

L'errore del medico? Lo provi il paziente

Il governo vuole ridurre la spesa sanitaria: le nuove regole nella legge di Stabilità

di Margherita De Bac

Il ministro della Salute vuole inserire nella legge sulla Stabilità le norme che riguardano la responsabilità del medico. L'obiettivo è ridurre la spesa legata alla «medicina difensiva» che porta i dottori a prescrivere più farmaci, visite, ricoveri e esami per difendersi dalle possibili denunce del paziente scontento, danneggiato o non guarito. Secondo il ministero così facendo si possono risparmiare 10 miliardi.

a pagina 25

Cause contro gli ospedali «Sia il paziente a dimostrare che il medico ha sbagliato»

La proposta del ministero per ridurre le spese della Sanità

Troppa prudenza

L'idea è far sì che i dottori non prescrivano esami inutili per timore di finire in tribunale

Il caso

di Margherita De Bac

ROMA Ci sono diversi modi per pararsi da un pericolo. Lo scudo dei medici è la prescrizione di farmaci, visite, ricoveri e esami in eccesso.

Otto su dieci, la ricerca è dell'università Cattolica, ammettono di averci fatto ricorso almeno una volta nell'ultimo mese, quando hanno avuto il sia pur remoto timore di finire in tribunale con l'accusa di aver sottovalutato qualcosa.

Alla domanda circa il motivo che li ha spinti a usare tanta prudenza, quasi tutti rispondono di aver voluto proteggersi dal rischio di eventuali procedimenti giudiziari avviati da pazienti scontenti, danneggiati o non guariti. Il bersagliamento di denunce è in aumento rispetto agli anni passati malgrado la percentuale delle condanne penali sia del 2%.

Il fenomeno si chiama «medicina difensiva» e costa allo Stato circa 10 miliardi all'anno,

lo 0,75% del Prodotto interno lordo, secondo l'indagine della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari. Per allentare la pressione dei contenziosi sulla classe medica e ridurre il surplus di spesa legato all'inappropriatezza il ministro della Salute spera di ricorrere ad uno strumento rapido.

Nella legge di Stabilità, da varare entro l'anno, potrebbero rientrare, almeno in parte, proposte contenute in un documento consegnato a Beatrice Lorenzin prima della pausa estiva da Guido Alpa, il giurista che ha presieduto una apposita commissione ministeriale nominata a marzo.

Tra i punti chiave, l'inversione dell'onere della prova. Spetterà al malato dimostrare che il medico ha sbagliato e non a quest'ultimo di aver agito correttamente. In ambito civile, riduzione dei tempi di prescrizione da 10 a 5 anni ma solo per i dipendenti del servizio sanitario e per quelli convenzionati (ad esempio gli ambulatoriali).

I liberi professionisti mantengono con i pazienti un rapporto cosiddetto contrattuale e rispondono direttamente di eventuali responsabilità. Per gli altri colleghi invece viene suggerito il passaggio al rapporto extracontrattuale che fa scivolare la responsabilità sulla struttura.

E ancora. Limiti all'azione di rivalsa sul singolo professioni-

sta. Non si dovrebbero ripetere, così, storie come quella di cui è stato di recente protagonista uno psichiatra del servizio pubblico che si è visto sequestrare la proprietà dopo essere stato denunciato come responsabile del suicidio di un suo malato.

La commissione Alpa suggerisce poi di dare specifica definizione alla colpa grave dei sanitari e di prevedere «una fattispecie autonoma di lesioni e omicidio colposo». Oggi un chirurgo denunciato per la morte di un paziente durante un intervento viene equiparato al pirata della strada che uccide un pedone. Si profila anche un giro di vite sull'obbligo di assicurazione per ospedali, case di cura private e operatori sanitari. Infine un albo di super periti cui i giudici dovranno necessariamente attingere per contare su consulenze tecniche il più possibile attendibili.

La medicina difensiva incide sulla spesa sanitaria per il 10,5%, le voci più significative riguardano eccesso di farmaci



(1,9%), visite (1,7%), esami di laboratorio (0,7%) e strumentali (0,8%), ricoveri (4,6%). Una ricerca di Agenas (agenzia del ministero della Salute) svolta fra 1.500 medici ospedalieri ha indicato tra le cause principali del difensivismo la legislazione sfavorevole (31%), il rischio di una citazione in giudizio (28%), lo sbilanciamento del rapporto con il paziente caratterizzato da eccessive pressioni e le aspettative dei familiari (14%).

La Lorenzin spera di riuscire a introdurre nella legge di Stabilità una parte di queste norme, tenendo presente che alla Camera è pronto un testo unificato sulla responsabilità professionale, di cui è relatore Federico Gelli, Pd.

I camici bianchi attendono come una manna le misure preannunciate. «Vogliamo operare serenamente, senza lo spauracchio di denunce penali che ci minacciano pur agendo in scienza e coscienza. I cittadini che hanno subito un danno ingiusto devono poter contare su tempi brevi per i risarcimenti in sede civile», sintetizza il pensiero dei sindacati medici Massimo Cozza, Cgil funzione pubblica. Critico il Tribunale del Malato-Cittadinanza attiva.

mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I punti

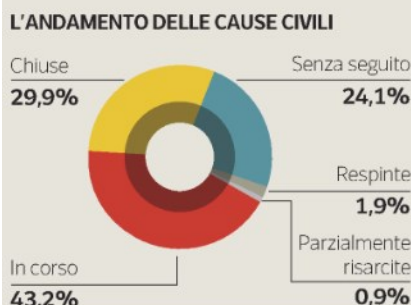
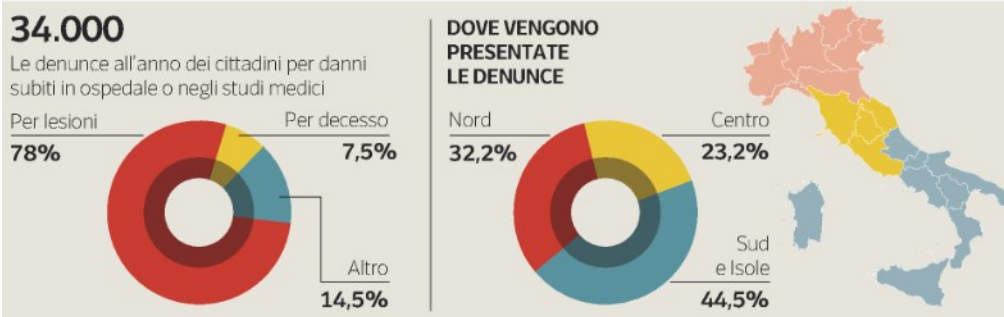
● Il ministero della Salute vuole inserire nella legge sulla Stabilità le norme che riguardano la responsabilità del medico

