietarlo nei luoghi pubblici.

Un quesito, quest’ultimo, che recentemente si è posta anche l’Organizzazione Mondiale della Sanità che, nel suo bollettino, ha elencato almeno cinque ragioni per vietare il fumo elettronico nei luoghi pubblici. Eccole:⁹

1. dopo anni trascorsi a conferire il giusto peso al fumo, concedere il via libera al fumo elettronico nei luoghi *smoking free* rischia di normalizzare nuovamente il tabacco;
2. l’esposizione al *vaping* per le persone che hanno recentemente smesso di fumare può portare a riprendere in mano la sigaretta;
3. l’esposizione al fumo passivo non è innocua. Molte ricerche hanno rilevato la presenza di sostanze nocive: metalli pesanti come nickel e cromo; particolato (PM1 e PM2,5 in concentrazioni fino a 80 volte più alte rispetto al livello di base); nicotina, acetaldeide e formaldeide;
4. il fumo passivo, con il suo odore e i suoi nuvoloni che si addensano nell’aria, può semplicemente dare fastidio;
5. serve chiarezza. E leggi che introducono troppi distinguo (per esempio tra sigarette elettroniche e tradizionali o tra luoghi in cui si “svapa” e altri in cui non lo si può fare) finiscono per non essere rispettate. Perciò equiparare il fumo elettronico a quello tradizionale e vietarlo nei luoghi pubblici è di certo la strategia più efficace. ■

Bibliografia

- ¹ Forum.corriere.it. [Settembre 2011](#).
- ² Lundbäck M et al. ERS Milano 2017, [Abstract: OA1979](#).
- ³ Rowell TR et al. Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol 2017, [PMID: 28428175](#).
- ⁴ Vardavas C et al. ERS Milano 2017, [Abstract: OA1978](#).
- ⁵ European Commission. [Maggio 2016](#).
- ⁶ Zhu SH et al. British Medical Journal 2017, [PMID: 28747333](#).
- ⁷ Allen JP et al. Addict Behav, [PMID: 29128149](#).
- ⁸ Best T et al. Tob Control 2017, [PMID: 28735273](#).
- ⁹ World Health Organization. [2017](#).

Doping: oltre l'etica sportiva, si butta via la salute

Nell'ombra dei grandi "scandali", come quello che ha portato all'esclusione della Russia dalle prossime Olimpiadi invernali, il *doping* rimane un fenomeno sottovalutato e affrontato con qualche distrazione, quantomeno in Italia



ESCLUSIONE della Russia dalle prossime Olimpiadi invernali di Pyeongchang, in Corea del Sud. E' drastico il provvedimento preso a dicembre dal Comitato Olimpico Internazionale (CIO): la commissione d'inchiesta voluta dal CIO ha accertato la manipolazione sistematica dell'apparato *antidoping* di Mosca attuata ai Giochi olimpici di Sochi 2014 per favorire gli atleti di casa. E poi c'è la Cina, su cui l'Agenzia Mondiale Antidoping (WADA) ha avviato un'indagine dopo la denuncia di un'ex fisioterapista della nazionale di ginnastica ritmica di Pechino: sarebbero oltre 10mila gli atleti cinesi che avrebbero fatto uso di sostanze proibite tra gli anni '80 e

'90. Fatti di cronaca che sembrano rievocare i tempi bui del cosiddetto "*doping di Stato*", quando per gli sportivi di alcuni Paesi era prassi o addirittura obbligo di legge ricorrere alla frode per primeggiare nelle competizioni internazionali. Clamoroso il caso della Germania Est, con 160 medaglie d'oro olimpiche e 3.500 titoli conquistati tra il 1961 e il 1987 a suon di steroidi e ormoni.

I NUMERI DEL DOPING IN ITALIA

Al di là di chi sospetta una strumentalizzazione politica, tra vecchi e nuovi venti di guerra fredda, il *doping* sembra connaturato alle vicende sportive, seppure in forme diverse nel corso

degli anni. Nel 2016, le ispezioni effettuate nel nostro Paese dal Ministero della Salute con il supporto del NAS dei Carabinieri¹ hanno trovato positivi 22 atleti su un totale di 806 controlli, pari al 2,7% del campione (3,3% negli uomini e 1,3% tra le donne). Le discipline più testate sono state l'atletica leggera, il ciclismo, il calcio, la pallacanestro e il nuoto. Le percentuali di positività più elevate (oltre il 6%) si registrano tra chi pratica ciclismo. In quasi 3 casi su 4, gli atleti hanno impiegato una sola sostanza (il THC, il principio attivo della *cannabis*, è quello più frequente), il 18% ha assunto

segue a pagina 25

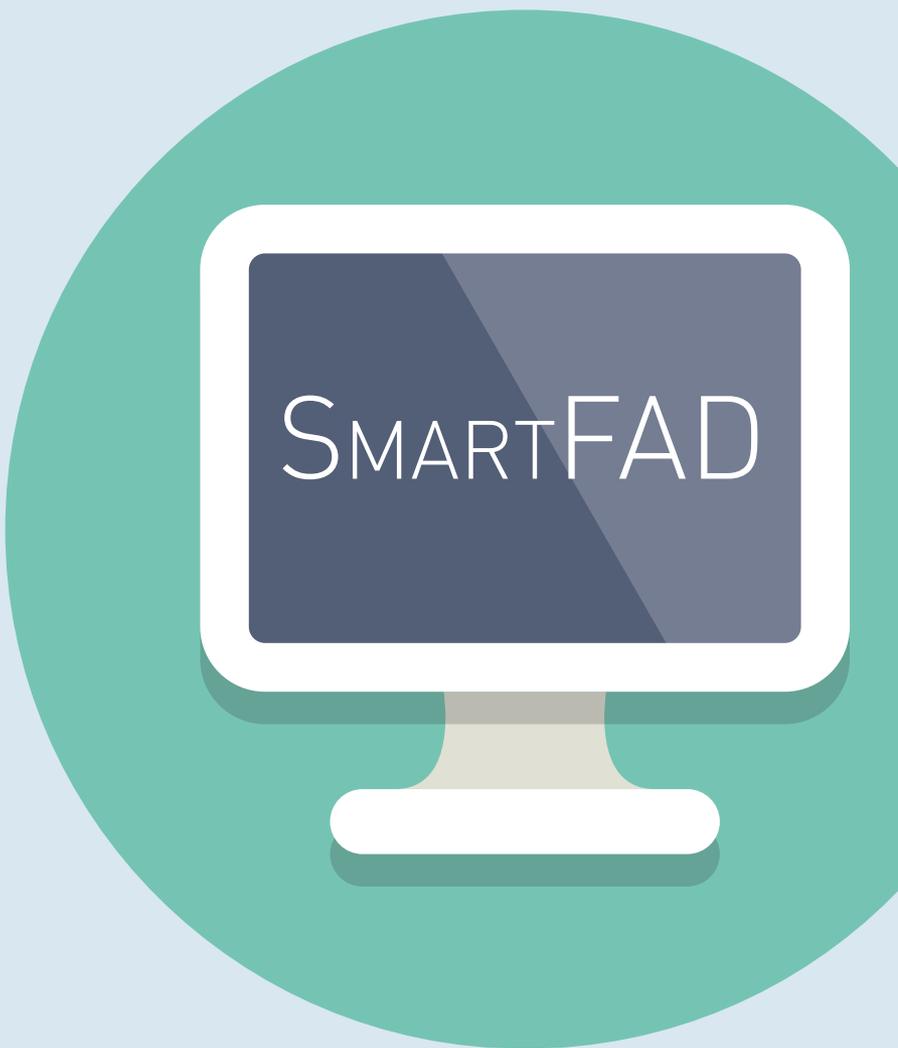


COME ISCRIVERSI AL CORSO

Partecipare al corso FAD è semplice. Una volta letto questo dossier, tutti gli iscritti all'OMCeO Milano, medici e odontoiatri, possono rispondere al questionario online e acquisire i crediti ECM. Ecco come fare:

1. registrarsi sulla piattaforma www.saepe.it per ricevere via email ID e PIN per l'accesso
2. entro 48 ore ricollegarsi alla piattaforma e inserire ID e PIN ricevuti
3. cliccare al piede della pagina sul banner SMARTFAD
4. cliccare il titolo del corso
5. cliccare sul questionario e rispondere alle domande ECM; si ricorda che le domande sono randomizzate, quindi variano nei tentativi successivi (non c'è un limite massimo)
6. rispondere al questionario di *customer satisfaction*
7. scaricare l'attestazione dei crediti cliccando in alto a destra su "Crediti" e quindi sulla stampantina vicino al titolo del corso

Per qualunque dubbio o difficoltà scrivere a:
gestione@saepe.it



4.2017

MULTIRESISTENZA AGLI ANTIBIOTICI

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha segnalato che la multiresistenza è un problema sempre più diffuso e ha stilato una lista di agenti patogeni antibiotico-resistenti che richiedono diverse priorità di intervento. Il corso ha per obiettivo l'acquisizione di conoscenze e competenze sul fenomeno della multiresistenza e sull'appropriatezza nell'impiego degli antibiotici.

Evento ECM n. 210785; Provider Zadig (n. 103)

Autore: Maria Rosa Valetto

Revisore: Marco Fasan, Dipartimento di Malattie Infettive, ASST

Fatebenefratelli Sacco, Ospedale Luigi Sacco – Polo Universitario, Milano

Destinatari: medici e odontoiatri

Durata prevista: 2 ore (compresa la lettura di questo dossier)

Durata: dall'1 dicembre 2017 al 30 novembre 2018

Quella sporca dozzina

LA STORIA

parte I

Al Centro regionale per la fibrosi cistica sono da poco iniziate le visite ambulatoriali. Angela, una pediatra molto amata dai piccoli pazienti e dai loro genitori per la indiscussa competenza e la grande umanità, è affiancata da Lorenzo, uno specializzando alla seconda settimana di... esperienza sul campo.

“Buongiorno signora, come mai di nuovo qui? Ciao Gaia, tutto bene?” chiede il medico, ricordando di aver effettuato da poche settimane la visita di controllo e avendo cura di rivolgersi subito anche alla diretta interessata, tutta intenta a ingannare l’attesa giocando sul tablet.

“Mica tanto, dottoressa” risponde la ragazzina con un’aria piuttosto triste.

“Come mai?” chiede la pediatra. “Da un paio di giorni ho più tosse di giorno e di notte e faccio fatica a buttare fuori il catarro”. Angela volge lo sguardo alla mamma che, dopo aver lasciato spazio alle parole della piccola, conferma: “Il muco è più denso, abbiamo provato a intensificare la fisioterapia e gli aerosol, ma senza alcun miglioramento”.

“Avete fatto benissimo a tornare, ora vediamo”.

Angela spiega al giovane collega che Gaia ha 11 anni e una forma di fibrosi cistica importante, con sintomi respiratori che si sono manifestati fin dai primi mesi di vita e la comparsa di insufficienza pancreatica entro il primo compleanno. “Se scorri la documentazione, noterai che la storia clinica di questa paziente si caratterizza per frequenti riesacerbazioni polmonari, cinque o sei all’anno, con frequente necessità di terapia endovenosa. E’ trattata a mesi alterni con antibiotici per aerosol, prima tobramicina e poi colistina e aztreonam lisina, per un’infezione cronica da *Pseudomonas aeruginosa*”.



COMMENTO

L’OMS ha stilato una lista dei principali batteri antibiotico-resistenti a livello globale. L’obiettivo è aiutare i paesi a indirizzare le attività nazionali di sorveglianza, controllo, ricerca e sviluppo. I 12 patogeni, inclusi nella lista di priorità per la necessità di nuovi antibiotici, sono stati divisi in tre gruppi:

- **priorità 1 – critica:** *Acinetobacter baumannii* resistente ai carbapenemi, *Pseudomonas aeruginosa* resistente ai carbapenemi, *Enterobacteriaceae* (*Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Enterobacter* spp., *Serratia* spp., *Proteus* spp., *Providencia* spp., *Morganella* spp.) resistenti ai carbapenemi e/o alle cefalosporine di III generazione;

- **priorità 2 – alta:** *Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina, resistente o con resistenza intermedia alla vancomicina, *Helicobacter pylori* resistente alla claritromicina, *Campylobacter* resistente ai fluorochinoloni, *Salmonella* spp. resistenti ai fluorochinoloni, *Neisseria gonorrhoeae* resistente alle cefalosporine di III generazione;

- **priorità 3 – media:** *Streptococcus pneumoniae* non sensibile alla penicillina, *Haemophilus influenzae* resistente all’ampicillina, *Shigella* spp. resistenti ai fluorochinoloni.

WHO-FCTC. Febbraio 2017

LA STORIA

parte II

“Effettivamente con più del 50% degli espettorati positivi per *Pseudomonas aeruginosa* in un anno, la diagnosi di infezione cronica è fatta” commenta Lorenzo, fresco di studi, sfogliando la cartella e aggiunge “con i vaccini siamo a posto. La funzionalità polmonare è ridotta...”. Mentre legge ad alta voce i parametri di funzionalità respiratoria nota che Gaia lo segue cercando di comprendere le sue parole per poi dire: “Ma sai proprio tutto tu! Chi sei? Non ti avevo mai incontrato!”.

“Mi chiamo Lorenzo e sono un dottore”.

“No, non sei un dottore, sei troppo giovane!”. L’affermazione di Gaia strappa una risata a tutti i presenti.

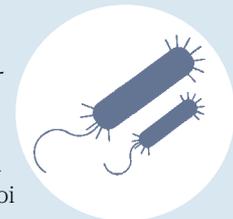
“Ti garantisco che è un medico. Giovane, ma già molto bravo” conferma Angela “anzi adesso ti visita lui”. All’ascoltazione del torace si riscontrano rantoli crepitanti in campo medio-apicale destro, la bimba è eupnoica e la saturazione d’ossigeno è nella norma.

La dottoressa si rivolge nuovamente al collega per completare la descrizione del caso “Gaia fa l’azitromicina come terapia di mantenimento. Forse non saprai che questo antibiotico ha dimostrato un effetto antinfiammatorio nei pazienti con infezione cronica da *Pseudomonas aeruginosa* ed è quindi raccomandato sopra i 6 anni di età per ridurre il numero delle riesacerbazioni polmonari”.

“No, non lo sapevo, è un’informazione preziosa” risponde lo specializzando.

“Mi sa però che adesso dobbiamo iniziare un nuovo antibiotico, con questi trattamenti ripetuti l’antibiotico-resistenza anche multipla è sempre in agguato”.

“Eh sì, con questi maledetti *superbug*” esclama Lorenzo.



COMMENTO

Il trattamento di alcune infezioni da Gram negativi, come *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* ed *Enterobacteriaceae*, rappresenta una vera criticità e una priorità rispetto alla quale la ricerca biomedica deve concentrare i propri sforzi.

Alcuni batteri Gram negativi infatti sono resistenti agli antibiotici attualmente disponibili e lo sviluppo di nuovi farmaci è inadeguato, in termini di numero di nuove molecole (con un numero stimato di 1 o 2 farmaci attivi contro patogeni Gram negativi approvati, dei 10 attualmente in fase di sperimentazione clinica) e di rapidità

di ingresso nella pratica (tempo stimato di circa 7 anni) rispetto all'aggressività con cui l'antibiotico-resistenza si evolve. Inoltre molti dei farmaci sviluppati sono modificazioni di antibiotici già esistenti piuttosto che nuove molecole e/o sono attivi solo contro alcuni ceppi. Non rappresentano quindi la soluzione per contrastare i meccanismi di antibiotico-resistenza multipla o di pan-resistenza e non sono sufficientemente innovativi.

WHO. Settembre 2017.

LA STORIA

parte III

Gaia coglie al volo la frase pronunciata da Lorenzo "Hai proprio detto *bug*? Io li conosco bene. Prima mentre aspettavo di entrare qui li ho sconfitti tante volte. Vedi?" la bambina prende il *tablet* e mostra le sessioni di gioco appena concluse con il videogame.

"Anche tu sai proprio tutto" risponde Lorenzo "I *bug* di cui parlavo con la tua dottoressa sono un po' diversi, spero che sconfiggeremo anche quelli".

"Davvero? Sono tanti?".

"Il numero preciso non so dirtelo. Pare però che i tipi veramente pericolosi siano dodici".

"Lasciaci decidere l'arma migliore" risponde Angela sorridendo e poi si rivolge al collega: "L'ultimo espettorato mostrava sensibilità alla ciprofloxacina. Quindi inizierei con questo antibiotico e poi monitoriamo come vanno le cose".

"Proviamo a cambiare antibiotico" spiega quindi rivolta alla mamma di Gaia. "Come va dal punto di vista della dieta?".

"Non ha un grande appetito, ma si sforza di rispettare lo schema dietetico e di bere adeguatamente. Sul sale vigilo io" assicura la mamma.

"Bene, allora le scrivo la ricetta".

Prima di sedersi alla scrivania per impugnare la penna e digitare sulla tastiera del computer, la dottoressa si avvicina al dispensatore di soluzione idroalcolica ed effettua la procedura di igiene delle mani.



COMMENTO

L'igiene delle mani è un gesto semplice ed efficace in grado di ridurre il rischio di infezioni e la diffusione dell'antibiotico-resistenza. Le informazioni e le istruzioni devono giungere sia agli operatori sanitari sia alla popolazione generale e devono sottolineare perché sia necessario lavare e asciugare accuratamente le mani per ridurre il rischio di infezione e trasferirla ai familiari, ai contatti o ad altre persone.

In particolare, bisogna spiegare le situazioni in cui è raccoman-

dato il lavaggio delle mani (dopo l'uso dei servizi igienici, prima di mangiare e ad ogni occasione di contatto con persone che hanno un'infezione, compresa una malattia da raffreddamento) e le modalità (lavaggio con sapone liquido e acqua corrente tiepida oppure frizionamento con soluzione idro-alcolica).

NICE. Gennaio 2017.

Ministero della Salute. Maggio 2017.