● L'obiettivo è ridurre la spesa legata alla «medicina difensiva» che porta i medici a prescrivere più esami per difendersi dalle denunce del paziente

● Ecco alcuni punti: 1) Riduzione dei tempi di prescrizione; 2) Inversione dell'onere della prova che diventa a carico del paziente; 3) Distinzione tra medico dipendente, convenzionato e libero professionista;

4) I dottori rispondono di lesioni e omicidio colposo solo in caso di colpa grave e dolo; 5) Istituzione di un albo di super-periti medici ai quali i giudici dovranno attingere; 6) Rafforzamento del sistema che prevede l'obbligo di assicurazione per strutture sanitarie

I numeri



Fonte: Osservatorio sanità, Ania, Marsh Risk Consulting

d'Arco

La ricerca

Polemica negli Usa sugli interventi al seno che potrebbero evitare il tumore

Il carcinoma duttale
in situ prima dell'avvento
della mammografia era
poco diagnosticato

Una sperimentazione
su larga scala per questi
casi di cancro è
improbabile

Uno studio
analizza i dati
su centomila
pazienti e mette
in discussione i
trattamenti usati:
non riducono
la mortalità

GINA KOLATA

A distanza di più di 30 anni da quando l'uso esteso delle mammografie ha determinato un sensibile incremento nell'individuazione delle piccole lesioni dei dotti galattofori, ancora si discute in che modo — o se — trattarle. In un'epoca in cui si sono moltiplicati gli studi su come curare alcune forme più avanzate di tumore, sembra strano che possa sussistere incertezza su cosa fare di queste minuscole cellule anomale, definite anche cancro allo stadio zero, che secondo alcuni esperti non sarebbero neppure cancerose.

L'ultima controversia è stata innescata dalla pubblicazione sulla rivista *Jama Oncology* di uno studio che ha analizzato i da-

ti raccolti per 20 anni sulle storie cliniche di centomila donne affette da questa condizione, anche nota come carcinoma duttale in situ (in acronimo Dcis). La maggior parte di queste donne si è sottoposta a lumpectomia (mastectomia parziale con rimozione di una cisti o parte di tessuto, *ndt*) abbinata o meno a radioterapia, e le altre hanno subito l'asportazione della mammella (mastectomia). Il tasso di mortalità da tumore alla mammella tra queste pazienti negli ultimi 20 anni è stato identico al rischio che la popolazione femminile in generale corre nell'arco della vita intera, ovvero il 3,3 per cento.

Gli autori dello studio affermano che da queste informazioni si deduce che il trattamento ha fatto poca differenza, o addirittura nessuna, per le decine di migliaia di donne che si sentono dire di avere il Dcis. (L'anno scorso soltanto negli Stati Uniti circa 60mila). A dimostrarlo è che le donne che si sono sottoposte a mastectomia hanno subito l'asportazione totale della mammella e quindi se il Dcis fosse un precursore del cancro (forma precancerosa) o una forma tumorale allo stadio iniziale, il loro tasso di mortalità avrebbe dovuto essere notevolmente inferiore rispetto a quello delle donne sottoposte a lumpectomia che, in qualche caso, rischia di lasciare in situ alcune cellule anomale.

Altra prova importante è che

sebbene decine di migliaia di casi di carcinoma duttale in situ siano stati diagnosticati e trattati ogni anno, non c'è stato alcun impatto sull'incidenza della forma invasiva di carcinoma alla mammella riscontrata ogni anno nella popolazione. (L'anno scorso ci sono state 240mila diagnosi). Tutto ciò ha acceso il dibattito su che cosa sia il Dcis: cancro, forma precancerosa, o fattore di rischio?

Prima dell'avvento della mammografia, solo a poche centinaia di donne era diagnosticato il carcinoma duttale in situ. Una volta che i radiologi hanno iniziato a individuarli, però, i dottori si sono trovati alle prese con un dilemma.

A prima vista, sembrava meraviglioso individuare queste lesioni: le cellule sembravano come quelle del cancro, pur non essendo mai uscite dal dotto galattoforo per invadere il tessuto circostante. La loro scoperta sembrava offrire una possibilità di ridurre i casi di tumore prima che si avvertisse un nodulo al seno.

Barnett Kramer, direttore del reparto di prevenzione dei tumori all'Istituto nazionale dei tumori negli Usa ha evidenziato però un problema. Nel caso del Dcis, le cellule anomale non erano solo un ammasso ben definito: erano come isolate e sparpagliate lungo il dotto galattoforo. Come comportarsi?

La risposta più ovvia sembra di asportare l'intera mammella. I medici del resto potevano



contare sull'esempio delle anomalie individuate dal Pap test: intervenire chirurgicamente sulle lesioni precoci alla cervice serve a scongiurare la morte da forme cancerose invasive della stessa. A detta di Barner Lerner, storico della medicina al New York University Langone Medical Center, bisognava fare qualcosa di simile per prevenire la morte da tumore alla mammella.

Eppure, tutto ciò accadeva in un'epoca — gli anni Ottanta e i primi Novanta — nella quale alle donne con forme tumorali molto invasive si diceva che potevano sottoporsi a lumpectomia invece che a mastectomia. «A ripensarci è assurdo. Trattavamo la forma più aggressiva di questa malattia in modo meno aggressivo rispetto ad altre forme tumorali» dice Otis Brawley, responsabile medico dell'American Cancer Society.