LA STORIA

conclusione

"Posso farlo anche io?" chiede Gaia.

"Spero che tu la faccia sempre" gli risponde Lorenzo.

"Sì sempre, anche a scuola. Ma lì a volte è finito il liquido e uso acqua e sapone. Però con quello è più divertente!" esclama la bambina indicando il dispensatore "mi fate usare lo stesso di voi dottori".

"Allora devi fare proprio come noi, fammi vedere come fai e se hai dubbi segui le istruzioni" gli dice Lorenzo mostrando l'opuscolo dell'OMS sull'igiene delle mani affisso sulla parete dell'ambulatorio accanto al lavandino. Mentre Gaia procede con il frizionamento dichiara: "Da grande voglio essere una di voi e sconfiggere i *bug*!"

"Te lo auguro di tutto cuore" le risponde Angela accarezzandola sul capo.

Facile prendersela con i più deboli

LA STORIA

parte I

“Non lo vedo per niente bene”. Così Patrizia, studentessa al sesto anno di medicina, sintetizza ai familiari le sue sensazioni dopo aver fatto visita in ospedale al nonno Fortunato, 78 anni, trasferito due giorni prima dalla residenza per anziani che lo ospita da poco più di un anno.

Dopo la morte della moglie, Fortunato non se l'è sentita di vivere a casa da solo. Pur avendo mantenuto una discreta autonomia e una buona lucidità mentale, si è reso subito conto della totale incapacità di gestire la vita domestica e dell'impossibilità di fare affidamento sull'unica figlia Ada, che risiede a una cinquantina di chilometri. E dire che Patrizia, la nipote prediletta, ha tanto insistito: “Ma dai nonno, vieni da noi. Ci facciamo compagnia. Io passo tante ore in casa a studiare e fra poco sarò capace di curare io la tua bronchite cronica e il tuo cuore matto”.

Ma Fortunato è stato irremovibile: “Grazie, mia cara. Sarei ben lieto di ricevere le cure della mia nipotina dottoressa. Però a casa vostra sarei un peso per te, mamma e papà. Preferisco finire i miei giorni tra le montagne dove sono nato”.

Una notte, Fortunato si è alzato da solo dal letto per andare in bagno, complici i farmaci antipertensivi e, ultimamente, una fastidiosa cistite. Ha compiuto gli stessi gesti ripetuti decine di volte, forse solo un po' più rapidi perché aveva freddo e voleva tornare presto sotto le coperte. Quanto basta per inciampare e rimediare una botta violenta al sacro. “Non sembra ci sia niente di rotto, anche se per escluderlo dovremmo fare le lastre” ha concluso il medico della residenza chiamato il mattino “per un po' farà fatica a muoversi”. Fortunato è rimasto qualche giorno immobile a letto per il dolore. Ha iniziato con un po' di dispnea, sempre più marcata, poi con la tosse e infine è comparsa la febbre accompagnata da una riduzione dei valori di saturazione d'ossigeno.

“Temo una polmonite” ha comunicato alla famiglia il medico, richiamato dal personale della residenza. “Credo sia meglio trasferire per un breve ricovero il babbo in ospedale”.

“Va bene, dottore, se le sembra necessario. Anche se non sarà facile convincere mio padre” ha risposto Ada.

Patrizia ha espresso il suo punto di vista “E' assolutamente necessario, mamma. E a convincere il nonno ci penso io. Non c'è mica da scherzare”.

“Cosa intendi? C'è qualcosa che non vuoi dirmi o è il tuo zelo da futura dottoressa?” chiede Ada, avendo colto un certo allarme nelle parole della figlia.



COMMENTO

Ogni anno si verificano in Italia circa 2.000 casi di batteriemie da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi, antibiotici di ultima linea per infezioni da batteri multi-resistenti, la maggior parte in pazienti di età compresa tra i 65 e gli 80 anni, ricoverati per lo più in unità di terapia intensiva, ma anche in reparti medici e chirurgici. Le batteriemie hanno riguardato per il 62% soggetti di sesso maschile, con età media di 65,4 anni e mediana di 68. L'84% dei pazienti si trovava in ospedale al momento dell'insorgenza della batteriemia.

Al momento dell'inizio dei sintomi, la maggior parte dei casi (84,0%) si trovava in una struttura ospedaliera, mentre i restanti si trovavano a domicilio (8,8%) o in una struttura residenziale (2,6%). La batteriemia, quando non primitiva (18,4%), ha avuto un'origine presunta soprattutto da catetere venoso centrale o periferico (21,9%) o da infezione delle vie urinarie (19,3%). Seguono le infezioni addominali e le polmoniti primitive o associate a ventilazione meccanica.

ISS. 2017.

LA STORIA

parte II

“Nulla di particolare, mamma” Patrizia ha minimizzato, pur temendo che il nonno, con tutta la lunga storia di terapie antibiotiche, potesse avere un'infezione da batteri resistenti. Il medico è intervenuto e ha affermato con un po' di superiorità rispetto alla giovane studentessa: “Un inizio di deformazione professionale al pessimismo. Anche io appena laureato avevo la tendenza a trasferire nella pratica tutto quello che avevo studiato e formulavo diagnosi drammatiche. Poi con il tempo ho imparato a giudicare con maggiore equilibrio”.



Non c'è voluto molto a convincere al ricovero in ospedale Fortunato, vista la netta sensazione soggettiva di una situazione in peggioramento: "Hai ragione cara. Poche volte nella mia vita mi sono sentito così mal messo. Io voglio arrivare vivo al giorno della tua laurea".

Nel frattempo la situazione è precipitata. In poche ore la temperatura si è alzata fino a 39,5 °C e il quadro respiratorio si è scompensato, tanto che a Fortunato è stato somministrato l'ossigeno.

Dal Servizio di microbiologia chiamano per avvisare dell'isolamento di una *Klebsiella* multiresistente. "Maledetto perfido microbo, facile prendersela con i più deboli" esclama Patrizia informata del risultato.

"Adesso spiegami cosa ha il nonno" le chiede Ada.

COMMENTO

Il meccanismo di resistenza ai carbapenemi più comune è quello della produzione di particolari enzimi, chiamati carbapenemasi che rendono inefficaci mediante idrolisi gli antibiotici beta-lattamici inclusi i carbapenemi. In tal modo gli enterobatteri produttori di carbapenemasi (*Carbapenemase-Producing Enterobacteriaceae*, CPE) manifestano una resistenza estesa.

La resistenza può essere causata anche da una ridotta permeabilità della membrana batterica (per perdita di porine) che non permette all'antibiotico di raggiungere il bersaglio, da un aumentato

efflusso del farmaco, o da iperproduzione di altri tipi di β-lattamasi (AmpC). Questi ultimi meccanismi, in genere, conferiscono una diminuita sensibilità o una bassa resistenza solo ad alcuni carbapenemi. Tra gli enterobatteri, le specie più frequentemente riportate come CPE sono *Klebsiella pneumoniae*, ed *Escherichia coli*. *Klebsiella pneumoniae* è anche frequentemente associata a resistenza nei confronti di altri antibiotici.

ISS. 2017

LA STORIA

parte III

Patrizia spiega sommariamente alla madre i meccanismi dell'antibiotico-resistenza e poi aggiunge: "Ti aspetta, vai tu nella stanza. Dobbiamo entrare uno alla volta".

"Un attimo signora" Ada viene fermata dalla coordinatrice infermieristica.

"Per entrare deve indossare i dispositivi di protezione: camice monouso, mascherina e guanti".

"Ma mio padre è così grave?".

"Mamma, si chiama isolamento da contatto. E' una precauzione per evitare che il microbo si diffonda tra i pazienti ricoverati in reparto. Prudenzialmente l'avevano già messo in una camera singola".

"Non hai risposto alla mia domanda. Il nonno è grave?".



COMMENTO

Il batterio più frequente è *Klebsiella pneumoniae*, resistente ai carbapenemi e/o produttore di carbapenemasi (CPE), responsabile del 96,8% dei casi segnalati, mentre nel 3,2% dei casi è *E. coli*. Il batterio *Klebsiella pneumoniae*, oltre a batteriemie, può causare infezioni urinarie e polmoniti.

Nei pazienti infetti da CPE, soprattutto nel caso di infezioni invasi-

ve quali le batteriemie, il tasso di mortalità è elevato (30%) sia per il ritardo nella somministrazione di una terapia efficace, sia per la limitata disponibilità terapeutica rimanente che obbliga all'uso di antibiotici meno efficaci e/o maggiormente tossici.

ISS. 2017

LA STORIA

conclusione

"Sì mamma, è grave. Ha una probabilità su tre di uscirne..." risponde Patrizia con la voce tremante.

Dopo alcuni giorni in cui l'infezione sembra avere il sopravvento, il fisico di Fortunato inizia a rispondere alla triplice terapia endovenosa con colistina, tigeciclina e gentamicina.

Patrizia passa ore accanto al suo letto finché il nonno è fuori pericolo.

"Fortunato di nome e di fatto" mormora con un filo di voce alla nipote stringendole forte la mano appena sente tornare le forze.

"Adesso credo proprio che verrò a fare la convalescenza a casa della mia dottoressa di fiducia".

Cattivo, ma non cattivissimo

LA STORIA

parte I

Fausto prepara splendide composizioni per tutte le ricorrenze. Quando si tratta di eventi lieti si concede il piacere di consegnare personalmente in Vespa gli omaggi floreali. L'arrivo del suo vecchio ciclomotore presso qualche portone del borgo preannuncia un giorno di festa.

Una brutta sera però, complice la sua struttura corpulenta, la Vespa del fioraio scivola sull'asfalto bagnato dalla pioggia autunnale. Le orchidee si sono salvate perché la consegna era già stata effettuata, mentre la gamba destra è rimasta schiacciata sotto il ciclomotore. Frattura di tibia e perone e 40 giorni di gesso, oltre a molte sbucciature.

"E adesso, come si fa? Con questo gambone e tutto il lavoro per Natale!".

"Ce la faremo", "Non è mica il primo anno che siamo qui", "Tu dirigi e noi eseguiamo" gli hanno risposto i due garzoni di bottega.

"Devi solo rinunciare alle consegne, lo so che sono la tua grande soddisfazione" ha aggiunto la moglie che lo affianca nel lavoro e si occupa di stare in negozio "Ma devi anche riguardarti, visto che hai il diabete e sei vicino ai sessant'anni".

Fausto rinuncia alla Vespa ma continua a scendere all'alba in bottega. Tutti si stupiscono quando un mattino si presenta alle nove suonate "Scusate, sono in ritardo, ma ho un po' di febbre".

"Mio caro ti conosco, per fare così tardi, si fa per dire, non stai niente bene" è la risposta della moglie che colpisce nel segno.

Il pomeriggio stesso Fausto è dal suo medico di medicina generale: "Come se la cava con il gesso, signor Fausto?".

"Pensavo peggio. Ma qualcosa non va, dottore. Dopo l'incidente ho sempre lavorato, ma da qualche giorno mi sento fiacco e questa mattina ho misurato la febbre, ho 37 e mezzo".

"Le escoriazioni sono guarite?"

"Non tutte, continuo a medicare quella che era la più profonda e che non si rimargina".

A livello della faccia laterale della gamba destra, una quindicina di centimetri sopra l'ingessatura si osserva una lesione di alcuni centimetri di diametro, gemente materiale sieropurulento, circondata da un alone eritematoso; si apprezza inoltre un edema perilesionale e dolore alla compressione.

"Ci credo che le faccia male, ma in ospedale ha fatto antibiotici?".

"Questo proprio non saprei dirglielo".

"Senta, lavora in ortopedia un mio compagno di università, glielo chiedo direttamente".

Il medico prende il cellulare e chiama il collega. Durante la conversazione il suo viso si rabbuia: "Quindi, il vicino di letto anziano e dializzato, con frattura di femore da caduta... e il giovane della camera accanto, politraumatizzato per un incidente stradale... Ne vedete sempre di più, immagino, in una degenza ospedaliera per acuti... Ma anche io noto che stanno aumentando... Ti faccio senz'altro sapere...".



COMMENTO

L'antibiotico-resistenza è un problema sanitario europeo e mondiale sempre più grave sia per gli esseri umani sia per gli animali, che limita o rende meno efficaci le opzioni di cura, diminuendo nel contempo la qualità della vita. Essa comporta, inoltre, gravi conseguenze economiche in termini di aumento dei costi dell'assistenza sanitaria e perdita di produttività.

Nell'Unione europea, ogni anno, si stimano 25 mila morti per infezioni causate da batteri resistenti agli antimicrobici. Tali infezioni comportano costi sanitari supplementari e perdita di produttività

di almeno 1,5 miliardi di euro ogni anno. Di questo passo, nei prossimi 35 anni si ipotizza che, a livello mondiale, il numero di persone morte prematuramente a causa della resistenza agli agenti antimicrobici sarà di 300 milioni (10 milioni di decessi all'anno fino al 2050).

WHO. [Ottobre 2017](#).

WHO. [Maggio 2015](#).

Review on Antimicrobial Resistance. [Maggio 2016](#).

LA STORIA

parte II

Chiusa la telefonata il medico illustra al paziente lo scambio di vedute con il collega e le ipotesi diagnostiche condivise: “Signor Fausto, è molto probabile che abbia contratto in ospedale un’infezione da germi... difficili”.

“E quindi?”

“Prima di tutto bisogna esserne certi. Lei deve fare un tampone della ferita che non guarisce per dare un nome e un cognome a questo germe”.

“Va bene, dottore, ma è grave? Io fino alla comparsa della febbre non ho avvertito niente di strano”.

“Non mi stupisce perché in genere questi batteri non si comportano in modo anomalo, cioè non sembrano particolarmente aggressivi. Solo che è difficile trattarli perché rispondono a pochi farmaci”.

“Quindi può succedere che la mia ferita non sia curabile?”.

“Non sarei così pessimista. Gli antibiotici hanno rivoluzionato la medicina, ma sono stati usati troppo e male, favorendo la comparsa di microbi resistenti. Adesso per noi medici sta diventando sempre più difficile trovare il farmaco giusto”.

Qualche giorno dopo Fausto porta al medico l’esito del tampone cutaneo con l’antibiogramma.

“Come temevo, signor Fausto. Nella sua ferita è stato isolato un batterio indicato con la sigla MRSA”.

“Nome e cognome?”. “Stafilococco aureo resistente alla meticillina”. “Quanto è cattivo?”



COMMENTO

Il trattamento delle infezioni da Gram positivi antibiotico-resistenti rappresenta una priorità con un livello di criticità rilevante, ma comunque meno preoccupante rispetto a quello delle infezioni da Gram negativi. L’approvazione di nuove classi di antibiotici come gli ossazolidinoni (capostipite linezolid) e i lipopeptidi ciclici (daptomicina) ha aumentato le opzioni terapeutiche, ma sono comunque necessari nuovi antibiotici per tenere il passo dell’evoluzione dell’antibiotico-resistenza.

Dei 16 farmaci in fase di studio (dei quali 2 appartengono a classi antibiotiche nuove e 11 sono farmaci biologici) la maggior parte è diretta contro *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina (MRSA) e solo un farmaco appartiene a una classe antibiotica completamente nuova.

WHO. Settembre 2017.

LA STORIA

parte III

“Cattivo, ma non cattivissimo. E contro di lui si stanno affilando le armi, intendo dire ci sono buone probabilità che a breve avremo a disposizione nuovi farmaci più efficaci”.

“Quindi non devo mettere da parte dei crisantemi?” dice Fausto che è preoccupato ma tenta di sdrammatizzare.

“Direi di no. Però visto il tipo di germe preferisco avere anche il parere di uno specialista infettivologo” risponde il medico.

“Anche lui suo compagno di studi?” scherza di nuovo il paziente.

“Precisamente”.

L’infettivologo, informato telefonicamente, consiglia di rivolgersi all’ambulatorio di vulnologia dell’ospedale per un ciclo di medicazioni locali e di effettuare un trattamento con un’associazione di levofloxacina e rifampicina per bocca, precisando: “Rivaluterei poi il caso tra una quindicina di giorni. La storia di diabete e la recente frattura mi suggeriscono peraltro una certa cautela. Perciò devi spiegare al tuo paziente che se la terapia non fosse efficace potrebbe essere necessario un ricovero”.

“Eh, ma sono appena uscito dall’ospedale e rischio di rientrarci!” protesta Fausto “Speriamo di no”.

La risposta alla terapia è pronta e già all’inizio della seconda settimana di trattamento la lesione va molto meglio, il dolore è sparito e la febbre scompare.

“Dottore, ho scampato il ricovero, vero?”.

“Direi di sì” conferma il medico guardando la lesione.



“Quegli antibiotici sono proprio formidabili. Quasi me ne faccio una piccola scorta. Sa, con tutte le volte che mi pungo con le rose, mi è capitato che le spine restino conficcate e di lì parta un’infezione”.
“No guardi, questo è proprio da evitare” il medico ferma gli entusiasmi di Fausto.

COMMENTO

Il paziente che riceve una prescrizione antibiotica deve ricevere dal medico istruzioni adeguate e complete su dosi, durata del trattamento e via di somministrazione. Bisogna sempre raccomandare di non ricorrere all'autoprescrizione di antibiotici già usati in precedenza per se stessi o per i propri familiari e di non usare gli antibiotici per prevenire le malattie (salvo casi particolari)

E' importante aderire a iniziative che hanno l'obiettivo di aumentare la consapevolezza sull'uso appropriato di antibiotici nella popolazione generale (a livello mondiale si segnala la World An-

tibiotic Awareness Week, a livello europeo lo European Antibiotic Awareness Day, entrambi celebrati nel mese di novembre) e diffonderne i messaggi.

E' bene inoltre informare il pubblico su raccolta, recupero e smaltimento corretto e in sicurezza dei farmaci.

NICE. [Gennaio 2017](#).

WHO. [Settembre 2017](#).

European Antibiotic Awareness Day. [2016](#).

Ministero della Salute. [2013](#).