A differenza della forma tumorale invasiva di cancro alla mammella, nessuno effettuava sperimentazioni cliniche nei casi di Dcis, mettendo a confronto, per esempio, le lumpectomie abbinate alla radioterapia e le mastectomie. Quando però i medici si sono convinti di poter curare le forme più aggressive di cancro con le mastectomie parziali, hanno iniziato a trattare così anche i casi di Dcis.

Col passare degli anni sono giunti alla conclusione che il vecchio concetto di cancro — alcune cellule impazziscono, crescono, si moltiplicano e si diffondono diventando una forma di cancro letale se non vengono distrutte — è sbagliato. Adesso i medici sanno che piccoli ammassi di cellule anomale possono smettere di crescere. E anche le forme invasive di cancro non sempre crescono: alcune regrediscono o scompaiono. La stessa cosa potrebbe essere vera per il tumore al seno.

Un tempo i medici pensavano

che i tumori che ricompaiono nel luogo originario del seno dopo il trattamento si diffonderanno al di là della mammella, rivelandosi letali. Anche questo si è rivelato infondato: alcuni tumori creano metastasi e altri restano nella mammella senza mai uscirne, ha detto Kramer. I due tipi di cancro hanno proprietà diverse, ed è per questo che la radioterapia dopo la lumpectomia non riduce il tasso di mortalità da tumore alla mammella, anche se riduce la ricomparsa di cancro invasivo al seno. Nel caso del Dcis, le donne hanno una prognosi più infausta se sono di colore, di età inferiore ai 40 anni, o se hanno tumori con marker molecolari come quelli riscontrati in forme di cancro più aggressive. Possono trarre beneficio dal trattamento, ma nessuno ha effettuato un'ampia sperimentazione clinica chiedendo se questi trattamenti prevengono le morti da tumore alla mammella per il resto delle donne con Dcis.

Ci si chiede ora se i trattamenti chirurgici siano meglio di un'attesa sotto controllo medico, con assunzione di farmaci per ridurre il rischio di tumore al seno. Gli esperti rispondono che è improbabile che la sperimentazione clinica venga fatta: dato che il rischio di morire di tumore al seno è basso per le donne trattate per Dcis, occorrerebbero dai dieci ai venti anni di studio e la partecipazione di decine di migliaia di donne per una conclusione. «Benvenuti nel mondo di chi deve affrontare eventi a bassa probabilità» ha detto H. Gilbert Welch, professore di medicina a Dartmouth. «Credo che sia il classico esempio di quello che diventerà un problema ricorrente in medicina: chiedersi che fare — e se fare qualcosa — è terribilmente difficile».

©The New York Times

traduzione di Anna Bissanti

REPRODUZIONE RISERVATA

QUANTO È DIFFUSO

Il tumore al seno colpisce
1 donna su 8 nell'arco della vita



Le donne italiane colpite
ogni anno dal tumore al seno

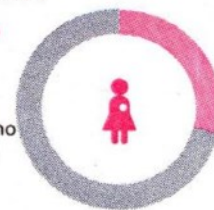


È il tumore più frequente
nel sesso femminile

Rappresenta il

29%

di tutti
i tumori
che
colpiscono
le donne



98%

La guarigione a
5 anni se il tumore
è operato in fase
preclinica



Dir. Resp.: Ezio Mauro

IL COMMENTO

La sfida di gestire il rischio di ammalarsi

UMBERTO VERONESI

MI fa piacere che il prestigioso *New York Times* tratti il tema delle microlesioni del seno, su cui ho molto riflettuto insieme a un gruppo di esperti europei. Noi abbiamo pensato e promosso una proposta: bisogna mettere in atto per queste forme una piccola rivoluzione culturale che parta dal nome. Ancora oggi, come si legge nell'articolo di Gina Kolata, le minime lesioni dei dotti galattofori sono chiamate "Ductal carcinoma in situ", Dcis, ma la definizione "carcinoma" è sproporzionata rispetto alla realtà ed è soprattutto angosciante per la donna che la legge sul suo referto. Allora abbiamo lanciato l'idea di chiamare queste forme Din, cioè Ductal intraepithelial neoplasia, un termine meno terrorizzante e più "onesto" perché rappresenta perfettamente la situazione. Stiamo parlando infatti di un gruppo di cellule che presentano un'anomalia, ma restano nei dotti e non tendono ad aggredire il resto della ghiandola mammaria o altri organi per poi diffondersi nell'organismo, come fa invece la cellula tumorale. È sbagliato quindi chiamarle "cancro". Quando alla mammografia ci appaiono delle microcalcificazioni sappiamo che in quella sede c'è stata una lesione intraduttale, vale a dire alcune cellule che hanno proliferato dentro i dotti ma, non avendo ossigeno, sono andate in necrosi e hanno successivamente assorbito sali di calcio. Tuttavia non possiamo escludere che in futuro

altre cellule di quei dotti inizino a proliferare e si evolvano effettivamente in carcinoma, e dunque la regola è togliere chirurgicamente le microcalcificazioni. Esistono poi casi rari in cui tutta la mammella è pervasa e allora diventa necessaria una mastectomia conservativa: un intervento in cui si toglie la ghiandola mammaria, sostituendola con una protesi, e si lasciano intatti l'areola e il capezzolo. In realtà quindi il dibattito di cui parla l'articolo, nella pratica quotidiana non esiste perché nessuna donna sceglie di vivere con la coscienza di avere una lesione pretumorale, che potrebbe diventare cancro. Tanto più che il prezzo da pagare per togliere ogni dubbio è minimo poiché l'intervento di asportazione è molto semplice e può essere fatto anche ambulatorialmente, in day surgery, con una chirurgia che lascia intatta l'immagine corporea del seno e anche la sua funzionalità — per esempio l'allattamento non è minimamente compromesso — e che porta a guarigione nel 100% dei casi. Filosoficamente quindi son d'accordo sul fatto che la gestione del rischio è la sfida dell'oncologia moderna, ma dobbiamo fare dei distinguo fra le diverse forme di cancro e non dobbiamo avere timore di riconoscere che per il tumore del seno gli strumenti che abbiamo a disposizione sono molto avanzati. Per questo tumore, oltre alla rivoluzione dell' imaging e della genetica, possiamo infatti contare anche sulla partecipazione consapevole e responsabile delle donne. L'asse del dibattito sono loro.

ORIPRODUZIONE RISERVATA



<https://www.agi.it/>

I beta-bloccanti aumentano sopravvivenza cancro ovarico



(AGI) - Washington, 24 ago. - Le pazienti affette da cancro ovarico, sottoposte a chemioterapia, potrebbero trarre beneficio dai beta-bloccanti. Uno studio della University of Texas, pubblicato sulla rivista Cancer, ha scoperto che i beta-bloccanti potrebbero allungare la vita delle pazienti fino a 4 anni. Per arrivare a queste conclusioni i ricercatori hanno analizzato 1.400 cartelle cliniche di donne con tumore alle ovaie risalenti a 10 anni fa. Ebbene, coloro che non hanno assunto anche i beta-bloccanti sono sopravvissute in media per tre anni e sei mesi. Quelle che invece hanno assunto un qualsiasi farmaco beta-bloccante sono sopravvissute per una media di quattro anni, aggiungendo quindi sei mesi in più di vita. Ma le pazienti che hanno assunto un tipo di beta-bloccante non selettivo, cioè capace di bloccare tutti gli ormoni dello stress, sono sopravvissute per una media di 7 anni e 11 mesi, guadagnando quindi ben 4 anni e mezzo in più di vita. Secondo i ricercatori, i beta-bloccanti - assunti comunemente per affrontare lo stress, abbassare la pressione sanguigna e gestire i problemi al cuore - possono agire anche come un potente farmaco anti-cancro. I risultati dello studio confermerebbero che gli ormoni dello stress accelerano la crescita e la diffusione del tumore e l'utilizzo di farmaci anti-stress, come i beta-bloccanti, potrebbero contribuire a combattere la malattia.

<http://www.corriere.it/salute/>

Sonno e riposo: bambini e ragazzi vanno a scuola troppo presto e ne risente la salute

I Centers for Disease Control and Prevention Usa insistono sulla mancanza di sonno nei giovani che provoca sovrappeso, abuso di alcol e fumo e scarso rendimento scolastico

di Redazione Salute online



La campanella a scuola per bambini e ragazzi suona troppo presto. Infatti i minori hanno bisogno di dormire di più la mattina e di svegliarsi più tardi. L'inatteso "aiuto" da parte dei ricercatori ai ragazzi viene dagli Usa, dove gli scienziati dei *Centers for Disease Control and Prevention* hanno stabilito (ma non è la prima volta) che le ore di sonno dei giovani sono troppo poche rispetto a quelle consigliate: 8 e mezza, 9 e mezza per notte. E i bioritmi

sbagliati portano a diversi problemi per la salute: dal sovrappeso al consumo di alcol, fino al fumo. E anche a una scarsa “performance accademica”.

La campanella spesso suona alle 8

La ricetta dei *Centers for Disease Control and Prevention (Cdc) Usa* è spostare l’orario di ingresso a scuola, specie per gli adolescenti: gli esperti, hanno infatti esaminato i dati del Dipartimento dell’Educazione Usa (relativi al 2011-12) su 39.700 scuole pubbliche (medie e licei) e spiegano che meno di una scuola secondaria di primo e di secondo grado su cinque inizia dopo le 8.30. In media il portone si apre alle 8.03. Ebbene, secondo l’*American Academy of Pediatrics* in questo modo gli studenti, specie i più grandicelli - che in genere vanno a letto più tardi - non riescono a dormire a sufficienza e così finiscono per accumulare peso, non fare abbastanza attività fisica, soffrire di sintomi depressivi e adottare abitudini insidiose (alcol, fumo e abuso di sostanze), accumulando brutti voti a scuola.

Le abitudini date dai genitori

La prima “bacchettata”, però, viene data dai Cdc ai genitori, rei di non fissare regole per la notte e orari fissi da rispettare. Gli esperti li invitano a stabilire orari regolari per andare a letto e svegliarsi al mattino, senza troppe alterazioni nei fine settimana. Se i ragazzi hanno un orario da rispettare - scrivono i ricercatori - , finiscono di sicuro «per dormire più a lungo rispetto ai coetanei», liberi di andare a nanna quando vogliono. È salutare anche ridurre la luce in cameretta di sera e di notte, anche quella dei dispositivi elettronici come pc, telefonini e tablet: disturba il sonno. Anche l’uso della tecnologia dopo una certa ora è nemico di Morfeo. L’invito ai genitori è quello di bandire i telefonini la sera e di toglierli dalla cameretta.

La scuola «ideale» dopo le 10

La campanella spostata in avanti invece sarebbe un “toccasana” ma - ammettono i ricercatori - si scontrerebbe con aspetti organizzativi notevoli. «Fino alle 10 i giovani sono ancora nella fase del risveglio, dunque non vanno mai programmati compiti in classe o spiegazioni complesse. Gli alunni capiranno meglio la spiegazione dalle 11 all’una», dicono gli esperti. «L’ideale sarebbe quindi iniziare la scuola alle 10», concludono, anche se si tratta ovviamente di un suggerimento teorico.

Il bisogno di sonno comunque - sottolineano - cambia da persona a persona. Per sapere quanto dovrebbe dormire il proprio figlio basta osservare cosa fa il giorno dopo: dorme a sufficienza se quando va a letto si addormenta subito e il giorno successivo non ha sonnolenza o mal di testa e non sbadiglia.