LA STORIA

conclusione

“Proprio perché gli antibiotici formidabili sono pochi, bisogna conservarli per le situazioni eccezionali. Insomma bisogna farne un uso responsabile. Se vuole capirne di più le lascio questo opuscolo sull'uso responsabile degli antibiotici”.

segue da pagina 24

due principi attivi non permessi, mentre in due casi i test hanno rilevato contemporaneamente tracce di ben 4 e 5 sostanze illecite. Corticosteroidi, anabolizzanti, diuretici e agenti mascheranti sono le tipologie di farmaci vietati più spesso riscontrate negli esami. Sempre per il 2016, a questi numeri vanno poi aggiunti i quasi 100 casi di positività nei 7.790 controlli disposti dall'Organizzazione Nazionale Antidoping del CONI (NADO),² la corrispettiva italiana del WADA.

RUOLO E RESPONSABILITÀ DEI MEDICI

“Da anni i dati ci mostrano un andamento stabile: circa il 3% degli atleti risulta dopato. Gli 8mila controlli fatti dal CONI sono un buon numero, soprattutto quelli fuori competizione e a sorpresa che hanno permesso di scoprire tanti illeciti. Però bisogna considerare che ogni giorno si tengono centinaia di competizioni in tutta Italia e che, con le forze e le risorse attuali, non si può fare molto di più. Gli stessi operatori sanitari eseguono i test più per passione che per professione: molto spesso soltanto nel *weekend*, a fronte di un minimo rimborso spese”, spiega Gustavo Savino, direttore facente funzione del Servizio di medicina dello sport dell'Azienda sanitaria di Modena e coordinatore tecnico del Centro regionale antidoping dell'Emilia-Romagna. Eppure gli operatori sanitari svolgono una funzione fondamentale, sia di controllo, sia di prevenzione del fenomeno. Manca però una preparazione

Resetare i vecchi record non risolve il problema

E' stata bollata come provocatoria e ingiusta la recente proposta della Federazione europea di atletica di cancellare tutti i record del mondo stabiliti prima del 2005, anno a partire dal quale i campioni di sangue e urina per i controlli antidoping vengono conservati nel tempo. In un editoriale pubblicato sul *British Journal of Sports Medicine*,⁴ un gruppo di esperti ritiene che il progetto sia semplicistico e discriminatorio nei confronti di quegli atleti che hanno ottenuto i propri successi senza “aiuti” illeciti. Record storici come quelli di Pietro Mennea sui 200 metri sarebbero cancellati, alla pari di quelli sospetti. Rilevare retroattivamente casi di *doping* – fanno notare gli autori dell'articolo – diventa sempre più complesso con il passare del tempo a causa della contaminazione, degradazione o cattiva conservazione dei campioni: le positività così stabilite provocherebbero un'ondata di ricorsi e sarebbero facilmente contestabili.



IN MEMORIAM DAY, FLICKR

specifico di alto livello: “In Italia c'è un grosso problema di formazione. Il *doping*, in fondo, non è altro che un uso improprio, non terapeutico e fraudolento, di alcuni farmaci. Eppure non esistono ancora corsi universitari specialistici capaci di formare adeguatamente i medici di domani su questo tema. Manca anche una consapevolezza dell'impatto sociale del *doping* che, alterando la rappresentazione e la percezione di sé (basti pensare al culturismo, dove vige il mito della *performance* e dell'exasperazione del fisico) può provocare dipendenza. E innescare un circolo vizioso che spesso sfocia nell'assunzione di più sostanze, fenomeno tipico di chi fa uso di droghe”, sottolinea Savino. E poi c'è l'altro lato della medaglia: quello oscuro di chi infrange la

legge, oltre all'etica professionale. “Purtroppo, nei casi di *doping* in ambito professionistico, quasi sempre c'è collusione tra atleti e medici. Del resto, per usare eritropoietina (EPO) o anabolizzanti ci vuole preparazione e competenza scientifica: gli atleti che sostengono di aver fatto tutto da soli non sono credibili. Il ciclista americano Lance Armstrong – a cui sono stati revocati tutti i titoli, tra cui 7 Tour de France, a seguito della squalifica a vita per uso di EPO e steroidi – poteva contare su un modello statistico-matematico ritagliato sulla sua fisiologia, con dosaggi al microgrammo studiati a tavolino. Il tutto grazie alla supervisione di uno *staff* di sanitari conniventi, che monitoravano i suoi valori ematici praticamente 24 ore su 24: un sistema che gli

Gustavo Savino.



Servono, ma non esistono ancora, corsi universitari specialistici capaci di formare adeguatamente i medici di domani sul tema del *doping*

consentiva di uscire sempre pulito dai controlli. Così come ci sono stati casi di intestazione fittizia (a parenti o amici dell'atleta) di ricette per farmaci proibiti, o di sottrazione dagli ospedali di presidi farmaceutici difficilmente reperibili altrove", denuncia il responsabile del Centro antidoping dell'Emilia-Romagna.

IL BUCO NERO DEI DILETTANTI

Non meno preoccupante è la situazione a livello amatoriale: tra gli *habitué* delle palestre e i podisti della domenica non c'è alcun sistema di monitoraggio organizzato. "Manca una stima della dimensione del fenomeno: per i dilettanti non sono previsti controlli e c'è tantissima elusione anche dei semplici prelievi che facciamo come medici dello sport a tutela della salute. Possiamo solo farci un'idea indiretta, per esempio sulla base dei sequestri di farmaci da parte del NAS o dei traffici sul mercato nero in mano alla criminalità organizzata. L'associazione Libera ha calcolato che sarebbero quasi 500mila le persone che in Italia fanno uso di sostanze dopanti", spiega Savino. "E si tratta probabilmente di una sottostima perché il fai-da-te è una pratica diffusissima, agevolata dalla relativa facilità di accesso a queste sostanze: basta avere una carta di credito prepagata per acquistarle *online* senza prescrizione medica". Oltre che eticamente riprovevole, l'illusione di poter agire a piacimento sul proprio corpo per migliorare le prestazioni sportive è anche pericolosa: si mette seriamente a rischio la propria salute, tanto più senza quel presidio medico che

accompagna i professionisti. "Da una gastroenterite a un ictus, fino a una leucemia: il prezzo da pagare in termini di salute per chi si dopa è sempre alto, soprattutto per i danni permanenti all'apparato cardiovascolare ed endocrino. I giovani che abusano di farmaci vanno incontro precocemente a problemi tipici degli ultrasessantacinquenni: scompenso cardiaco, ischemia miocardica o anche rottura improvvisa delle fibre muscolari", continua il medico dello sport.

LA MEDICALIZZAZIONE DELL'ATLETA

E poi c'è chi sposta l'asticella sempre più in alto, appena sotto il limite del consentito ma già oltre la linea rossa di quel che nuoce alla

salute. Sono passati quasi vent'anni ormai dalla celebre denuncia ("il calcio deve uscire dalle farmacie") dell'allora tecnico della Roma, Zdenek Zeman. "L'allenatore boemo fu coraggioso e aveva ragione, perché anche l'uso di integratori e suppletivi può configurarsi come una pratica dannosa per la salute pur senza essere *doping* in senso stretto. Purtroppo è un fenomeno che non è scomparso, anzi, basta guardare i numeri".

In effetti, le dichiarazioni degli atleti confermano la tendenza di chi pratica attività sportiva ad assumere grandi quantità di prodotti salutistici e farmaci non vietati per *doping*. Nel 2016,³ ben il 74% degli atleti sottoposti a controllo *antidoping* riferisce di aver assunto prodotti farmaceutici e salutistici:



preparazioni omeopatiche, vitamine, sali minerali, aminoacidi e integratori. “E’ paradossale che a fare questo uso massiccio siano gli atleti, cioè persone sane per antonomasia: uno sportivo che si alimenta e si allena correttamente non ne ha alcun bisogno. Spesso dietro il fenomeno c’è ignoranza e scarsa conoscenza, più che la ricerca di migliori prestazioni. Con l’automedicazione magari si pensa

di poter prevenire la stanchezza o recuperare più in fretta dopo un infortunio. In realtà questi presidi sono veri e propri farmaci, con effetti collaterali anche importanti”, sottolinea Savino. E’ pur vero che lo sport è cambiato molto negli ultimi decenni, con ritmi più accelerati e “televisivi” che impongono tempi di recupero strettissimi. “Si gioca in continuazione, il gioco stesso è più veloce e ci si allena meno:

per questo gli infortuni sono all’ordine del giorno”, conclude Savino. “L’atleta-paziente va quindi rimesso in piedi in fretta, a costo di medicalizzarne la convalescenza, magari con qualche dose in più di antinfiammatorio o miorellassante. Con buona pace dell’appropriatezza prescrittiva e, soprattutto, a scapito del rispetto della fisiologia naturale del nostro corpo”. ■

Atleti geneticamente modificati

STEFANO MENNA

Il *doping* del futuro è quello genetico? E’ quanto ipotizzano molti esperti, alla luce degli ultimi avanzamenti della terapia genica: una realtà clinica consolidata che è già diventata un farmaco per alcune malattie genetiche e tumori del sangue. Inoltre, la capacità di correggere i difetti genetici è destinata a perfezionarsi sempre di più grazie all’*editing* genetico, che consente di apportare ai geni modifiche puntuali come se si disponesse di un correttore di bozze. Un approccio che si sta affacciando alla sperimentazione clinica e che potrebbe presto soppiantare la terapia genica “tradizionale”, a costi più contenuti e con una garanzia di maggiore precisione. Ma queste tecniche potrebbero essere applicate anche in ambito sportivo, per migliorare la *performance* di un atleta o accelerarne il recupero dopo uno sforzo prolungato o un infortunio. Caratteristiche come velocità, resistenza, forza muscolare, controllo dell’emozione possono infatti dipendere anche da specifiche varianti di geni quali quelli per l’eritropoietina, l’ormone della crescita, il fattore di crescita vascolare endoteliale o gli antagonisti della miostatina. L’introduzione di queste varianti genetiche potrebbe dunque rappresentare per gli atleti un modo efficace e duraturo per migliorare la competitività, ma al contempo li esporrebbe a rischi significativi per la salute. Attualmente, infatti, la terapia genica viene prodotta da laboratori certificati e somministrata soltanto in condizioni controllate, che molto probabilmente non sarebbero garantite in ambito sportivo. L’invito a utilizzare queste tecniche solo per curare o prevenire malattie gravi e debilitanti, e non per migliorare delle prestazioni fisiche, è venuto anche dalla National Academy of Sciences e dalla National Academy of Medicine statunitensi, che nel febbraio del 2017 hanno pubblicato le prime linee guida⁵ sull’applicazione delle tecniche di *editing* del genoma per la salute umana. ■



Bibliografia

¹ Ministero della Salute. [Agosto 2017](#).

² NADO Italia. [2016](#).

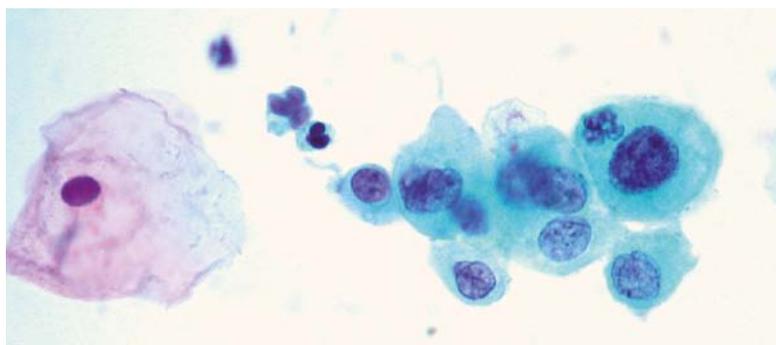
³ ISS. [2016](#).

⁴ Edwards AM et al. Br J Sports Med 2017, [PMID: 29217531](#).

⁵ Ospedale San Raffaele. [Febbraio 2017](#).

Screening per il cancro della cervice uterina: novità in Lombardia

La scarsa adesione delle lombarde allo *screening* organizzato del cancro della cervice uterina ha spinto la Regione a estendere la chiamata attiva a tutto il territorio. In questo nuovo programma, il test HPV-DNA si sostituisce al Pap test, che prende il ruolo di esame di completamento



Pap test in una donna 19enne positiva all'HPV: a sinistra una cellula squamosa normale, a destra un gruppo di cellule squamose atipiche. [ED UTHMAN, FLICKR](#)

CON LA DELIBERA n° X/7013 del 31 luglio scorso¹ la giunta regionale ha finalmente allineato tutta la Lombardia allo *screening* organizzato per il carcinoma del collo dell'utero mediante HPV-DNA test ogni 5 anni per le donne da 34 a 64 anni e mediante Pap test ogni 3 anni per le donne dai 25 ai 33 anni di età.

Prima di quella data la chiamata attiva (programma organizzato) era presente solo in alcuni territori

(Brescia, Mantova, Lodi, Pavia e Valle Camonica Sebino), mentre nella restante regione l'offerta del Pap test era ad accesso spontaneo. In questa situazione solo il 22% della popolazione femminile lombarda tra i 25 e i 64 anni di età era invitata a sottoporsi a uno *screening* organizzato del cancro della cervice uterina e solo il 10% lo effettuava. Un dato non soddisfacente, per effetto del quale la Lombardia abbassava la media

di copertura dello *screening* delle regioni del Nord, in un contesto nazionale virtuoso, dal momento che l'Italia è stata il primo paese europeo (insieme all'Olanda) a innovare il piano di prevenzione introducendo il test HPV.

SCREENING FRA TRADIZIONE E INNOVAZIONE

Per anni il test impiegato per lo *screening* delle lesioni precancerose del collo dell'utero

Virus HPV e cancro: le dimensioni del problema

L'Organizzazione mondiale della sanità ha classificato il cancro del collo dell'utero come il primo tumore totalmente dovuto a un'infezione. Questa scoperta è valse al microbiologo tedesco Harold Zur Hausen il premio Nobel per la medicina nel 2008. La causa necessaria, il papilloma virus umano (HPV), si trasmette per via sessuale, anche se possono promuoverne l'azione oncogena altri fattori, come il fumo di sigaretta, le abitudini sessuali, la familiarità, la dieta povera di frutta e verdura e l'obesità. Dei circa 120 tipi di virus HPV, solo 12 sono implicati nell'insorgenza del carcinoma del collo dell'utero e, tra questi, il 16 e il 18 sono considerati i più pericolosi.

L'infezione, inoltre, il più delle volte regredisce spontaneamente; quando persiste, determina alterazioni cellulari che possono evolversi in carcinoma. Sia l'infezione virale sia le lesioni iniziali sono asintomatiche. In Italia, il cancro della cervice uterina è il secondo tumore femminile per frequenza, dopo quello della mammella.⁴ In Lombardia, il tasso grezzo d'incidenza del carcinoma della cervice è di 4,2 per 100.000 donne e il tasso grezzo di mortalità è di 1,9 per 100.000 donne. Per la popolazione bersaglio di *screening* (le donne da 25 a 64 anni di età) il tasso grezzo di incidenza è di 5,1 per 100.000 donne e quello di mortalità di 1,5 per 100.000.⁵

è stato l'esame citologico (Pap test), raccomandato alle donne tra i 25 e i 64 anni con una periodicità di 3 anni, intervallo nel quale è improbabile lo sviluppo del tumore, ma in cui eventuali lesioni benigne possono regredire spontaneamente. Alla fine del 2011, il Ministero della salute ha incaricato l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS)² di produrre un documento d'indirizzo basato su prove scientifiche aggiornate in merito all'utilizzo dell'HPV-DNA come test primario per lo *screening* del cancro del collo dell'utero. Il direttivo dell'ONS ha deciso di utilizzare a tal fine il rapporto di Health Technology Assessment (HTA)³ recepito dal Piano nazionale prevenzione 2014-2018 e nel porre come obiettivo per tutte le Regioni quello di "riorientare/ avviare i programmi di *screening* per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA". Il test HPV è un esame di biologia molecolare che rileva la presenza di almeno uno dei 12 tipi oncogeni dell'HPV mediante l'individuazione del DNA virale. Il test va effettuato ogni 5 anni, a partire dai 34 anni. Prima dei 30 anni, infatti, è molto alta la probabilità di dannose sovradiagnosi di lesioni CIN2 (displasia di grado moderato), che potrebbero regredire spontaneamente e, di conseguenza, il rischio di sovratrattamento; il rischio di sovradiagnosi, seppur minore, è probabile anche tra 30 e 34 anni. Al di sotto di tale fascia di età, quindi, resta raccomandato lo *screening* citologico con cadenza triennale. Poiché il test HPV individua la presenza del virus prima che provochi alterazioni nelle cellule, è possibile allungare l'intervallo tra un test e il successivo (in Olanda

l'intervallo di *screening* con test HPV è di 7 anni), migliorando il rapporto costo-efficacia dello *screening* senza diminuire il livello di protezione delle donne. Per essere efficace, però, il test deve essere fatto nell'ambito di un programma organizzato in grado di garantire protocolli e controlli di qualità adeguati. In questo nuovo programma, il Pap test (eseguito dallo stesso prelievo fatto per il test HPV) non scompare, ma diventa un esame di completamento (Pap test di *triage*) che viene letto solo nelle donne positive al test HPV. E più precisamente: se il Pap test è negativo la donna ripeterà il test HPV dopo un anno; se il Pap test è positivo, va eseguita la colposcopia con eventuale biopsia per l'esame istologico del tessuto sospetto (vedi la [flowchart](#)). Questo percorso tiene conto del fatto che una positività del test HPV è abbastanza frequente, specialmente nelle donne più giovani, ma la maggioranza di queste infezioni regredisce spontaneamente nell'arco di 12 mesi. Il programma di *screening* sarà sostenuto da un investimento di 5 milioni di euro e organizzato e gestito dalle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), tramite un Centro *screening* (ex Servizio di medicina preventiva). La definizione del monitoraggio viene rimandata all'avvenuta messa a sistema dello *screening*. L'offerta dello *screening* a partire dai 30 anni di età e della vaccinazione anti HPV alle ragazze nel 12° anno di età (vedi box a pag. 28) consentirà di migliorare la prevenzione del cancro della cervice. ■