Lunedì 24 AGOSTO 2015

Ictus. Lavorare troppe ore a settimana aumenta il rischio. Gli esperti: "Non superare le 48 ore"

Lo dimostra una ricerca pubblicata su Lancet svolta su oltre 600mila lavoratori. Una settimana di 55 ore aumenta il rischio fino al 33% rispetto a chi lavora 35/40 ore. Tra le cause ipotizzate l'aumento delle cattive abitudini, come sedentarietà e dieta sbagliata. O anche perché si beve di più e altro ancora. E anche la salute del cuore ne può risentire

Lavorare troppo, aumenta il rischio di ictus. A stabilirlo è un importante studio pubblicato *online first* su [Lancet](#) che prende anche le misure a questo rischio. Una settimana lavorativa di oltre 55 ore, aumenta il rischio di ictus del 33%, rispetto a chi lavora 35-40 ore a settimana. Il superlavoro incide invece sul rischio di infarto in maniera modesta, aumentandolo di appena il 13%.

La ricerca, condotta da **Mika Kivimäki**, Professore di Epidemiologia presso lo *University College London* (Gran Bretagna) e colleghi, ha interessato oltre 600 mila persone, incluse in una revisione sistematica e in una metanalisi di tutti gli studi pubblicati fino all'agosto 2014, ma anche di dati personali non pubblicati, sull'argomento 'ripercussioni cardiovascolari del superlavoro'.

In una prima *tranche*, sono stati considerati 25 studi per un totale di 603.838 persone di entrambi i sessi dall'Europa, Usa e Australia, con un *follow up* di circa 8,5 anni. Dall'analisi è risultato un aumento del 13% del rischio di cardiopatia ischemica (nuova diagnosi di coronaropatia, ricovero, morte) nei *workaholic*, quelli da 55 ore di lavoro a settimana in su, rispetto ai loro pari impegnati in settimane lavorative standard di 35-40 ore. L'aumento di rischio permaneva anche dopo aver considerato altri fattori di rischio, quali età, sesso e stato socio-economico.

Sono stati quindi analizzati 17 studi, riguardanti in totale 528.908 persone di entrambi i sessi, seguite per una media di 7,2 anni. In questo modo è stato possibile evidenziare un aumento del rischio di ictus pari a 1,3 volte nei superlavoratori, che risultava indipendente dalla presenza o meno di altri fattori di rischio, quali fumo, consumo di bevande alcoliche, grado di attività fisica e fattori di rischio classici, quali ipertensione e ipercolesterolemia.

I ricercatori hanno dimostrato che più a lungo le persone lavorano, più aumenta il loro rischio di ictus; così, lavorare da 41 a 48 ore a settimana, aumenta il rischio di ictus del 10%, lavorare da 49 a 54 ore lo aumenta del 27% e oltre le 55 ore del 33%.

Non è noto quali siano le cause di ictus, sottese a questa associazione; probabilmente ritengono gli autori, un aumento dei comportamenti a rischio, quali maggior sedentarietà, maggior propensione all'abuso di bevande alcoliche, aumento dello stress per esposizione a *trigger* costanti.

"Mettere insieme tutta questa mole di dati – commenta il professor Kivimäki – ci ha consentito di portare alla luce questa associazione, con una precisione finora inedita. Gli operatori sanitari dovrebbero dunque prendere coscienza del fatto che il superlavoro rappresenta un fattore di rischio per ictus e in parte anche per coronaropatia".

“Il superlavoro – scrive in un editoriale di commento il **Urban Janlert** dell’università di Umeå (Svezia) – non è una condizione trascurabile. Tra gli stati membri dell’OCSE (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico), la Turchia è la nazione con il più alto tasso di lavoratori impegnati oltre le 50 ore a settimana (43%), mentre l’Olanda è il fanalino di coda con meno del 1%. In media, in tutti i Paesi OCSE il 12% degli uomini e il 5% delle donne lavorano più di 50 ore a settimana. Sebbene esista una direttiva UE del 2003 (*EU Working Time Directive 2003/88/EC*), che dà diritto alle persone di contenere la loro settimana lavorativa entro le 48 ore, questa non è implementata ovunque. Per questo sono così importanti i risultati di questo studio, che dimostrano come il superlavoro rappresenti un fattore di rischio soprattutto per lo *stroke*, ma forse anche per le malattie coronariche”.

Maria Rita Montebelli

Dir. Resp.: Mario Calabresi

ESAME LOW COST

Diabete, un test
per prevedere
la malattia

Valentina Arcovio A PAGINA 19

SCOPERTO DA UN TEAM DI RICERCATORI ITALIANI: DESTINATO A CATEGORIE NON CONSIDERATE A RISCHIO

Diabete: il nuovo esame low cost per battere la malattia sul tempo

VALENTINA ARCOVIO
ROMA

Le persone non a rischio diabete potranno sapere con ben 5 anni di anticipo se svilupperanno o meno questa malattia. C'è infatti un test, già utilizzato per le donne in gravidanza, capace di individuare una nuova categoria di persone con pre-diabete che hanno il 400 per cento di probabilità in più di ammalarsi. Si tratta del test da carico orale di glucosio, rivalutato grazie a uno studio italiano condotto da Giorgio Sesti, presidente eletto della Società italiana di diabetologia (Sid), insieme ai ricercatori delle università Magna Graecia di Catanzaro e Roma Tor Vergata. I risultati, pubblicati sul Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, dimostrano che il test è in grado di prevedere la comparsa del diabete anche in persone finora ritenute non a rischio, ma che invece hanno una probabilità quadruplicata di svilupparla. Il test da carico di glucosio o curva glicemica viene realizzato misurando la glicemia di base ed eseguito due ore dopo l'ingestione di 75 grammi di glucosio.

La ricerca

«Questa ricerca - afferma Sesti - ha dimostrato che le persone con normale tolleranza glucidica, ma con valori di glicemia maggiori di 155 mg/dl, un'ora dopo l'assunzione di una bevanda contenente 75 gr di glucosio hanno un rischio maggiore di sviluppare il diabete mellito tipo 2, rispetto a quelli con alterata glicemia a digiuno, una condizione considerata a rischio

secondo le linee guida internazionali e caratterizzata da un valore di glicemia a digiuno compreso tra 100 e 125 mg/ml».

Test low cost

Le implicazioni della scoperta sono enormi, specie perché il test è semplice ed economico. Disporre infatti di un metodo low cost in grado di prevedere il diabete significa avere del tempo in più per prevenire e affrontare tempestivamente la malattia prima che provochi importanti complicazioni: dalla perdita della vista, all'amputazione degli arti inferiori, dall'ictus, all'infarto, alla perdita della funzionalità renale, che porta alla dialisi. E il diabete, attraverso tutte le sue complicanze, porta anche ad una morte precoce, al ritmo di una persona ogni 7 secondi, fino ad un totale di 4,9 milioni di decessi correlati a questa condizione nel 2014, nel mondo. «I risultati di questo studio hanno permesso di individuare una nuova categoria di soggetti a elevato rischio di diabete negli anni immediatamente a venire, sulla quale concentrare dunque tutti gli sforzi di prevenzione - sottolinea la Società italiana di diabetologia - per ritardare la comparsa di questa condizione o per trattarla adeguatamente sul nascere»



Diabete, possibile prevederlo 5 anni prima

Valeria Arnaldi

Un'analisi utilizzata comunemente - si effettua spesso in gravidanza - semplice, economica. E rivoluzionaria. Da oggi. È il test della curva glicemica, esame comune appunto, lo strumento che permetterà di prevedere la manifestazione del diabete nei successivi cinque anni anche in soggetti considerati non a rischio. Dunque, sani, che però potrebbero ammalarsi. Una proiezione che fino a ieri non era possibile, e che modificherà profondamente il modo di effettuare la prevenzione. A permettere l'analisi sono nuovi parametri di lettura introdotti da uno studio italiano.

A pag. 15

Diabete, si può prevedere 5 anni prima

► Uno studio italiano introduce nuovi parametri di lettura ► La diagnosi è valida anche per soggetti che non sono a rischio di un'analisi semplice e poco costosa: la curva glicemica La malattia, in forte espansione, colpisce 3,5 milioni di italiani

LA SVOLTA

ROMA Un'analisi utilizzata comunemente - si effettua spesso in gravidanza - semplice, economica. E rivoluzionaria. Da oggi. È il test della curva glicemica, esame comune appunto, lo strumento che permetterà di prevedere la manifestazione del diabete nei successivi cinque anni anche in soggetti considerati non a rischio. Dunque, sani, che però potrebbero ammalarsi.

Una proiezione, che fino a ieri non era possibile, e che modificherà profondamente il modo di effettuare la prevenzione e, soprattutto, i suoi risultati. A permettere l'analisi sono nuovi parametri di lettura introdotti da uno studio italiano, condotto da Giorgio Sesti, presidente eletto della Società Italiana di Diabetologia con i ricercatori degli atenei Tor Vergata di Roma e Magna Grecia di Catanzaro, pubblicato sul *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*.

«L'importanza del nostro studio - spiega Sesti - è avere fatto emergere una condizione di rischio per diabete tipo 2, in un gruppo di persone considerate a

basso rischio di diabete tipo 2 se-

condo le attuali linee guida». Il sistema è semplice. Di norma, il test da carico di glucosio viene effettuato misurando la glicemia di base e fatto due ore dopo aver ingerito 75 grammi di glucosio.

La valutazione, anticipata a un'ora prima, come dimostra lo studio, consente di scoprire individui ad alto rischio.

NUOVE STRATEGIE

Il tempo guadagnato nella diagnosi preventiva permetterà di agire con una strategia mirata e più efficace. Saranno i numeri a predire il futuro degli esaminati: i pre-diabetici - nuova categoria ad oggi "invisibile", definita NGT- con alta glicemia a un'ora - saranno individuati da una glicemia uguale o superiore a 155 mg/dl a un'ora dall'assunzione del glucosio, con un indice di rischio aumentato del 400%.

E sono sempre i numeri a dare la misura della scoperta. Sono 387 milioni i diabetici nel mondo, secondo l'International Diabetes Federation. Nel 2010 erano 285 milioni. Una persona su due ne è affetta senza saperlo. Solo nel 2014 sono stati registrati 4,9

milioni di decessi legati a diabete e complicanze: uno ogni sette secondi.

FORTE CRESCITA

Le stime, parlano di una patologia in sensibile crescita, che nel 2030 potrebbe arrivare a interessare 552 milioni di persone. I Paesi con il maggior numero di casi sono Cina, India, Usa, Brasile. In Europa, dai dati dell'Ibdo Foundation, i diabetici sono 32 milioni. Nel 2035 si salirà a circa 38

milioni.

Il diabete è la quarta causa di morte. In Italia, a essere diabetico sarebbe il 4,9% della popolazione, oltre tre milioni e mezzo, cui si deve aggiungere l'1,6% di individui affetti ai quali non è stato diagnosticato. Tra le cause indicate da Diabete Italia, l'invecchiamento della popolazione, scorrette abitudini alimentari, vita sedentaria, aumento del tasso di obesità.

Prevedere la comparsa della malattia significa quindi poter intervenire sullo stile di vita, correggere i fattori di rischio e, se necessario, avviare una terapia farmacologica in tempo. Un salva-vita per milioni di persone.