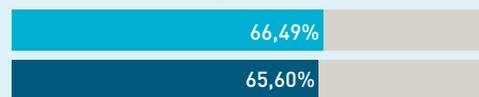
La vaccinazione HPV in Lombardia

Dal 2007/2008, la vaccinazione anti HPV 16 e 18 è offerta gratuitamente e attivamente alle ragazze con 11 anni compiuti, in tutte le Regioni. Alcune di queste hanno esteso l'offerta attiva della vaccinazione a femmine di altre fasce di età o a maschi e femmine con positività all'infezione da virus HIV o, ancora, ai maschi nel dodicesimo anno di vita. Nel nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2017-2019 e nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) la vaccinazione gratuita nel corso del 12° anno di età è prevista anche per i maschi; l'offerta attiva potrebbe raggiungere la piena operatività nel corso del 2018. Per quanto riguarda le ragazze lombarde di 11 anni, si osserva una crescita della copertura vaccinale (con almeno una dose) tra la coorte delle nate nel 1997 – la prima invitata attivamente – e quella delle nate nel 2003 (vedi grafici).⁶

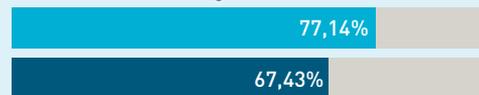
Lombardia



Coorte 1997 (42.884 ragazze)



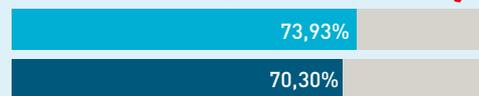
Coorte 2003 (44.688 ragazze)



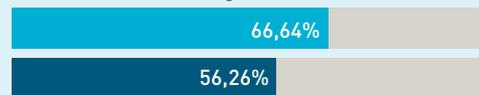
Italia



Coorte 1997 (269.068 ragazze)



Coorte 2003 (273.253 ragazze)



■ Vaccinate con almeno una dose
■ Vaccinate con ciclo completo

Bibliografia

- ¹ Regione Lombardia. [D.g.r. n° X/7013 del 31 luglio 2017.](#)
- ² Osservatorio Nazionale Screening (Ons). [2017.](#)
- ³ Ronco G. [Epidemiologia & prevenzione, maggio-agosto 2012.](#)
- ⁴ AIOM-AIRTUM. [2016.](#)
- ⁵ Regione Lombardia. [2017.](#)
- ⁶ Ministero della Salute. [Febbraio 2017.](#)

La rivincita dei grassi

Per anni la dieta senza grassi è stata un *must* per la salute contro l'aumento di peso e il rischio di malattie cardiovascolari. Ma già negli anni '50 erano sorte le prime perplessità scientifiche, che hanno messo in luce gli effetti negativi degli zuccheri. Eppure i consigli ad abbandonare la dieta *low fat* sono solo degli ultimi tempi



DOPO ANNI di acceso dibattito, la comunità scientifica oggi è concorde nell'affermare che una dieta ricca di zuccheri aumenta il rischio di obesità e di malattie cardiovascolari oltre che di cancro. Sulla base di forti prove e con l'obiettivo di promuovere uno stile di vita sano, l'Organizzazione mondiale della sanità raccomanda¹ di limitare il consumo di zuccheri a meno del 10% delle calorie totali giornaliere e auspica un'ulteriore riduzione al 5% (circa 25 grammi, ovvero 6 cucchiaini da tè di zucchero al giorno). Analogamente, le linee guida dell'American Heart

Association,² dell'European Society of Cardiology e dell'European Atherosclerosis Society³ per la gestione delle dislipidemie raccomandano a tutte le persone con ipercolesterolemia e ipertrigliceridemia di evitare gli alimenti e le bevande arricchite con zuccheri. Poco dolce dovrebbe diventare un *dictat* anche per i bambini: un recente documento dell'American Heart Association, pubblicato su *Circulation*,⁴ segnala infatti che l'aterosclerosi e le patologie a essa associate (diabete, ipertensione, steatosi epatica non alcolica)

muovono i primi passi già in tenera età proprio a causa di un'alimentazione scorretta. "In particolare" aggiunge Franco Berrino, presidente dell'associazione *La grande via* e già direttore del dipartimento di epidemiologia dell'Istituto dei Tumori di Milano "dovrebbero essere evitati i prodotti industriali con zuccheri nascosti e, soprattutto, dovrebbero essere banditi quelli che contengono sciroppo di glucosio, un tipo di zucchero ottenuto dal mais, preferito dalle industrie perché più economico del saccarosio ma responsabile dell'epidemia di diabete e di obesità infantile cui assistiamo".

DRINK PER NULLA SOFT

Si delineano quindi tempi difficili per le aziende alimentari e per quelle di *soft drink*. Non stupisce che le bevande in lattina siano messe al bando dalla comunità scientifica e che medici e dietologi ne sconsiglino l'assunzione a grandi e piccini, ricordando che è sufficiente una lattina per assumere la quantità massima di zucchero consentita al giorno dall'OMS.



L'UNESDA, l'associazione Europea per i *soft drink*, per scendere a patti con la scienza e per andare incontro ai limiti raccomandati dall'OMS, ha attivato due progetti apparentemente interessanti: ha dichiarato il proprio impegno affinché dal 2019 nelle scuole secondarie di tutta Europa vengano vendute solo bevande a ridotto contenuto calorico (le bevande *light* e le *zero*) oltre all'acqua, e che entro il 2020 si arrivi a ridurre del 10% la concentrazione di zuccheri in tutte le bevande *soft drink*. Tale obiettivo si affianca a un traguardo raggiunto già nel 2015, quando era stato ridotto il contenuto di zuccheri del 12%. Quindi, nell'arco di tre anni avremo bevande con il 22% di zuccheri in meno rispetto alle bibite che si bevevano nel secolo scorso, tenendo conto che l'iniziativa di riduzione della percentuale di zuccheri è iniziata nel 2000.

Gli intenti dell'UNESDA, secondo Franco Berrino, sono solo apparentemente lodevoli: da una parte la riduzione dello zucchero continua a essere scarsa, dall'altra il rischio è che con queste iniziative venga trasferito un messaggio errato alla popolazione. Sostituire lo zucchero con i dolcificanti

artificiali porta a illudere i consumatori, li porta a credere che queste bibite dietetiche non facciano ingrassare e che non siano così tanto nocive. "Invece – spiega l'epidemiologo – tutti i dolcificanti, anche quelli naturali come la stevia o il fruttosio, fanno male alla salute. Non bisogna dimenticare che questi prodotti sono fino a 200 volte più dolci dello zucchero e che quando l'intestino capta il sapore dolce viene automaticamente potenziato l'assorbimento del glucosio. Paradossalmente, con i dolcificanti si può avere un picco glicemico superiore a quello che si ha con una bevanda classica. L'effetto negativo maggiore si ha quando la bevanda ha tra gli ingredienti sia il dolcificante sia lo zucchero, perché l'edulcorante, stimolando un assorbimento massivo del glucosio, fa sì che quella quota di zucchero – comunque presente nella bevanda dietetica – venga assorbita interamente. "Il rischio di picco glicemico – precisa ancora l'esperto – si ha anche con le bevande che contengono solo dolcificanti, perché il glucosio è

comunque presente nella nostra dieta e dopo una bevanda *zero* il passaggio in circolo del glucosio sarà sicuramente maggiore". Per vivere in salute, quindi, la bevanda di scelta deve essere l'acqua e per placare la voglia di dolce il professore suggerisce di rivolgersi alla natura, prediligendo la frutta ed eventualmente il miele perché, seppur ricchi di fruttosio, contengono anche fattori come la vitamina C e le fibre che contrastano l'azione negativa del fruttosio stesso.

UNA "LOBBY" DEGLI ZUCCHERI

Grazie alle ricostruzioni storiche pubblicate di recente su *Plos Biology* e su *JAMA Internal Medicine* nel 2016,⁵⁻⁶ sappiamo che già negli anni '50 gli scienziati avevano iniziato a capire quale fosse il ruolo degli zuccheri nello sviluppo di obesità, diabete e malattie cardiovascolari e avevano anche pubblicato i risultati dei primi studi, ma gli interessi delle aziende alimentari erano troppo consistenti e la voce della scienza troppo fioca per riuscire a far



L'idea che i dolcificanti artificiali e naturali (per esempio, la stevia o il fruttosio) siano meno nocivi dello zucchero è un'illusione

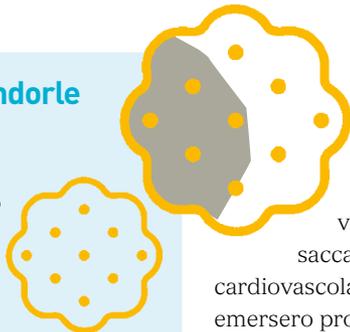
Biscotti alle mele e mandorle

Ingredienti

2 mele
250 grammi di farina di mandorle
un pizzico di sale
semi di sesamo

Preparazione

Innanzitutto occorre sbucciare le mele e tagliarle a pezzetti. Cuocerle quindi a fuoco basso in un pentolino con due cucchiaini di acqua finché non sono morbide; schiacciarle con una forchetta. Versare in una terrina la farina di mandorle e le mele schiacciate; aggiungere un pizzico di sale e mescolare. Rovesciare quindi il composto su una spianatoia e formare, con piccole porzioni di impasto, tante palline. Cospargere le palline con i semi di sesamo e adagiarle su una teglia foderata con carta da forno. Cuocere in forno statico per 20 minuti a 180 °C.



Sempre l'industria dello zucchero finanziò una ricerca sui topi, tra il 1967 e il 1971, per valutare gli effetti del saccarosio sulla salute cardiovascolare.⁶ Durante lo studio emersero prove che associavano il saccarosio allo sviluppo di malattie cardiache e al cancro alla vescica. Per questo la Sugar Research Foundation interruppe la ricerca, senza pubblicarne i risultati. Solo nel 2015 l'OMS mise in guardia dai rischi degli zuccheri raccomandando di non consumarne più del 10% dell'apporto calorico quotidiano.

GRASSI SCAGIONATI?

Rispetto al passato, il ruolo dei grassi nella dieta è stato rivalutato ma occorrono alcune precisazioni. Una revisione pubblicata nel 2016 sulla rivista *Current Cardiology Reports*⁹ spiega che non è la quantità totale ma la tipologia di grassi assunta con la dieta ad aumentare o ridurre il rischio di malattie cardiovascolari.

Il colesterolo continua a essere nemico delle arterie ma le indicazioni dietetiche riguardo all'assunzione di grassi saturi sono meno intransigenti rispetto al passato. Sembra infatti che sia sufficiente la sostituzione dei grassi saturi, per una quota pari al 5%, con i grassi insaturi, preferibilmente polinsaturi di origine vegetale, per ridurre il rischio di malattie cardiovascolari del 10% circa (rischio relativo di coronaropatie 0,87; limiti di confidenza al 95% da 0,77 a 0,97) e il rischio di morte da evento cardiovascolare del 25% circa (rischio relativo di morte 0,74;

limiti di confidenza al 95% da 0,61 a 0,89). Inoltre, sembra che si possano ottenere analoghi risultati in termini di riduzione del rischio anche semplicemente aumentando la percentuale di grassi polinsaturi piuttosto che riducendo la quantità di quelli saturi.

Nuovi studi suggeriscono che l'uso abituale di grassi insaturi potrebbe anche ridurre il rischio di diabete, principale fattore di rischio delle coronaropatie. La ricetta riportata nel box rappresenta una gustosa proposta per sostituire i biscotti tradizionali, ricchi di zucchero e a volte anche di grassi di origine animale, con biscotti "alternativi" che hanno ingredienti di origine vegetale e abbondano in acidi grassi insaturi. In base agli studi attuali non è inoltre raccomandata l'assunzione di integratori a base di olio di pesce mentre una dieta che preveda il consumo di pesce da due a quattro volte la settimana è associata a una riduzione del rischio di coronaropatie (rischio relativo 0,79, limiti di confidenza al 95% da 0,67 a 0,92). ■

Bibliografia

- WHO. 2015.
- Eckel RH et al. *J Am Coll Cardiol* 2014, PMID: 24239922.
- Catapano AL et al. *Eur Heart J* 2016, PMID: 27567407.
- Vos MB et al. *Circulation* 2017, PMID: 27550974.
- Kearns CE et al. *Plos Biol* 2017, PMID: 29161267.
- Kearns CE et al. *JAMA Intern Med* 2016, PMID: 27617709.
- McGandy RB et al. *N Engl J Med* 1967, PMID: 5339697.
- McGandy RB et al. *N Engl J Med* 1967, PMID: 5339699.
- Zock PL et al. *Curr Cardiol Rep* 2016, PMID: 27650783.

emergere con fermezza la realtà dei fatti. Allora non fu difficile per le aziende mettere a tacere le prove concentrandosi sui propri interessi economici.

Nella ricostruzione storica di quanto accaduto va segnalato l'anno 1965, quando venne pubblicato sul *New England Journal of Medicine*⁷ una revisione della letteratura nella quale comparve tra i fattori di rischio della malattia coronarica anche il saccarosio insieme ai grassi e al colesterolo. Così la Sugar Research Foundation, gruppo di rappresentanza degli interessi dell'industria dello zucchero, sponsorizzò un altro studio per mettere in dubbio la validità dei dati della revisione,⁸ scagionando il saccarosio nello sviluppo delle malattie coronariche e confermando il ruolo nefasto di grassi e in particolare del colesterolo.

Uno sguardo al futuro della terapia genica



Luigi Naldini.

Luigi Naldini, direttore dell'istituto San Raffaele Telethon per la terapia genica (SR-TIGET) di Milano, è uno dei massimi esperti al mondo di un approccio terapeutico che ha stentato a decollare, ma oggi finalmente comincia a mantenere le sue promesse

TRASFORMARE una crisi in opportunità. Il principio suona trito e ritrito, e può sembrare perfino irriverente nei confronti delle vittime, quando la crisi di cui si parla è un'epidemia come quella dell'AIDS, che ha fatto, e in parte continua a fare, milioni di morti in tutto il mondo. Ed è innegabile che ci volle una buona dose di coraggio, negli anni Novanta del secolo scorso, a immaginare che le proprietà peculiari del virus che la provocava potessero essere sfruttate a scopo di cura.

Eppure, a distanza di vent'anni, Luigi Naldini, oggi direttore dell'istituto San Raffaele Telethon per la terapia genica (SR-TIGET) e professore ordinario di istologia e terapia genica presso la facoltà di medicina e chirurgia dell'Università "Vita-salute" San Raffaele di Milano, raccoglie i frutti di quell'idea visionaria: se l'HIV è difficile da estirpare dall'organismo anche per la sua capacità di integrarsi nel DNA delle cellule umane, questa sua stessa caratteristica

lo rende il vettore ideale per trasportare nel DNA stesso geni sani capaci di curare gravi malattie genetiche.

Certo, prima di tutto occorre rendere innocuo il virus, togliendogli la capacità di indurre l'AIDS. Poi bisognava mettere a punto tecniche di ingegneria genetica per caricarlo delle sequenze terapeutiche da portare nella cellula, senza compromettere la sua capacità di infettarla. Infine, ci vollero ancora lunghi e lunghi anni di sperimentazione sugli animali, prima di rischiare i primi studi clinici sui pazienti. Era ancora fresca la memoria delle vittime dei primi *trial*, condotti alla fine del secolo scorso, primo fra tutti il diciottenne statunitense Jesse Gelsinger: morti che avevano impresso un forte rallentamento alle sperimentazioni, costringendo scienziati e autorità regolatorie di tutto il mondo ad aggiungere ulteriore cautela prima di procedere in quella direzione.

Dopo la falsa partenza, se così si può chiamare, di quei primi tentativi, è passato molto tempo, ma finalmente, anche grazie alla collaborazione tra un'azienda farmaceutica (GSK) e il centro che dirige è uscito un vero e proprio farmaco contro una rara forma di immunodeficienza congenita, l'immunodeficienza severa combinata da deficit di adenosina-deaminasi (ADA-SCID). Grande risalto a livello internazionale hanno avuto anche i vostri risultati ottenuti contro la malattia di Wiskott-Aldrich e la leucodistrofia metacromatica, condizioni gravissime che prima non lasciavano scampo, e, più recentemente, con la talassemia: qual è stata la carta vincente del vostro approccio?

Con l'immissione sul mercato di un vero e proprio farmaco, la nostra ricerca per la cura dell'immunodeficienza congenita ADA-SCID ha completato il suo percorso. Questo trattamento si basa sull'uso di vettori virali di prima generazione, i cosiddetti gamma retrovirus, che funzionano bene in questo caso specifico, ma si sono rivelati meno efficienti nel

trasporto di geni per la cura di altre malattie. Per altre condizioni, la svolta è arrivata circa otto anni fa, quando abbiamo cominciato a utilizzare i lentivirus, che hanno subito dato ottimi risultati e continuano a darne. Su una cinquantina di pazienti trattati da noi per diverse malattie congenite, tutti hanno tollerato bene la cura, e quasi tutti ne hanno tratti grandi benefici, compresi bambini che per la loro condizione avevano un destino segnato. Crescono bene, fanno una vita normale e si sottopongono a controlli una sola volta l'anno. Solo su sei pazienti con leucodistrofia metacromatica che già manifestavano i primi sintomi, il trattamento per uso compassionevole, somministrato troppo tardi, non si è rivelato efficace. Nel frattempo, nel resto del mondo, altri gruppi stanno seguendo la nostra strada, e hanno trattato con il nostro approccio circa 180 pazienti non solo con queste, ma anche con altre malattie, per esempio alcune immunodeficienze e l'anemia falciforme.

Nelle ultime settimane il *New England Journal of Medicine* ha pubblicato

risultati interessanti, prima per il trattamento genico dell'emofilia B, e poi anche dell'emofilia A. Si tratta di un approccio simile al vostro?

Gli ottimi risultati ottenuti dai colleghi d'oltreoceano sono stati raggiunti con un metodo un po' diverso. Prima di tutto in entrambi gli studi appena descritti sono stati usati i cosiddetti adenovirus-associati, una seconda generazione di vettori, più sicuri degli adenovirus utilizzati agli albori della terapia genica, ma diversi dai nostri. Inoltre, in questi *trial*, il vettore è indirizzato direttamente al fegato, tramite una semplice infusione endovenosa somministrata nel corso di una seduta ambulatoriale. Per evitare reazioni basta una blanda terapia immunosoppressiva.

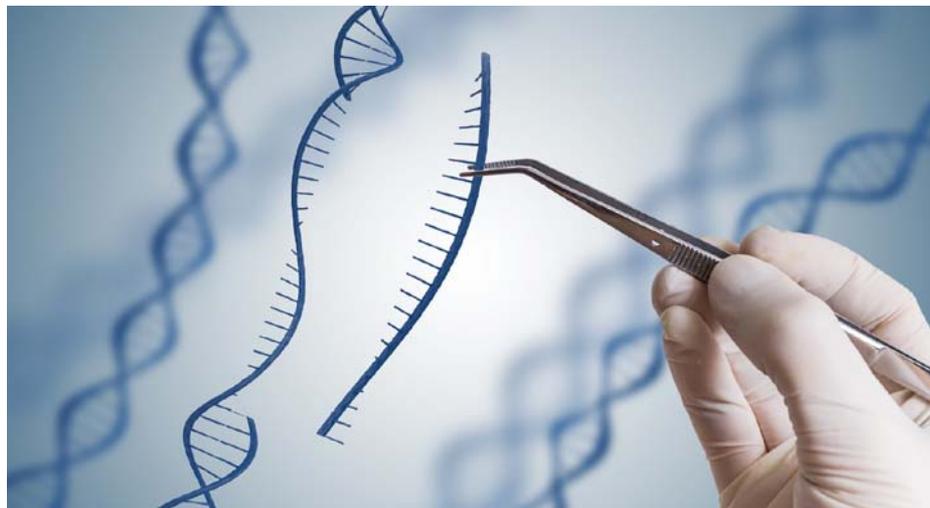
Il nostro trattamento per le malattie del sangue e da accumulo, invece, richiede di fatto di intervenire sulle cellule staminali del midollo osseo. Noi preleviamo queste cellule, le trattiamo *ex vivo* infettandole con il vettore e poi le reinfondiamo al paziente, dopo averlo "preparato" con una vera e propria chemioterapia che rimuove dal midollo le cellule residenti e fa spazio a quelle modificate infuse. Nel periodo che segue a questo trattamento, però, le difese dell'organismo sono drasticamente, anche se temporaneamente, abbattute. La procedura è quindi molto più impegnativa e richiede un ricovero prolungato, ma ha il vantaggio di essere definitiva perché garantisce l'integrazione del gene corretto nel DNA di questa riserva di cellule staminali, che poi lo passano a tutta la loro progenie che si distribuisce nel sangue e negli organi del paziente potenzialmente per il resto della vita.

In pochi anni la ricerca sui vettori virali ha fatto passi da gigante: il passaggio da quelli di prima generazione, i cosiddetti gamma retrovirus all'utilizzo dei lentivirus, ha permesso di trattare con successo decine di pazienti

Tornando al fegato, in molti pazienti, inoltre, gli adenovirus-associati non funzionano perché, trattandosi di agenti comuni, il sistema immunitario ha già avuto modo di incontrarli e di sviluppare una risposta contro di loro, cosa che in genere non si verifica con i nostri vettori. Per questo stiamo provando anche noi a indirizzare direttamente al fegato i lentivirus, con risultati preliminari che sembrano promettenti, anche se per ora solo sul modello animale.

Non c'è pericolo che, integrandosi nel DNA del paziente, questi virus inducano la formazione di tumori?

Teoricamente sì, perché l'integrazione del nuovo materiale genetico nel DNA è a tutti gli effetti una mutazione genetica. Questo rischio però era maggiore con le prime generazioni di vettori, che avevano una maggiore capacità di attivare i geni vicini al sito di integrazione, e che infatti sono stati associati all'insorgenza di alcune leucemie nei primi anni dopo la somministrazione delle cellule modificate. Con i lentivirus il potenziale rischio rimane, perché non abbiamo modo di mirare la posizione in cui inserire il virus, ma, dato il disegno più avanzato del vettore, da cui sono stati rimossi molti degli elementi che possono interferire con i geni vicini, e l'alta percentuale di materiale genetico neutrale rispetto all'estensione del genoma, di fatto, su quasi 200 pazienti trattati in 8 anni, questa eventualità non si è mai verificata. In ogni caso il rischio residuale non può essere escluso, e di conseguenza va soppesato a fronte dei benefici attesi.



Le nuove tecniche di editing genetico, e in particolare CRISPR-Cas9, sembrano finalmente offrire questa possibilità di "prendere meglio la mira". Avete cominciato a usarle anche voi?

Certamente ci stiamo lavorando, come la maggior parte dei laboratori del mondo. I lentivirus ormai sono in clinica, per cui la sfida futura per la ricerca è di poter correggere, con queste nuove tecnologie, gli errori dei geni direttamente nelle cellule. Per arrivare a una loro diffusa applicazione pratica, tuttavia, restano per ora due tipi di ostacoli. Il primo è la specificità. Sono state avanzate preoccupazioni sul fatto che, in una piccola percentuale di cellule trattate, la modifica richiesta potrebbe avvenire "off target", cioè fuori dal punto del DNA previsto ai fini della cura. Usando milioni e milioni di cellule, come occorre fare per trattare una malattia genetica, non è possibile escludere che alcune di queste non abbiano subito mutazioni potenzialmente pericolose. Il sistema tuttavia sembra molto specifico nelle cellule umane, per cui, sebbene resterà pur sempre un rischio residuale nelle prime sperimentazioni sui pazienti, questo a mio parere non dovrebbe essere eccessivo.

Il motivo principale che per il momento frena l'uso di questa tecnica è piuttosto la sua scarsa efficienza, soprattutto sulle cellule umane. Nel caso delle staminali del sangue, in particolare, con CRISPR-Cas9 si riesce a ottenere la mutazione desiderata solo nel 10% delle cellule, mentre con i lentivirus arriviamo a correggerne l'80-90%. Questi risultati, tuttavia, stanno migliorando, per cui è probabile che con l'affinamento della tecnica anche questo limite andrà superato.

Durante la crisi del caso Stamina, si parlò molto degli aspetti regolatori delle terapie avanzate. Questi nuovi metodi, tipo CRISPR, appunto, sembrano rendere tutto più facile, tanto che si parla di persone che si autosomministrerebbero da soli trattamenti genici "fatti in casa". La rapida evoluzione tecnologica a cui stiamo assistendo dovrebbe indurre a modificare le norme esistenti, rendendole meno severe?

Prima di tutto penso che le notizie di cronaca relative a individui che si infondono da soli trattamenti genici "fai da te" sconfinino nel campo delle fake news. Non è vero che CRISPR-Cas9 consente di correggere il DNA nel garage di casa, come a volte si dice. In ogni caso sono interventi da fare in modo controllato, sotto attenta sorveglianza, nell'ambito

di un *trial* clinico: devo sapere esattamente che cosa ho modificato e misurare che cosa provo. E' questo l'unico modo accettabile di effettuare terapia genica e *gene editing*, per evitare casi come appunto è stato quello di Stamina. Le norme ci sono e sono adeguate. Quasi tutti i Paesi includono l'*editing* insieme con la terapia genica tra i trattamenti avanzati da tenere sotto controllo e tutto va quindi eseguito rispettando le regole esistenti, a tutela di tutti.

Queste innovazioni, non meno dei nuovi farmaci, pongono seri problemi di sostenibilità, soprattutto se si riuscisse a estendere la cura a condizioni meno rare, riguardando così un maggior numero di pazienti. Come si sta affrontando la questione?

Su tutte le gravi malattie trattate finora, il trattamento somministrato *una tantum*, per quanto impegnativo e costoso, permette un notevole risparmio successivo per la cura cronica del paziente, anche senza tener conto degli ulteriori costi sociali e del valore della sua qualità di vita. Solo la terapia sostitutiva dell'emofilia, per esempio, costa da 70 a 100.000 euro l'anno. C'è quindi una convenienza anche economica, che tuttavia si scontra con la necessità di concentrare la spesa al momento della terapia genica. Per questo si stanno definendo con le aziende accordi già sperimentati nell'ambito di altri trattamenti molto costosi, secondo il principio del "*pay per performance*", in cui si paga la

cura solo se funziona, oppure tramite una sorta di rateizzazione nel tempo. Come sempre, poi, l'industrializzazione di questi processi porterà a una riduzione dei costi, e ciò potrebbe realizzarsi soprattutto per condizioni meno rare, come appunto l'emofilia.

Finora abbiamo parlato della cura di gravi malattie genetiche, ma ci sono anche condizioni predisponenti che, pur in un individuo sano, lo espongono a un altissimo rischio. Pensiamo per esempio a mutazioni come quelle di BRCA per il tumore del seno e dell'ovaio o altre, che aumentano moltissimo il rischio di cardiopatia ischemica.

E' pensabile l'idea di estendere il trattamento anche a tutti i portatori di questi geni?

Per una malattia ereditaria provocata dalla mancanza del prodotto di un gene assente o difettoso, è sufficiente che una certa quantità di cellule tornino a sintetizzarlo per ristabilire una condizione fisiologica: questo è più facile per malattie del sangue, in cui è possibile sostituire tutte le staminali emopoietiche, o per quelle che si possono curare a livello del fegato, un organo che si raggiunge facilmente, per cui anche sulle malattie metaboliche si stanno conducendo dei *trial*. Nel caso di geni che predispongono al cancro, invece, dovrei riuscire a raggiungere tutte le cellule di un determinato tessuto per correggerne il difetto pericoloso. L'unico intervento possibile sarebbe sulla linea germinale del genitore

o sull'embrione nelle sue prime fasi di sviluppo, operazioni che per il momento sono vietate nella maggior parte dei Paesi (sebbene in Cina, Scandinavia e nel Regno Unito si siano effettuati nei mesi scorsi i primi esperimenti di questo tipo). Queste operazioni potrebbero teoricamente correggere il difetto all'origine anche di altre gravi malattie ereditarie, come fibrosi cistica o distrofia muscolare, in cui non è agevole raggiungere le cellule interessate, come le staminali degli epitelii respiratori o quelle di tutti i muscoli del corpo.

Al di là della fattibilità attuale, sarà eticamente giustificabile, a suo parere, in un futuro, ricorrere all'*editing* genetico per il potenziamento degli individui, oltre che per la loro cura?

Oggi come oggi il rapporto tra il rischio di questi trattamenti e il beneficio atteso è giustificato solo per malattie ereditarie molto gravi. Una volta accertate le questioni di sicurezza, e superate le questioni di sostenibilità, bisognerà vedere come il pubblico percepirà i diversi problemi e le eventuali soluzioni offerte dal cosiddetto "*doping genetico*", che per esempio potrebbe far produrre all'organismo maggiori quantità di eritropoietina o di ormone della crescita. D'altra parte, proprio la somministrazione dell'ormone della crescita un tempo era riservata ai casi di vero nanismo, mentre oggi si è estesa anche a bambini di bassa statura, pur nei limiti fisiologici. E' questo uno dei casi in cui la risposta non potrà venire solo dagli scienziati, che devono garantire efficacia e sicurezza, ma anche dalla società, che deve trovare un accordo su ciò che è utile, opportuno ed eticamente accettabile per la maggioranza dei suoi membri. ■

Editing genetico: oggi come oggi il rapporto tra il rischio di questi trattamenti e il beneficio atteso è giustificato solo per malattie ereditarie molto gravi

Doppia mandata sui dati personali con il nuovo regolamento UE



In Italia si è già fatto molto per la tutela dei dati sensibili in ambito sanitario ma con il regolamento europeo sul trattamento dei dati personali, che entrerà presto in vigore, aumenteranno gli obblighi a carico degli organismi sanitari e degli esercenti le professioni sanitarie in materia di *privacy*

conseguente inapplicabilità della normativa nazionale, precedente o successiva, se contrastante con quella comunitaria.

CHI GESTISCE I DATI DEI PAZIENTI?

Le figure che gestiscono e trattano i dati personali e sensibili sono tre:

- il titolare: può essere la persona fisica, la persona giuridica, la pubblica amministrazione e qualsiasi altro ente cui competono le decisioni in ordine alle finalità, alle modalità del trattamento e agli strumenti utilizzati;
- il responsabile: è la persona o ente preposto dal titolare al trattamento dei dati;
- l'incaricato: è la persona fisica individuata e autorizzata dal responsabile al trattamento dei dati.

Il codice della *privacy* prevede delle "misure minime" (tecniche, informatiche e organizzative) di sicurezza utili per ridurre i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito.

IL REGOLAMENTO europeo 2016/679¹ sul trattamento dei dati personali, approvato ad aprile 2016, entrerà definitivamente in vigore a maggio 2018 in tutti gli stati membri dell'UE. Che cosa cambia per i medici?

In linea di principio la normativa nazionale è allineata a quella europea e quest'ultima affina e precisa come devono essere trattati, custoditi e comunicati i dati dei pazienti. Ma in generale in Italia si è già fatto molto per la tutela dei dati sensibili in ambito sanitario, con la Legge sulla *privacy* (n. 675/1996), il codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs 196/2003)² e il codice deontologico dei medici.

Quello che bisogna fare è ricordare ai medici come occorre seguire queste norme, la cui importanza è stata sancita anche a livello europeo dal regolamento, e la cui infrazione può comportare sanzioni salate per i professionisti sanitari, ovvero ipotesi di reato in caso di diffusione illecita dei dati.

Di questo si è parlato al corso di formazione *Privacy e studi medici* organizzato dall'OMCeO di Milano lo scorso 28 ottobre presso l'Hotel Westin Palace di Milano.³ Un'occasione unica per fare il punto sulle novità introdotte dal regolamento europeo e quanto già dicono le leggi italiane.

Il regolamento europeo è una fonte normativa direttamente efficace nell'ordinamento interno e prevale sulle disposizioni di quest'ultimo, con



L'avvocato Gennaro Messuti, uno dei relatori presenti al corso di formazione *Privacy e studi medici* dell'OMCeO di Milano.

DIRITTO

Il regolamento europeo aggiunge altri livelli di sicurezza: cifratura dei dati personali e sensibili, riservatezza e integrità degli stessi, la capacità di ripristinare tempestivamente la disponibilità e l'accesso dei dati personali e sensibili in caso di incidente fisico o tecnico e una procedura per testare, verificare e valutare regolarmente l'efficacia delle misure tecniche e organizzative al fine di garantire la sicurezza del trattamento.

LA PROTEZIONE DEI DATI

Il trattamento dei dati può essere effettuato – nella maggioranza dei casi – con strumenti elettronici: spesso capita che l'accesso ai dati debba essere graduato e parziale, come nel caso per esempio della segretaria (incaricata). In questo caso, l'accesso sarà limitato solo ad alcuni dati (personali) con esclusione di quelli sensibili (salute), e pertanto gli incaricati saranno forniti di credenziali di autenticazione *ad hoc* che sono personali e non devono essere divulgate.

In generale, la parola chiave usata per accedere ai sistemi informatici deve essere aggiornata



periodicamente e lo strumento elettronico non deve essere lasciato incustodito.

Occorre attivare specifici *software* di protezione per evitare possibili attacchi esterni ai sistemi elettronici che custodiscono i dati personali.

Per quanto riguarda la custodia dei dati cartacei, senza supporto informatico, valgono le stesse prescrizioni: i dati vanno custoditi in un luogo protetto e il cui accesso sia riservato solo a persone autorizzate.

Circa il trattamento dei dati sensibili che possono rivelare lo stato di salute e la vita sessuale dei pazienti, questi vanno tenuti in elenchi o registri appositi,³ sono trattati all'interno di locali protetti e il trasporto dei dati all'esterno deve avvenire in contenitori muniti di serratura o dispositivi equipollenti; il trasferimento dei dati in formato elettronico è cifrato.

Ma oltre ai dati personali e sensibili occorre fare attenzione a comunicazioni "semplici" come le ricette: queste non possono essere lasciate incustodite e il loro ritiro da parte dei pazienti deve essere sempre controllato dal personale autorizzato.

Oltre all'informativa sul trattamento dei dati, occorre predisporre una comunicazione su chi tratta i dati, medici e dipendenti.

IL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il regolamento europeo ha introdotto la figura del responsabile della protezione dei dati, RPD (o Data Protection Officer, DPO) con compiti consultivi, di assistenza e di vigilanza e che deve essere esterno, indipendente dalle realtà in cui opera. Non è ancora chiaro se sia necessaria per il medico.

Mentre per i soggetti pubblici è sempre obbligatoria la designazione del DPO (con l'eccezione delle autorità giurisdizionali), per i soggetti privati (come il medico) l'obbligo vale invece solo in casi particolari, quando cioè

Azioni da intraprendere per la protezione dei dati sensibili e personali ⁴	Periodicità
 <i>back up</i> dati sensibili e personali dei pazienti	settimanale
 modifica <i>password</i>	trimestrale
 attivazione strumenti di protezione dei dati dei pazienti	semestrale
 aggiornamento dei programmi antivirus	semestrale
 verifica delle funzioni attribuite agli incaricati	annuale
 compilazione Documento Programmatico di Sicurezza	annuale
 programmazione interventi di formazione per gli incaricati del trattamento	annuale

Esempio di informativa
da appendere
nella sala d'attesa

Le attività principali svolte consistono nel trattamento su larga scala di dati sensibili. Il concetto di larga scala però non è ancora stato chiarito dal Regolamento europeo e si attendono a breve chiarificazioni in merito.