Il diabete

COS'È
 Patologico aumento della concentrazione di glucosio nel sangue dovuto all'incapacità, totale o parziale, del pancreas di produrre l'ormone insulina

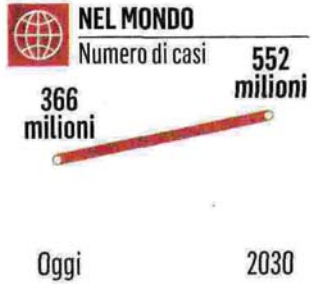
TERAPIA INSULINICA
 Le insuline disponibili sul mercato sono di sintesi e riproducono esattamente la configurazione dell'insulina umana

LE COMPLICAZIONI

- Sistema nervoso
- Cecità
- Cardiopatie, angina e infarto
- Insufficienza e blocco renale
- Problemi circolatori agli arti
- Impotenza

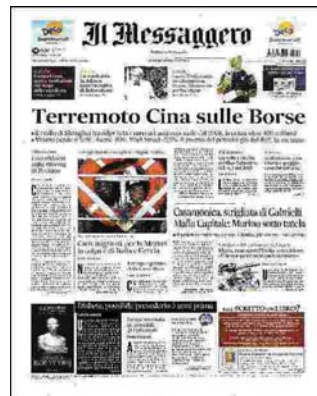


- I SINTOMI**
- Sete e fame eccessive
 - Eccessiva orinazione
 - Perdita di peso
 - Visione offuscata
 - Glicemia alta
 - Zuccheri nelle urine



Medici al lavoro (foto BARILLARI)

IN TUTTO IL MONDO SI REGISTRANO QUASI 400 MILIONI DI CASI CONCENTRATI SOPRATTUTTO IN USA, INDIA, CINA E BRASILE



MEDICO USA: 8 BICCHIERI INUTILI

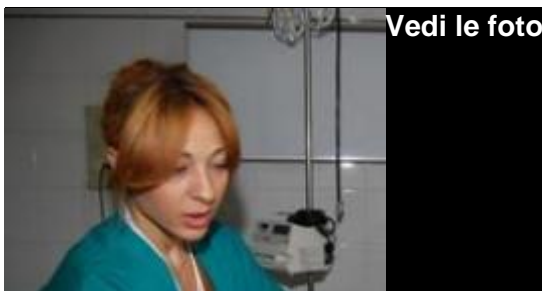
«In salute con tanta acqua? Nessuna base scientifica»

— Bere almeno 8 bicchieri di acqua al giorno per restare in salute? Un falso mito che non ha basi scientifiche. A spiegare la sua teoria, scrivendo sul *New York Times* online, è Aaron Carroll, docente di Pediatria alla Indiana University School of Medicine. Ma nonostante siano usciti diversi suoi lavori e di altri ricercatori finalizzati a dissuadere le persone dall'attaccarsi alla bottiglia d'acqua tutto il giorno, Carroll si dice deluso perché ancora le persone ci credono ancora. L'esperto ricorda che sono usciti «lavori celebri anche sul "Bmj", e un mio libro sui falsi miti», eppure si pensa che la base della regola sia una raccomandazione del Food and Nutrition Board, che parlava della necessità di introdurre almeno 2,5 litri di acqua al giorno. Ma ci si dimentica, evidenzia Carroll, «che nella raccomandazione erano incluse anche le fonti di acqua contenute nei cibi».



<http://www.adnkronos.com>

Medicina: Usa, maggioranza 'rosa' in 7 specialità



Roma, 24 ago. (AdnKronos Salute) - E' in rosa negli Stati Uniti la maggioranza dei laureati in medicina in formazione in sette specialità. Il dato è relativo al 2012 ed emerge da una ricerca pubblicata su 'Jama Internal Medicine'. In nessuna specialità le percentuali di allievi neri o ispanici erano comparabili con la presenza di questi gruppi etnici nella popolazione degli Stati Uniti, aggiungono gli autori. Il team di Curtiland Deville della Johns Hopkins University di Baltimora spiega che nel 2012 vi erano 688.468 medici attivi, il 30,1% dei quali di sesso femminile.

Tra le diverse specialità, la percentuale di tirocinanti di sesso femminile era più basso per l'ortopedia (13,8%) e più alto in pediatria (73,5%) e ostetricia e ginecologia (82,4%). Fra le specialità più gettonate dalle dottoresse americane: dermatologia (dove le donne sono il 64,4%), medicina interna/pediatria (58,2%), medicina di famiglia (55,2%), patologia (54,6%) e psichiatria (54,5%).

"Occorre un impegno costante per aumentare la diversità all'interno dei medici negli Stati Uniti, in particolare nelle specialità con la presenza più bassa di donne, neri o ispanici", concludono gli autori.

Il caso Scoperta all'Ohio State University

Col cervello artificiale addio ai test su animali

*Messo a punto da due scienziati, servirà a studiare malattie e a provare farmaci***Oscar Grazioli**

— Immaginate di avere un cervello umano perfetto, creato artificialmente, sul quale potere sperimentare farmaci, studiare l'evoluzione e soprattutto la terapia di malattie come Parkinson, autismo, sclerosi a placche eccetera. Un sogno? Può darsi, ma quella «cosa» piccola piccola, non più grande di una gomma da matita, messa a punto da Rene Anand e Susan McKay dell'Ohio State University fa veramente sognare.

Questo cervello artificiale contiene tutte le principali strutture anatomiche e il 99% dei geni presenti nel cervello di un feto di cinque settimane. In altre parole, è il modello più completo di un cervello umano mai sviluppato in un laboratorio. Per Anand, questo modello artificiale è stato progettato ai fini di contenere e studiare alcune varianti genetiche in causa nelle più devastanti malattie neurologiche e psichiatriche de nostri tempi, senza dovere ricorrere a modelli animali, come si fa da un secolo. «Siamo in grado di testare farmaci - ha detto Anand al *Washington Post* - siamo in grado di fare domande, siamo in grado di seguire lo sviluppo delle reali malattie umane in ogni fase. Il tutto in un piatto».