RITORNO AL PASSATO: IL DPS

Il vecchio Documento Programmatico di Sicurezza (DPS, previsto dal codice della *privacy* e poi abolito nel 2012) torna in una veste tutta nuova: ogni titolare del trattamento e, dove possibile, il suo rappresentante, tengono ciascuno un registro delle attività di trattamento.

Il registro, tenuto in forma sia scritta sia elettronica, deve contenere, tra le altre informazioni: i dati del titolare del trattamento, le finalità dello stesso, le categorie di dati raccolti, i destinatari a cui saranno comunicati i dati (compresi paesi terzi o organismi internazionali), i termini di cancellazione e le misure di sicurezza adottate. Non sarà più obbligatorio mandare una copia del registro via posta all'indirizzo del medico, ma il registro andrà aggiornato periodicamente.

ACCESSO AI DATI DA PARTE DEL PAZIENTE

Il paziente deve poter conoscere in ogni momento l'origine dei dati, la finalità, le modalità, i titolari e i responsabili del trattamento; senza contare che il regolamento ha anche ampliato il diritto alla cancellazione dei dati (il cosiddetto "diritto all'oblio"), sia perché non più necessari rispetto alle finalità di raccolta, ovvero per revoca del consenso, oppure perché trattati illecitamente. I dati possono essere custoditi dal medico a tempo indefinito, ma nel caso in cui il paziente non voglia essere più seguito dal medico, ne può richiedere la cancellazione. In ogni caso, al medico è consentito trattenere una copia dei dati a uso esclusivamente personale (per esempio per difendersi in caso di azione da parte dell'ex paziente), in caso di cessazione del rapporto, per 10 anni.

L'INFORMATIVA PER LA RACCOLTA DEI DATI

Il legislatore, accanto alla disciplina generale, ha previsto una particolare sezione riguardante il trattamento di dati personali in ambito sanitario, prevedendo che gli esercenti le professioni sanitarie trattino i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute:

1. con il consenso dell'interessato e anche senza l'autorizzazione del Garante, se il trattamento riguarda dati e operazioni indispensabili per perseguire una finalità di tutela della salute o dell'incolumità fisica

Gentili signori,

desidero informarvi che i vostri dati sono utilizzati solo per svolgere attività necessarie per prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o per altre prestazioni da voi richieste, farmaceutiche e specialistiche. Si tratta dei dati forniti da voi stessi o che sono acquisiti altrove, ma con il vostro consenso, per esempio in caso di ricovero o di risultati di esami clinici. Anche in caso di uso di computer, adotto misure di protezione per garantire la conservazione e l'uso corretto dei dati anche da parte dei miei collaboratori, nel rispetto del segreto professionale.

Sono tenuti a queste cautele anche i professionisti (il sostituto, il farmacista, lo specialista) e le strutture che possono conoscerli. I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando sia necessario o previsto dalla legge.

Si possono fornire informazioni sullo stato di salute a familiari e conoscenti solo su vostra indicazione. In qualunque momento potrete conoscere i dati che vi riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, e far valere i vostri diritti al riguardo. Per attività più delicate da svolgere nel vostro interesse, sarà mia cura informarvi in modo più preciso.



dell'interessato, e il consenso può essere prestato con le modalità semplificate;

2. anche senza il consenso dell'interessato, e previa autorizzazione del Garante, se la finalità di cui al primo punto riguarda un terzo o la collettività, ovvero in caso di uso giudiziario.

In conclusione, va ricordato l'obbligo per il medico di osservare e rispettare il codice deontologico, la cui osservanza è richiamata anche dal regolamento europeo. La *ratio* che sottende la normativa sulla *privacy* è quella di contemperare le esigenze di tutela della salute (quale diritto fondamentale dell'individuo) con quelle al rispetto della dignità dell'uomo e della riservatezza. Tali esigenze sono state fatte proprie anche dal codice deontologico dei medici chirurghi e odontoiatri che agli articoli 10, 11 e 12 prescrive le misure da rispettare. A Milano il codice deontologico vigente è quello del 2006 e sotto l'aspetto della *privacy* risulta essere più esaustivo e completo di quello del 2014.⁵ ■

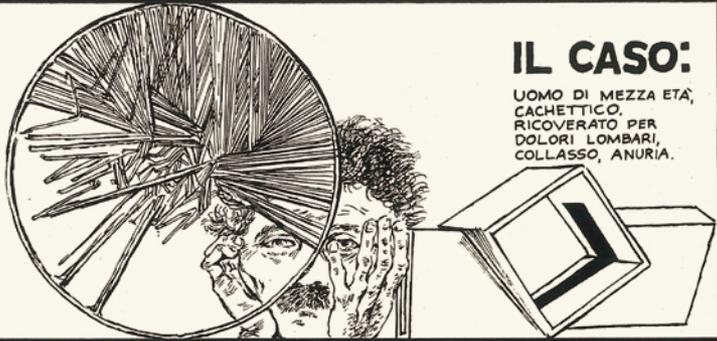
Bibliografia

- ¹ Regolamento europeo. 2016.
- ² Garante *privacy*. Luglio 2016 [agg.].
- ³ Messuti G. Ottobre 2017.
- ⁴ Carnesalli F. Ottobre 2017.
- ⁵ FNOMCeO. 2006; 2014.

La lunga strada per la corretta diagnosi

Circuito interno

Nello studio di un importante clinico si discutono « casi » singolari. Lo studio è collegato, con circuito televisivo interno, alla saletta degli assistenti. Ogni « caso » è diviso in tre parti. Alla fine di ciascuna si può tentare di emettere una diagnosi. Indovinarla dopo la prima parte, significa avere molto acume (e un po' di fortuna); alla fine della seconda, notevole perspicacia; alla fine della terza, buon discernimento clinico.



IL CASO:

UOMO DI MEZZA ETÀ,
CACHETTICO,
RICOVERATO PER
DOLORI LOMBARI,
COLLASSO, ANURIA.

TRASMISSIONE N. 129

Il pittore che tornò alla natura

Parte prima

(L'aiuto è nel suo studio e ha una telefonata in corso. Entra il direttore, che si siede e accende la pipa con voluttà).

Aluto: Stia tranquillo, non ci saranno né giornalisti né operatori televisivi. Sì, certo, verrà ricoverato e curato nella più assoluta discrezione... *(Fa al direttore un gesto di sopportazione repressa).*

Direttore: Vedo che abbiamo dei pazienti che tengono all'incognito. Forse lei, Attilio, ha dei contatti con l'Onorata Società?

Aluto: ...D'accordo, allora siamo d'accordo. *(Riappende la cornetta, poi si volge al direttore con aria di finta aggressività)* I miei rapporti con pezzi da novanta e similia sono tali da rendermi temibile anche per un bieco barone. Questa è una velata minaccia.

Direttore: Dio mi guardi dalle minacce non velate. Ma chi è il paziente così poco propenso a far notizia su periodici e teleschermi?

Aluto: Spinello.

Direttore: *(Aggrottando le sopracciglia)* Ah, dunque abbiamo a che fare con un drogato!

Aluto: Direttore, direttore! Che ne è del medico umanista che è in lei? Si tratta di Bartolomeo Spinello, noto artista prima pop, poi op e poi concettuale.

Direttore: Sì, è la vecchiaia: in arte sono rimasto a De Chirico e non mi sono più aggiornato. E così famoso?

Aluto: Lui crede di sì: intendiamoci, è molto quotato fra i galleristi e le sue opere costano un sacco di soldi. Ma deve essere un po'... come dire, un po' fissato.

Direttore: E viene da noi per farsi curare le fissazioni?

Aluto: No, viene da noi perché ce lo porta il Brambilla, e perché viene dal Pakistan.

Direttore: *(Con tono sfottente)* Ah, meno male. Adesso tutto è chiaro!

Aluto: *(Con tono di pazienza forzata)* Spinello si trovò, or sono un paio di mesi, in piena crisi di ispirazione...

Direttore: *(Punzecchiate)* E allora gli venne la fissazione di essere famoso.

Aluto: *(Senza raccogliere)* E allora, invece che sperimentare gli ultimi ritrovati dell'arte moderna, ritenne di dover tornare alle origini. Insomma, alla natura e alla espressione genuina dell'arte come creazione spontanea e popolare.

Direttore: Un Jean-Jacques Rousseau del pennello, insomma: il buon selvaggio che dipinge. Ah, ci sono: puntava anche a un altro Rousseau: il Doganiere, il genio della pittura naïf!

Aluto: *(Prosegue imperturbato)* Così Spinello è andato in Pakistan, in uno sperduto villaggio alla foce del fiume Indo, e ha promesso al Brambilla (il Brambilla è il gallerista con il quale ha da tempo un contratto di esclusiva) di portarsi dietro almeno una decina di capolavori al suo rientro.

Direttore: E lui ha dipinto? Sul delta dell'Indo?

Aluto: In piena felicità creativa. L'ha scritto al Brambilla e questi ha organizzato una piccola « personale » per lanciare la nuova vena del suo pupillo. Spinello ha impacchettato le opere, le ha spedite ed è montato a sua volta in aereo alla volta dell'Italia.

Direttore: Ma allora tutto va per il meglio. Noi che cosa...

Aluto: Alt, qui ci siamo: Spinello è montato sull'aereo, ma non ha decollato. Si è sentito improvvisamente male, l'hanno scaricato e gli

hanno riscontrato brividi, febbre, collasso, dolori lombari, emissione di urine rosso rubino.

Direttore: Allora non è partito...

Aluto: Lei dimentica il Brambilla: vivo o morto, il pittore gli serviva più in Italia che in Pakistan, per il lancio della « personale ». E andato a Karachi, ha imbarcato Spinello e l'ha portato da noi. La telefonata di poco fa era appunto con l'artista del delta, che pare adesso un po' rinfrancato. Anche se teme che la notizia del suo male possa nuocere alle vendite dei suoi capolavori naïf.

Direttore: Sintomatologicamente, che cosa significa « rinfrancato »?

Aluto: Significa che ha smesso di orinare rosso. Anzi, ha smesso di orinare del tutto.

Direttore: *(Alzandosi)* Attilio, io devo lasciarla: mi tenga informato e scacci a colpi di mitra le frotte di reporter che si assiepassero al cancello.

(Il collegamento video si interrompe. Nella saletta degli assistenti inizia la tornata dei commenti).

Neolaureato: Avete sentito: pop, op, concettuale e poi si è messo a fare il naïf. Poteva andare sulle rive del Po, a imitare Ligabue, invece di arrivare fino in Pakistan!

Specializzanda: Non capisci. Spinello voleva ritrovare le radici della civiltà orientale e misteriosa, insomma fare un po' di esotismo, tanto per aumentare i prezzi delle tele. Tu lo comprenderesti il quadro naïf di un artista che è andato a ritemparsi a Codigoro?

Il assistente: Certo che le urine rosso rubino erano il meno che ci si potesse aspettare da un pittore.

I assistente: E il volo fino a Karachi per caricarlo e portarlo qui in cura? Il Brambilla avrà il suo interesse, ma con queste iniziative finirà col potenziare la megalomania del suo pupillo.

Rileggere casi clinici di alcuni decenni fa pubblicati sulla rivista *Tempo Medico* (Edizioni Edra, www.edizioniedra.it), illustrati dalla mano di Crepax, e vederli con gli occhi di oggi. Leggete "Clinicommedia ieri" poi voltate pagina e vivetela oggi



(Il video si riaccende. È inquadrato lo studio del direttore, dove sta entrando l'aiuto).

Parte seconda

Aiuto: Lo Spinello è arrivato...

Direttore: Attilio, le ho detto più volte che non prendo droghe. Né leggere né pesanti.

Aiuto: (Con un sorrisetto forzato) Naturalmente non ha nulla in contrario a prendere un paziente. In esame, intendo. Spinello è ricoverato. Di mezz'età, come lei sa artista di professione, e in pessimo stato.

Direttore: E cioè?

Aiuto: Semicachettico. Pallidissimo, grigiastro-itterico.

Direttore: Pakistano, Attilio, pakistano...

Aiuto: (Continua impertentito) Tachicardico; 37,8; 90/50; scheletrico. È stato subito cateterizzato ma dalla vescica si sono tratti solo una cinquantina di ml di urina rosso rubino.

Direttore: Anurico, quindi.

Aiuto: Fegato molto ingrandito, di consistenza aumentata, non linfo-gliandole, discreta splenomegalia.

Direttore: C'è anche qualche esame?

Aiuto: I primi: VES molto aumentata, forte anemia normocromica, GB 4.000, PP 70.000, non forme immature nello striscio. Azotemia elevata, glicemia 0,80, RW negativa, bilirubina elevata in gran parte indiretta.

Direttore: E l'urina?

Aiuto: Cilindri ialinogranulosi, qualche GB e rare emazie con un PS di 1.013. Ah, l'ecg mostra tachicardia sinusale e T piatte.

Direttore: (Avviandosi verso la porta) Ci sarà poi da fare anche l'esame dei quadri. E come sono?

Aiuto: (Uscendo con lui) Il Brambilla, per ora, non li molla.

(Si interrompe il collegamento televisivo. Nella loro saletta gli assistenti riprendono i commenti).

Specializzando: Urina rossa e senza emazie fortemente ipotonica: per me è un'emoglobinuria.

I assistente: E non potrebbe essere una mioglobinuria?

Specializzando: Attilio non ha parlato di schiacciamento di masse muscolari.

Specializzanda: (Con aria assorta) Ci sono altre cause di mioglobinuria... ma proprio non me le ricordo.

Il assistente: Sono molto rare, ma se è per questo un esame spettroscopico delle urine del Ligabue dell'Indo scioglierà ogni dubbio.

(Il video si riaccende inquadrando il laboratorio, dove l'aiuto sta parlando con il laboratorista. Entra il direttore).

Parte terza

Direttore: Sta forse trafficando per il suo Spinello?

Aiuto: Non va per niente bene: l'anuria persiste e bisognerà ricorrere alla nefrodialisi.

Direttore: Siamo all'insufficienza renale acuta?

Aiuto: Sì. Ma perché? Che cos'ha? Chiamamente una grave emoglobinuria da emolisi massiccia.

Direttore: Sennonché ci manca proprio la causa.

Aiuto: Posso escludere morsi di serpente o avvelenamenti in genere. Il Brambilla ha fatto indagini ed è sicurissimo del fatto.

Direttore: È stato fatto il test di Coombs?

Aiuto: Negativo. Non ci sono emoglobine patologiche non ci sono sferociti in gran numero, non credo a una emoglobinuria da marcia, insomma navigo in un Indo estremamente incerto.

Direttore: E non crede proprio a niente?

Aiuto: Mi sto orientando verso due possibilità, anche se sono un po' ostacolato dal fatto che a Karachi fa caldo e che l'attacco è insorto a mezzogiorno.

Direttore: (Additando qualcosa in laboratorio) E quella batteria di provette?

Laboratorista: (Intervenendo) Sono per i test discriminanti.

Aiuto: (Continuando) Per esempio il test di Murri e di Rosenbach alla ricerca di emolisine, il test di Ham, di Crosby, quelli di Hegglin...

Direttore: Lasciate perdere tutto, ragazzi. Spinello è cachettico, ha una gran milza e ha soggiornato sull'Indo. Penso proprio che la diagnosi la dovrò fare io: (affettando una falsa immodestia) è il mio ruolo. (Cambiando tono) Ed ora state un po' a sentire questa storia. C'era una volta un tenente medico, io, che durante la seconda guerra mondiale...

A questo punto prima di girare il foglio per leggere la soluzione, il lettore ha l'ultima possibilità di emettere la propria diagnosi sul caso.

capanna nelle paludi pakistane. nare immediatamente alla sua il commercio dell'arte, volle tor per la natura e di disprezzo per Spinello, in un impeto di amore na rimpammucchiato, Bartolomeo di riconoscere i parassiti. Appe l'esame a goccia spesso permise falciptarum. cronico, affetto dal plasmodium emoglobinurica, in un malatio Per me si tratta di febbre ittero... ha visto tanti casi di malaria.

Diagnosi di malaria: adesso bastano una puntura e 15 minuti

La malaria è ancora un argomento attuale, ma rilevarla è più facile e rapido

Era il terrore degli espatriati

nei paesi tropicali la *blackwater fever*, la febbre delle acque nere. I casi sono sempre stati rari, non più di una ventina l'anno, ma quasi sempre mortali. E' la forma più acuta di malaria grave che colpisce di preferenza i soggetti privi di immunità e può condurre rapidamente a insufficienza renale e spesso alla morte. Deve il nome all'emoglobinuria massiva che la caratterizza, conseguenza dell'emolisi intravascolare.

Il caso clinico pubblicato su

Tempo Medico nel 1978 è più che mai attuale. Infatti, pur rimanendo una forma rara, la *blackwater fever* è stata segnalata in aumento nei primi anni 2000, dopo una riduzione osservata negli anni '80 e '90 del secolo scorso. Ciò è dovuto al ruolo di concausa che i diversi farmaci antimalarici, soprattutto se assunti in modo prolungato a scopo profilattico, hanno nel determinare la comparsa di questa temibile forma di malaria. Il chinino, largamente usato a tale scopo fino agli anni '60, era tra le cause segnalate. Quando è stato soppiantato dalla cloroquina, di

diversa struttura molecolare, i casi sono diminuiti, per poi tornare a crescere quando, in seguito alla perdita di efficacia della cloroquina, si è diffuso l'uso profilattico della meflochina e dell'alofantrina, farmaci aminoalcolici come il chinino.

C'è però una differenza

fondamentale tra la discussione che ebbe luogo nel '78 in reparto e quella che potrebbe avere luogo ai giorni nostri, e riguarda la diagnosi di malaria.

Oggi i medici hanno a disposizione uno strumento diagnostico di cui Attilio e la sua *équipe* non disponevano: i test rapidi per la malaria (Rapid Diagnostic

Tests, RDTs). Messi a punto una quindicina di anni fa, questi test sono oggi largamente usati in ogni contesto, dai dispensari rurali in Africa sub-sahariana agli ospedali di riferimento. Il loro

meccanismo è basato sul riconoscimento degli antigeni di superficie del plasmodio presenti nel sangue del soggetto malato da parte di anticorpi forniti nel test. Per effettuarli basta una goccia di sangue capillare prelevata con una lancetta e lasciata diffondere nella cassetta del test dove si trovano

gli anticorpi. Ne esistono di diverso tipo, capaci di riconoscere antigeni delle varie specie di parassita malarico, *Plasmodium falciparum*, o *Plasmodium vivax*, o entrambi.

I prodotti migliori hanno un'elevata sensibilità e specificità diagnostica, quindi raramente ignorano un caso positivo o giudicano erroneamente come positivo un caso negativo, e la loro correlazione con lo strumento diagnostico per eccellenza della malaria, l'esame microscopico, è elevata.

La discussione rappresentata

nella clinicomedia del 1978 suona quindi un po' obsoleta, in quanto largamente basata su osservazioni cliniche e test di laboratorio generici. Stupisce anche che negli esami di allora non si siano rilevati parassiti malarici nello striscio sanguigno, anche se questo fatto si può spiegare con una carica parassitaria modesta, che per essere rilevata avrebbe richiesto l'esame "a goccia spessa", non a caso non eseguito dall'*équipe*.

Oggi, di fronte a un malato con

febbre proveniente da zona malarica, con o senza emoglobinuria, i successori di Attilio e dei suoi colleghi avrebbero sicuramente fatto la cosa più semplice: una puntura di un polpastrello e in 15 minuti avrebbero confermato o escluso una diagnosi tra le più temibili. ■



Anno 95 Numero 107

La. de (opok in abh. post.) - Abh. Italia (deca. 20070); anno L. 1000, anno 1000. Anno 2000 - Entero (deca. post. 1000) anno L. 1000, anno 1000, anno 1000. Sede: Roma, via Veneto, 100 (tel. 06-478111)

LA STAMPA

Sabato 6 Maggio 1961

Indirizzo: PUBLISHER SPANIA S.p.A. Torino, via Roma 95, tel. 011/231111 Milano, via Broletto 2, telefono 700-33 Roma, Largo M. E. D'Adda, tel. 06-478111. Il giornale si riserva la sede con il diritto di ristampare qualsiasi informazione

PUBBLICITÀ: Anni 1000. L. 400 ogni anna abbonamento (postale) di 1000 lire (postale) di 1000 lire. Anni 1000. L. 400 ogni anna abbonamento (postale) di 1000 lire (postale) di 1000 lire. Anni 1000. L. 400 ogni anna abbonamento (postale) di 1000 lire (postale) di 1000 lire.

Oggi a Torino cent'anni dopo la proclamazione dell'unità Gronchi inaugura «Italia 61»

Le celebrazioni cominceranno a Palazzo Madama: il Presidente della Repubblica pronuncerà un messaggio alla Nazione, presenti le massime autorità dello Stato, gli ambasciatori di ogni Paese e i delegati di tutte le province - Quindi visiterà il complesso delle mostre in riva al Po

Stato piemontese e Torino-organizzazione robusta e accentrata. Con lui il Piemonte inizia quella epopea di unificazione e tradizione statale che gli dà fin da allora il primo posto fra gli Stati italiani. Il successore, Carlo Emanuele I, sperderà buona parte delle forze armate dal padre, nelle più varie direzioni, ma con fante imperiale e con la sua armata di uomini italiani. La momentanea aspirazione di Amedeo VIII, re di Savoia, non fu mai che una parva dall'orizzonte politico italiano ed europeo. Il barone Lombardo-Savoia, stipite di lui ed Enrico IV, non ebbe neppure un prestigio di esecuzione ma fondò una politica abocciata a Piemonte e alla Francia. — e rimane in seguito per lungo tempo — nel quadro della epopea territoriale-dinamica praticata in quel tempo generalista: ma che tuttavia inco-

destinata a divenire appiccata con le altre classiche dell'Europa occidentale. Il piano ingrosso del Piemonte nel movimento politico nazionale, iniziato per l'operazione della rivoluzione francese, si ha nel periodo della restaurazione, che con la particolare assicurazione raggiunta in Piemonte a favore della reazione in senso contrario. Il «permanente» del 1821, la cospirazione del 1833 rinviato in conclusione i contributi di cui fece la corrente. Torino divenne capitale della scuola moderata, a una volta corretta ed integrata dalla corrente democratica. Allorché Carlo Alberto accede alla monarchia costituzionale e inizia la guerra d'indipendenza, il Piemonte è veramente maturo per il suo compito nazionale. La sua robusta consistenza statale, la sua pratica diplomatica, la sua tradizione militare, la serietà dell'indole popolare e la tematica della

La partenza da Roma. Il Presidente della Repubblica, Giovanni Gronchi, è in treno per Torino dove arriverà domani mattina alle ore 13.30. In precedenza avevano lasciato Roma il presidente del Consiglio, Amintore Fanfani, il presidente della Camera, on. Cesare Merzagora, ed il presidente della Repubblica, on. Giovanni Gronchi, che domani saranno alla stazione di Porta Nuova ad accogliere il Capo dello Stato. L'on. Segni non ha potuto muoversi perché colpito da beriberi. Il corteo presidenziale si dirigerà allora a Palazzo Madama dove, alla presenza di tutti gli ambasciatori accreditati a Roma, il Presidente Gronchi aprirà ufficialmente la Celebrazione per il primo Centenario dell'Unità d'Italia, con un discorso che sarà anche un messaggio alla Nazione. Successivamente il Capo dello Stato...

La partenza da Roma. Il Presidente della Repubblica, Giovanni Gronchi, è in treno per Torino dove arriverà domani mattina alle ore 13.30. In precedenza avevano lasciato Roma il presidente del Consiglio, Amintore Fanfani, il presidente della Camera, on. Cesare Merzagora, ed il presidente della Repubblica, on. Giovanni Gronchi, che domani saranno alla stazione di Porta Nuova ad accogliere il Capo dello Stato. L'on. Segni non ha potuto muoversi perché colpito da beriberi. Il corteo presidenziale si dirigerà allora a Palazzo Madama dove, alla presenza di tutti gli ambasciatori accreditati a Roma, il Presidente Gronchi aprirà ufficialmente la Celebrazione per il primo Centenario dell'Unità d'Italia, con un discorso che sarà anche un messaggio alla Nazione. Successivamente il Capo dello Stato...

La partenza da Roma. Il Presidente della Repubblica, Giovanni Gronchi, è in treno per Torino dove arriverà domani mattina alle ore 13.30. In precedenza avevano lasciato Roma il presidente del Consiglio, Amintore Fanfani, il presidente della Camera, on. Cesare Merzagora, ed il presidente della Repubblica, on. Giovanni Gronchi, che domani saranno alla stazione di Porta Nuova ad accogliere il Capo dello Stato. L'on. Segni non ha potuto muoversi perché colpito da beriberi. Il corteo presidenziale si dirigerà allora a Palazzo Madama dove, alla presenza di tutti gli ambasciatori accreditati a Roma, il Presidente Gronchi aprirà ufficialmente la Celebrazione per il primo Centenario dell'Unità d'Italia, con un discorso che sarà anche un messaggio alla Nazione. Successivamente il Capo dello Stato...



6 maggio 1961, viene inaugurato l'Expo di Torino, anche conosciuto come Italia '61, e celebrato il centenario dell'Unità d'Italia.

La Presidenza Bariatti 1961-63

Il 1961 si rinnova il consiglio, Bariatti è presidente, ma il clima è teso e turbolento. Intanto, il Bollettino cambia veste. Nel '63 muore Marcora, guida dell'Ordine nel dopoguerra; nel frattempo il mondo sindacale medico si irrobustisce e viene definita una tariffa minima

1961 NUOVA PRESIDENZA IN TEMPESTA

Nel 1961, gli iscritti sono 7.636. In gennaio, si svolgono le elezioni per il rinnovo del consiglio per gli anni 1961-63. Cambia il direttivo: Raimondo Bariatti ne è il presidente, vice Paolo Del Forno, segretario Enrico Scotti e tesoriere Carlo Porta. Tra gli astenuti alla votazione del direttivo c'erano Piero Malcovati, Luigi Di Natale, Cesare Galeazzi e Giulio Cesare Abba. Successivamente, è inoltrato un esposto alla FNOOMM (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici) da Cesare Galeazzi stesso e un altro ancora alla CCEPS (Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie) da un iscritto per presunte irregolarità elettorali. L'esposto di Galeazzi avverso un gruppo di consiglieri dell'Ordine per la sua mancata elezione alla carica di presidente viene archiviato, come comunica Raffaele Chiarolanza. Quello alla CCEPS è stato giudicato irricevibile. In seguito alla dimissione degli stessi il presidente Bariatti, in un comunicato alla stampa quotidiana,

precisa che l'Ordine è in grado di funzionare "in quanto in ogni caso esso è composto dalla maggioranza dei consiglieri". Parte così, in un clima turbolento, la nuova presidenza. Ne sfuggono i motivi ormai sepolti insieme ai protagonisti e ai comprimari ma, anticipando le cronache, si può affermare che la presidenza Bariatti è stata contrassegnata da tensioni le cui cause allora come oggi sono solo ipotizzabili e, forse, individuabili in ambizioni insoddisfatte e in delusioni e sconcerti inaspettati. Una sentenza della Corte di Cassazione Civile a Sezioni riunite (n. 3034/4 del 21 aprile e del 15 novembre 1960) convalida il potere disciplinare degli Ordini e, mutando il proprio precedente indirizzo, riconosce agli stessi la potestà di impugnare le decisioni della CCEPS, di infliggere sanzioni per tutte le infrazioni deontologiche e di perseguire i convenzionamenti stipulati con Enti e Istituti senza la ratifica dell'Ordine. Sentenza storica. A proposito di questi ultimi, si registra un malcontento generale: si lamenta l'estensione dell'assistenza

mutualistica a troppe categorie con aumento degli enti erogatori e si fa strada la necessità di unificarli. Fra non molto, tutti saranno resi felici con l'istituzione di una megamutua. Il ministro Camillo Giardina afferma, bontà sua, che la professione, così come da sempre intesa, è in punto di morte. Lui vede nel nostro futuro anche perché, con altri, ne è l'artefice.

Noi no. Si rimane avvinghiati a padre Ippocrate e a tutta la retorica che avvolge la sua figura e che ci illumina di luce impropria. Ci crediamo sacerdoti della scienza medica. Il nostro sacro paramento, assimilato un tempo al robone delle classi socialmente elevate, è il camice bianco e guardiamo di traverso coloro che indebitamente lo indossano e che cominciano a essere tanti, troppi. Si continua a pensare di essere il centro della società ritenendoci i suoi benefattori.

Ricordo la profonda delusione quando, per la prima volta, fui invitato a parlare in una sala riunione di un quartiere popolare. Compresi e sentii allora tutta la nostra impopolarità: singolarmente stimati dai nostri pazienti ma odiati e malfamati come gruppo sociale, peggio come classe o corporazione: *medici boni viri, ordo autem mala bestia* avrebbe potuto dire anche per noi Cicerone.

Morto o moribondo che sia, si sta difficoltosamente snodando il problema degli ospedalieri in agitazione, perché il Governo tituba sulla stabilità di carriera sino a 70 anni.

1962

LA SVOLTA DEL BOLLETTINO

Poiché otto consiglieri e due revisori dei conti si sono dimessi, nell'aprile del 1962 si svolgono le elezioni suppletive per la nomina di 11 consiglieri, di un revisore dei conti e del revisore supplente. I votanti sono 1.097. Tra i nuovi consiglieri, entra il professor Gilberto Marrubini, medico legale che, da subito, espone le difficoltà, peraltro note da sempre, nella lotta contro il prestanomismo e

La targa bronzea dedicata a Ferruccio Marcora, che fu presidente dell'Ordine nel dopoguerra, sita nella sede attuale dell'OMCeO di Milano.



Nell'agosto del 1962 l'attrice Marilyn Monroe viene trovata morta nella sua casa a Brentwood, a Los Angeles, per presunta *overdose*.

[NEW YORK SUNDAY NEWS, VIA WIKIMEDIA COMMONS](#)

l'abusivismo.

Si discute se si debbano pubblicare sul Bollettino i verbali delle sedute di Consiglio (noiosissimi e ipnogeni) e i necrologi, o meglio, più sbrigativamente, la lista dei colleghi che ci hanno lasciato.

La risposta è affermativa.

Dopo mezzo secolo, per una sorta di snobismo scaramantico, ai nostri

giorni, la pubblicazione solo dei nominativi – non dei necrologi – dei colleghi defunti sarà considerata riduttiva della bellezza e dei contenuti di una rivista che ormai ha assunto una veste “mondadoriana” quanto a grafica, iconografia e all'importanza dei contenuti: un vero *magazine*. Si opporrà, inascoltato, il cronista di queste noterelle: non dovrà più essere un bollettino “parrocchiale” ma sarà pur sempre una pubblicazione destinata a professionisti cui interessa anche conoscere, non solo le vicende del mestiere, ma anche quelle del gruppo cui, senza parlare di corporazione, appartiene.

1963

LA MORTE DI MARCORA CHIUDE UN'EPOCA

Il Bollettino si è fatto bimensile. Gli iscritti sono circa 7.000 come la quota di iscrizione (lire 7.000).

Tralasciando per un momento la decurtisiana livella, tre sono le morti illustri: quella di Ferruccio Marcora, di Piero Malcovati e di Desiderio Cavallazzi; quest'ultimo, medico-legale, è deceduto drammaticamente durante un sopralluogo.

Il Bollettino si apre con un imponente necrologio per Marcora, il presidente del dopoguerra: laureato a Pavia nel 1908, allievo di Golgi, con due libere docenze in patologia e clinica medica, idoneo alla cattedra di entrambe le discipline, ufficiale medico nel I

conflitto mondiale, era stato primario dell'Ospedale Maggiore. In Consiglio, è una gara per ricordarne la memoria al termine della quale tutto si riduce a dedicargli (ormai scomparso) la sala consiliare e a fondere quella targa bronzea, che noi già conosciamo e che, oltretutto, non fu mai esposta per inconfessabili motivi. Noi, che abbiamo seguito le vicende dell'Ordine dopo il 1945, che abbiamo letto delle grandi difficoltà affrontate



e risolte, non possiamo che rendergli, con queste righe, un omaggio postumo, sempre auspicando che la targa, ritrovata e risepolta, sia alla fine appesa. Ai nostri giorni, dissolta l'atmosfera superstiziosa nata dalle elucubrazioni di un personaggio all'interno dell'Ordine, forse, in un'altra vita cittadina di Salem, potrà essere rimessa alla luce cui era stata destinata. L'11 gennaio al Monteggia, il presidente Bariatti, nel corso dell'assemblea ordinaria, riconosce l'importanza della AMMM (Associazione Milanese Medici Mutualisti), la cui presenza irrobustisce il mondo sindacale della generica rappresentato a Milano solo dalla FIMM (Federazione Italiana Medici Mutualisti). Bariatti, come poi si vedrà, navigava a vista, alternando i suoi colpi oggi alla botte, domani al cerchio.

E di forza sindacale ce n'è bisogno: al termine, si continua con l'assemblea straordinaria il cui ordine del giorno la dice lunga "Agitazione nazionale medici". L'atmosfera è bollente se si impone a Bariatti, come medico ospedaliero, come presidente d'Ordine, come membro del Comitato Centrale, di disertare la cerimonia per l'apertura di un nuovo padiglione dell'ospedale Maggiore, con presenti le autorità politiche. Ma non basta, il secondo ordine del giorno minaccia il passaggio all'indiretta per il 1° aprile se non saranno avanzate condizioni soddisfacenti dalla controparte. La minaccia è preceduta da uno sciopero generale nei giorni 11 e 12 gennaio cui ha aderito, secondo un messaggio del professor Chiarolanza, la totalità dei medici interessati.

Si cita, a proposito, la promulgazione della Legge sulla tariffa minima che "rappresenta un solenne riconoscimento del valore e della dignità e del prestigio della professione medica i cui onorari, per espressa volontà del legislatore, devono risultare conformi al decoro professionale". Tale legge riconosce il potere normativo ed economico degli OMM, vietando espressamente la possibilità di compensi forfettari. Le leggi si fanno e si disfanno...

Intanto, giusto perché si sappia e se ne tenga conto a futura memoria, il provvedimento legislativo è stato approvato con decreto dal Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della Sanità di concerto con il Ministro del Tesoro, sentiti il Consiglio di Stato, il Consiglio Superiore di Sanità e la Federazione Nazionale dei Medici previa deliberazione del Consiglio dei Ministri. Può bastare? L'art. 10 recita testualmente "Il medico che contravviene alle disposizioni contenute nel precedente art. 9 e



Saigon, giugno 1963, Thích Quảng Đức, monaco buddista, si dà fuoco per protesta contro l'amministrazione del presidente del Vietnam del Sud.

[MALCOLM BROWNE FOR THE ASSOCIATED PRESS, VIA WIKIMEDIA COMMONS](#)

nei commi terzo e quinto dell'art. 2, è sottoposto a procedimento disciplinare secondo le vigenti norme sugli ordini delle professioni sanitarie". L'art. 9, vera ciliiegina sulla torta, recita che il parere degli Ordini sugli onorari è vincolante; l'art. 2 fa da tanica di benzina laddove, al comma 5, vieta i compensi forfettari e al comma 3 impedisce l'esercizio della professione a onorari inferiori alla tariffa minima. Come dire, "vento in poppa".