Anand è partito dalla scoperta di Yamanaka che nel 2012 ha indotto cellule della pelle umana a «tornare indietro», per diventare cellule staminali in grado di essere coltivate per formare vari tipi di tessuto: cardiaco, nervoso, ecc. Un anno dopo, i britannici hanno ricostruito un piccolo embrione nervoso e,

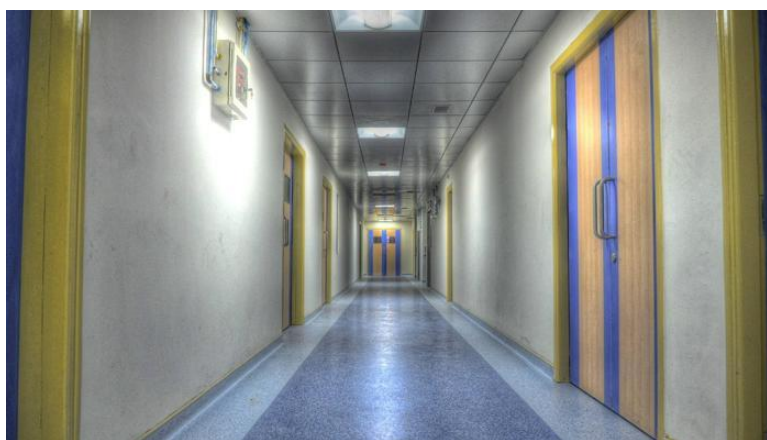
alterandone una parte, hanno sviluppato la microcefalia (testa piccola), una rara malattia neurologica, riuscendo a capire che è causata dal modo in cui le cellule si specializzano in neuroni (cellule del sistema nervoso). Anand, che ha lavorato per anni sui farmaci per autismo e varie dipendenze, frustrato dai risultati inesistenti avuti nei test su ratti e topi, decide di mettersi al lavoro sul cervello artificiale, visto che altri organi, come il fegato, erano già stati «costruiti» in provetta. Gli altri organi però sono più semplici rispetto a quello che Anand chiama «il Sacro Graal», di gran lunga il più complesso. «Oggi però abbiamo praticamente tutte le parti cerebrali, i circuiti, tutti i tipi di cellule, comprese quelle del midollo spinale. Manca solo il letto vascolare». Anand non ha ancora pubblicato tutti i dati della scoperta perché è in attesa del brevetto. «Lavorando con la tecnica di Yamanaka - afferma Anand - si potrebbero dunque studiare l'autismo, il Parkinson, perfino i disturbi da stress postbellico, in un piatto seguendo la nascita e l'evoluzione di queste malattie come se le studiassimo sull'uomo vivente, con tutti gli enormi vantaggi facilmente comprensibili. Non so se potrà sostituire completamente l'uso di topi e ratti ma penso che diverrà un modello pre-clinico su cui possiamo testare farmaci, idee tutto quanto vogliamo, come avessimo davanti un paziente». Forse gravissime malattie come Parkinson, autismo e Alzheimer non hanno più un modello, quello di topi e ratti, inconcludente e fallace ma un vero nemico. E in un piatto.



<http://www.lastampa.it/>

TROPPO RUMORE IN OSPEDALE? ECCO I PANNELLI ASSORBENTI

Il progetto pilota americano: architettura e regolamenti contro il frastuono nocivo per i degenti e lo staff medico



Non si tratta di un problema di poco conto; al contrario, è una delle principali lamentele dei pazienti ricoverati: il rumore inizia la mattina presto e non cessa neppure a tarda sera. Persone che nei corridoi e nelle stanze parlano a voce alta, noncuranti dei degenti, porte che sbattono, carrelli che cigolano, ma anche strumentazioni mediche e cellulari che squillano. **Quella del rumore nell'ambiente ospedaliero non va considerata una questione secondaria, perché, oltre ad impedire un buon riposo, può interferire con la salute dei pazienti e del personale medico sanitario.** E così, nell'intento di progettare soluzioni per rendere l'ospedale un luogo più tranquillo, all'Università del Michigan hanno pensato di utilizzare dei pannelli fonoassorbenti, simili a quelli comunemente usati nelle sale di registrazione. I risultati del progetto pilota, pubblicati sulla [rivista Bmj Quality and Safety](#), mostrano che, installando per tre giorni quattro pannelli su pareti e soffitti di un reparto di terapia cardiovascolare, si è avuta in riduzione del rumore da 57 a 60 decibel.

«Negli ambienti ospedalieri, dove i livelli di rumore sono spesso il doppio di quelli stabiliti dalle linee guida dell'Organizzazione mondiale della sanità, la differenza ottenuta in questo modo è stata significativa», ha affermato Mojtaba

Navvab, associato di architettura e design presso l'ateneo del Michigan.

Grazie al materiale - che assorbe le onde sonore e impedisce a parte di esse di rimbalzare e riflettersi nell'ambiente circostante - e alla sua forma piramidale - in grado di spezzare le onde sonore - si è ottenuta la sperata riduzione del rumore. **«Questa soluzione architettonica può associarsi alle altre strategie messe in atto contro il rumore»** ha detto Peter Farrehi, cardiologo dell'ateneo americano coinvolto nel progetto. «I pannelli usati aiutano nella diffusione del suono, più che tentare di eliminare i rumori prodotti negli ambienti ospedalieri moderni».

Picchi di alta pressione e ritardi nella guarigione possono essere alcune delle conseguenze di troppo baccano in corsia. E, non da ultimo, si è visto che il livello di rumore è associato anche alla **scarsa soddisfazione** dei pazienti chiamati a valutare la loro esperienza ospedaliera. E gli ospedali iniziano a preoccuparsi dei decibel. L'Università del Michigan sta usando nei suoi centri medici e ospedalieri delle **strategie volte alla diminuzione del rumore inevitabile** e sta promuovendo **una cultura della quiete e del silenzio** presso lo staff medico sanitario e i parenti dei pazienti. Come? Misurando regolarmente i decibel nelle stanze; chiedendo di ridurre al minimo le conversazioni, soprattutto di notte; stabilendo degli orari di silenzio; invitando gli stessi pazienti a rispettarsi reciprocamente, abbassando i volumi delle tv, radio e cellulari; coordinando al meglio i compiti di ciascuno per evitare inutili e continue irruzioni in camera da parte dello staff e lo svolgimento delle pulizie in orari poco consoni, come durante il riposo notturno e diurno; abbassando le luci nelle stanze e nei corridoi; facendo riparare prontamente eventuali porte che cigolano e fornendo ai pazienti tappi auricolari e scarpe a suola morbida allo staff. Dopotutto, il riposo e la quiete sono state da sempre considerate essenziali per una rapida guarigione.