Come in un proclama risorgimentale quarantottesco, nell'appoggiare lo sciopero nazionale del 4 aprile 1963, il presidente della FNOOMM, il cui cognome e il cui aspetto erano altrettanto risorgimentali, prende la rincorsa e... "Il destino della professione medica è nelle nostre mani e lo difenderemo con tutte le nostre forze" (nдр: siamo sulla linea del Piave) ma non basta "Dalla palpitante realtà delle Assemblee provinciali, balzerà incontenibile la nostra certezza di vittoria" (ricorda l'imperativo "vincere" di qualche decennio prima), chiudendo poi, dando ragione all'estensore di queste note, che giura non esserne stato prima a conoscenza, con "Il risorgimento della medicina incomincia da oggi". Nessun commento da parte nostra, che conosciamo il futuro, se non quello di dovere sarcasticamente rilevare la mistura di retorica, di illusioni, di speranze, di mancanza di intelligenza politica, di mancata consapevolezza dei tempi mutati. Siamo in pieno '800 senza camice ma con paludamenti acconci a quel secolo quali *redingote*, finanziaria o prefettizia che dir si voglia. Con il 7 aprile inizia l'indiretta con chiari riferimenti all'art. 10 della L. 244 del 21 febbraio 1963. ■



DA LEGGERE

Aforismi che vanno e che restano

A chi è rivolto A medici e operatori sanitari, a studenti, ma anche a semplici curiosi.

Gli autori Giorgio Dobrilla è primario gastroenterologo emerito dell’Ospedale di Bolzano, ed è socio della British Society of Gastroenterology e dell’American College of Gastroenterology. E’ autore di numerosi volumi di divulgazione scientifica ed è consulente medico del “Comitato Italiano per il Controllo delle Affermazioni Pseudoscientifiche” (CICAP).

In breve Viene presentata una rassegna di citazioni sulla medicina e sulla salute scritte da personaggi che sono passati alla storia nei loro campi: da Proust a Einstein, da Lutero a Orson Welles, da Molière a George Bernard Shaw, da Kant ad Hannah Arendt, da Goya a Bertrand Russell. “Le implicazioni di queste frasi celebri – spiega lo stesso Dobrilla – non mancano e sono quasi sempre puntuali e di accessibilità immediata per chiunque. E’ proprio riordinando il mio archivio personale di diapositive utilizzate in numerose letture che mi è sorta l’idea di questo libro: mettere a disposizione di un pubblico più ampio riflessioni sulla medicina che

normalmente non lo raggiungono e ipotizzare in base a esse un ipotetico e insolito “Processo alla Medicina e ai Medici”.

Commento Il libro è un vero e proprio fact checking di celebri aforismi, e ha lo scopo di evidenziare sotto quali aspetti essi sono ancora validi strumenti di sintesi e sotto quali altri rappresentino invece un pensiero

che la medicina ha scardinato e superato. Infatti, quella degli aforismi è una delle modalità più incisive tramite cui si propaga il pensiero umano, ma non sempre la sintesi risulta corretta, specie in un campo complesso come la medicina. Il tutto è condito da quella speciale verve ironica che contraddistingue da sempre la scrittura di Dobrilla.

Il libro in una frase “Attraverso i pensieri e i ragionamenti di questo libro, ci rendiamo conto che i nostri dubbi erano quelli di Proust, il disincanto verso alcune certezze assolute – lo stesso di Voltaire. E che l’ansia di star meglio la viveva pure Marziale, duemila anni fa.” (tratta dalla prefazione di Gerardo d’Amico).



Titolo	Processo alla Medicina e ai medici. Divagazioni (semi) serie su celebri citazioni
Autori	Giorgio Dobrilla
Editore	CIV Edizioni
Formato	Cartaceo, 168 pagine
Anno	2017
Prezzo	15,00 euro



DA LEGGERE

Un mondo senza malattie

A chi è rivolto Ai medici e a chi si occupa di sanità pubblica, ma offre anche spunti interessanti di riflessione per il grande pubblico.

Gli autori Angelo Barbato è medico specialista di igiene e medicina preventiva nonché esperto di sanità pubblica e privata. E’ coordinatore del tavolo tecnico “Malattia Zero e Salute Sostenibile” del CETRI-TIRES (Circolo Europeo per la Terza Rivoluzione Industriale) che si ispira alle idee economiche di Jeremy Rifkin.

In breve Riprendendo la teoria “Zero Marginal Cost” dell’economista statunitense, secondo cui l’economia di scambio soppianderà il capitalismo per come lo conosciamo, Barbato applica questo modello in ambito sanitario: se è possibile vivere in un mondo economicamente sostenibile, perché non pensare anche a una salute sostenibile, a un mondo senza malattie? La visione di “Malattia Zero” propone un nuovo paradigma dell’assistenza medica: passare da una medicina gerarchica strutturata (l’assistenza ospedaliera) che ha costi troppo elevati e che gestisce ormai solo i casi a elevata intensità di cure, dimenticandosi i malati cronici, a una medicina partecipativa, capillare e distribuita, una medicina di iniziativa, dove l’essere umano è impegnato nel ruolo di responsabile di sé stesso (*patient empowerment*) e tutta la comunità è orientata alla salute in quanto dovere sociale e non solo diritto fondamentale. Ecco che la prevenzione, da cenerentola della sanità, ne diventa il pilastro principale, non solo per la sua valenza di promozione e mantenimento della salute, ma anche per l’ottimizzazione delle risorse e l’abbattimento dei costi. I professionisti sanitari e i medici di famiglia sono le figure centrali per realizzare una medicina proattiva: l’assistenza medica deve diventare a “Territorio Zero”, vale a dire il più vicino possibile ai pazienti attraverso cure domiciliari e telemedicina.

Commento Come Jeremy Rifkin è stato spesso giudicato un visionario, anche questo modello sembra un sogno troppo distante da raggiungere. A Barbato va il merito di aver compiuto il primo passo nell’introdurre un argomento tanto sensibile quanto rivoluzionario.

Il libro in una frase “La Salute non è monopolio di multinazionali, è una forma di energia [...] e come tale proprietà collettiva e alla portata di tutti. La Salute non è prezzabile né negoziabile, al contrario ha un valore intangibile, come l’energia che arriva dal Sole alla Terra”.

Titolo	Malattia Zero - Zero Disease
Autori	Angelo Barbato
Editore	Angelo Barbato
Formato	Cartaceo, e-book, 142 pagine
Anno	2016
Prezzo	6,49 euro (1,99 euro in formato e-book)



DA LEGGERE

Vita, morte e miracoli (o non) dei farmaci

A chi è rivolto Ai non “addetti ai lavori”: il grande pubblico, fatto tutto o quasi di potenziali pazienti, ma anche a quei professionisti della salute che, pur avendo un rapporto quotidiano con le pillole, non hanno mai approfondito i passaggi che portano dallo sviluppo di un farmaco alla sua presenza sul mercato.

Gli autori Guido Giustetto è medico di medicina generale e si occupa di metodologia e critica della medicina. Attualmente è presidente dell'OMCeO di Torino. Sara Strippoli scrive di sanità e politica su *La Repubblica*.

In breve Tutte le tappe della vita di un farmaco sono descritte con il sostegno di una solida e rigorosa documentazione che consente di dichiarare nomi, fatti e cifre. La storia di farmaci, medici e industrie, in continua evoluzione e costellata di episodi censurabili e virtuosi, è raccontata con uno stile diretto e vivace che permette di entrare anche nei meccanismi più complessi.

Commento Gli autori dichiarano un approccio ispirato a un “sano scetticismo”: nessuna demonizzazione del mondo del farmaco, per quanto guidato da logiche di profitto e nessuna accettazione aprioristica di queste logiche in cambio degli indubbi progressi che prospettano nuove possibilità di cura. Si propongono piuttosto di mettere a fuoco le cose che non vanno e nello stesso riconoscere quel che viene fatto di buono per la vita dei pazienti, consci che questa analisi rafforza le potenzialità della medicina. Ma non si fermano all'analisi e prospettano soluzioni in cui è centrale il ruolo dei medici e il loro rapporto con l'industria, ma ancora di più l'acquisizione di una capacità critica dei pazienti-cittadini che consenta loro la partecipazione alle scelte.

Il libro in una frase “L'idea è che in qualche modo si sia rotto quel patto etico implicito tra industria del farmaco e società, grazie al quale si manteneva un equilibrio tra la necessità (e il diritto) di fare profitti da parte dell'industria e l'utilità sociale dei suoi prodotti”.



STOCKUNLIMITED.COM

Titolo	<i>Pillole. Storie di farmaci, medici, industrie</i>
Autori	Guido Giustetto, Sara Strippoli
Editore	Add Editore, Torino
Formato	Cartaceo, 176 pagine
Anno	2017
Prezzo	16,00 euro



DA VEDERE

Il viaggio di un cuore, da una vita all'altra

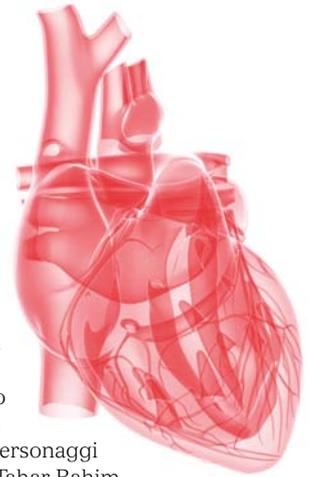
A chi è rivolto Al grande pubblico.

Il regista e il cast Al suo terzo film da regista, Katell Quillévére adatta sul grande schermo l'omonimo romanzo di Maylis de Kerangal, costruendo la trama attorno a una molteplicità di personaggi interconnessi. Tra gli attori del cast, Tahar Rahim, Emmanuelle Seigner e Anne Dorval.

In breve Di ritorno da una giornata di surf con gli amici, il diciassettenne Simon è vittima di un incidente stradale. I genitori del ragazzo, tenuto ormai in vita solo dai macchinari ospedalieri, sono interpellati dai medici per decidere se donare o meno gli organi. La seconda parte della vicenda si focalizza su Claire, cinquantenne e madre di due figli, che ha come unica opportunità di sopravvivenza un trapianto di cuore. Così due vite sconosciute si intrecciano in una sala operatoria.

Commento Il film tratta di un argomento complesso, come la donazione degli organi, partendo da un nucleo narrativo che ribalta gli schemi classici ma che colpisce efficacemente lo spettatore per il realismo degli eventi: è infatti il cuore di un giovane a permettere a una donna matura di continuare a vivere. Per Katell Quillévére questo è il movente sia per approfondire il dolore dei genitori per la morte di un figlio adolescente (senza scivolare banalmente in toni melodrammatici) sia per raccontare accuratamente, nell'arco temporale di ventiquattrore, le procedure di un trapianto cardiaco. Per gli addetti ai lavori è estremamente interessante la gestione della comunicazione dal lato medico, affidata al coordinatore del centro trapianti dell'ospedale; l'approccio empatico ma professionale per spiegare il valore del gesto ai familiari afflitti dal lutto è la chiave che li convincerà a dare il consenso all'espianto.

Il film in una scena La bellissima scena in sala operatoria con il dettaglio del cuore battente di Simon, che verrà ripresa simmetricamente dopo il trapianto cardiaco a Claire. Un'immagine potente e vivida di una vita al termine e una che ricomincia, unite dallo stesso organo.



Titolo	<i>Riparare i viventi</i> (titolo originale: <i>Réparer les vivants</i>)
Regista	Katell Quillévére
Sceneggiatore	Dan Bevan
Produzione	Les Films Pelléas, Les Films du Bèlier, France 2 Cinéma
Anno	2016 (nelle sale italiane da gennaio 2017)
Durata	104 minuti



DA VEDERE

150 milligrammi, il film verità sul caso Mediator

A chi è rivolto Al grande pubblico, specialmente agli amanti dei film di impegno civile.

Il regista e il cast Emmanuelle Bercot, rinomata attrice e regista francese, sceglie la strada del film inchiesta per raccontare la vera storia del medico Irène Frachon e dello scandalo del farmaco-killer Mediator che scoppiò in Francia tra il 2009 e il 2010. Protagonista femminile è l'intensa attrice danese Sidse Babbett Knudsen.

In breve La pneumologa Irène Frachon scopre la correlazione tra una serie di decessi per valvulopatie avvenuti nel suo ospedale e l'assunzione del farmaco Mediator. Inizia così la durissima battaglia della dottoressa, sostenuta dal gruppo di ricerca di Brest, contro l'azienda farmaceutica produttrice per ottenere il ritiro del medicinale dal mercato.

Commento La Bercot ha idee chiare sui principi che hanno mosso Irène, ordinario medico di provincia, a scontrarsi con il secondo colosso farmaceutico francese: solida etica professionale e un forte senso di giustizia per i pazienti, gli individui reali che si celano dietro le fredde tabelle dei rapporti e diventano numeri nelle statistiche. Ma il carattere caparbio di questa eroina moderna non sarebbe stato sufficiente, da solo, a dimostrare le gravi *défaillances* del sistema di farmacovigilanza francese. Dal gruppo di ricerca farmacologica del piccolo ospedale bretone fino alla testista di Farmacia, è fondamentale un rigoroso lavoro di squadra, indipendente da interessi economici, per abbattere il muro di omertà intorno al farmaco incriminato. La scelta della regista di focalizzarsi maggiormente sulla dimensione emozionale della protagonista pone inevitabilmente in secondo piano la narrazione giudiziaria del caso. Non manca comunque l'attenzione al realismo: sono degne di nota le sequenze iniziali girate in sala operatoria, durante un'operazione a cuore aperto e la scena dell'autopsia della paziente vittima di valvulopatia.

Il film in una scena Il film si apre con Irène che nuota in solitudine tra le onde del mare. Questa immagine verrà ripresa nuovamente a metà film. E' l'emblema della personalità forte e decisa della protagonista, che non ha paura di lottare controcorrente per una giusta causa.

Irène Frachon

FOTO DI VINCENT GOURIOU, VIA WIKIMEDIA COMMONS



Titolo	150 milligrammi (titolo originale: <i>La fille de Brest</i>)
Regista	Emmanuelle Bercot
Sceneggiatori	Séverine Bosschem, Emmanuelle Bercot
Produzione	France 2 Cinéma, Canal+, Cine+, France Télévision
Anno	2016 (nelle sale italiane da febbraio 2017)
Durata	128 minuti



DA ASCOLTARE

Ezio Bosso risorge alla Fenice



Ezio Bosso
FOTO DI SPARTANGG97,
VIA WIKIMEDIA
COMMONS

A chi è rivolto Agli appassionati di musica classica, in particolare agli amanti degli archi e dei fiati

Il direttore e l'orchestra Ezio Bosso dirige l'Orchestra Filarmonica della Fenice, con Sergej Aleksandrovič Krylov solista al violino.

In breve L'album documenta il ritorno di Ezio Bosso sul podio dopo ben sette anni di assenza. Una pausa molto lunga, causata dalla malattia neurodegenerativa che ha reso particolarmente dibattuta la decisione di riprendere la bacchetta. Nonostante l'invito dell'Orchestra, Bosso temeva che il suo fisico non avrebbe retto. D'altro canto, quale migliore occasione avrebbe avuto per ricominciare se non quella di esibirsi in un teatro come la Fenice, che è riuscito a risorgere più e più volte da ogni momento critico? Così Ezio Bosso ha deciso di provarci, dando inizio a un'*escalation* formidabile e radunando oltre 100.000 spettatori nei teatri dove ha fatto tappa. Si è realizzata la *tournee* di musica classica più importante della storia italiana.

Commento Il disco si apre con le note del *Concerto Brandeburghese n. 3* di Johann Sebastian Bach e si chiude con quelle della *Sinfonia n. 4* di Felix Mendelssohn, detta "L'Italiana". Tra queste, suonano le note di *Esoconcerto*, scritto dallo stesso Ezio Bosso. Un programma che emoziona, complicità i due grandi compositori, ma anche e soprattutto il ritorno sulle scene dell'artista torinese che dimostra quanto con la perseveranza e la passione si possa arrivare lontano nonostante una malattia fortemente invalidante. Un esempio per cercare e trovare la forza di andare oltre, donando, anche agli altri, momenti meravigliosi come questo disco.

L'album in un brano *Esoconcerto* è il primo concerto per violino e orchestra scritto da Bosso. Suddiviso in un allegro, un adagio e un presto, risulta di gradevole ascolto anche per i meno esperti di musica classica. *Esoconcerto* è la dimostrazione che "la musica è vera magia, è la nostra vera terapia".

Titolo	<i>The Venice Concert</i>
Compositori	Ezio Bosso, Johann Sebastian Bach, Felix Mendelssohn-Bartholdy
Direttore	Ezio Bosso
Musicisti	Sergej Aleksandrovič Krylov violino solista, Orchestra Filarmonica della Fenice
Etichetta	Sony Classical
Pubblicazione	26 maggio 2017
Album, durata	10 brani, 1 ora e 16 minuti

SMARTFAD

Su www.saepe.it trovi online l'ultimo corso sulla multiantibioticoresistenza. Leggi il dossier costruito sui casi nelle pagine centrali della rivista e cimentati con il questionario ECM direttamente sulla piattaforma.

Ricordati che sono ancora disponibili i corsi sulla modifica degli stili di vita centrati sull'esercizio fisico e sul fumo.



Accedere è semplice!

1 Vai su www.saepe.it o scansiona il QR code



2 Non sei registrato? Registrati!



Sei già registrato? Accedi con ID e PIN

ID:

PIN:

3 Clicca sul titolo del corso e inizia la formazione

A screenshot of the SMARTFAD course catalog. It shows a table with columns for course title, credits, cost, discounts, and expiration date. A mouse cursor is pointing at the first course title.

CLICCA SUL TITOLO SOTTO PER ACCEDERE AL CORSO	Crediti	Costo	Sconti	Scadenza
La diagnosi di ipertensione arteriosa	2.0	10.00 €		28/02/18
Nausea e vomito da chemioterapia ★★★★★	5.0	20.01 €	🟢	22/02/18
La stagione influenzale 2016-2017	2.0	10.00 €		30/06/17
La triturazione dei farmaci ★★★★★	5.0	20.01 €	🟢	31/12/17
La postura in gravidanza nel travaglio e nel post partum ★★★★★	5.0	40.00 €	🟢	31/12/17

L'accesso è gratuito per tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Milano

