

✘ Gianfranco Domenighetti e Sandra Venero

In coerenza con i principi di *Slow Medicine*, il progetto intende lanciare all'opinione pubblica il forte messaggio che in sanità a volte è meglio fare meno, nello stesso interesse del paziente, e che non sempre il medico che prescrive più esami e prestazioni è il medico migliore.

Premessa

Quello sanitario è probabilmente il settore economico di più largo consumo di beni e di servizi, caratterizzato dalla complessità, dall'incertezza, dall'asimmetria dell'informazione, dalla qualità poco o per nulla misurabile, dai conflitti di interesse, dalla corruzione, nonché dall'opacità e dalla variabilità delle decisioni. Fattori questi che danno agli attori, ed in particolare ai professionisti e ai numerosi portatori di interessi economici, un livello di opportunismo tale da rendere tutto il sistema in larga misura incontrollabile. Ne consegue che il settore medico-sanitario, contrariamente agli altri mercati, è dominato dall'offerta e non dalla domanda ove il consumatore è generalmente in grado di esprimere delle preferenze di consumo.

È quindi l'offerta (professionisti e servizi) che omologa e soddisfa la domanda. **Sul mercato sanitario, grazie all'asimmetria dell'informazione, l'offerta è quindi in grado di manipolare la domanda inducendo il consumo o facendo del razionamento implicito senza che il paziente-consumatore se ne renda conto. In più, il finanziamento delle prestazioni si basa su criteri meramente quantitativi e non qualitativi e nemmeno sul loro valore aggiunto, cioè su un più efficiente rapporto costi-benefici.**

Stante questa situazione di «opacità» generalizzata, in uno scenario di scarsità di risorse come l'attuale, non deve sorprendere che il «pilotaggio» verso un sistema più controllabile rischi di essere sempre più fondato su decisioni politiche di tipo «autoritario» e sui tagli

«lineari».

Il progetto “Fare di più non significa fare meglio” proposto in Italia dall’Associazione [Slow Medicine](#) (e ripreso dal progetto USA “Choosing Wisely” - vedi [post](#)), che si prefigge di *ridurre le pratiche mediche ad alto rischio di inappropriately e di condividerle con i pazienti e i cittadini*, rappresenta probabilmente in primo luogo la risposta “di buona volontà” della classe medica (le cui pratiche sono per loro stessa natura in larga misura insindacabili e incontrollabili) all’esigenza sempre più pressante di evitare lo spreco di risorse limitate. **Il peso economico delle prestazioni futili, quelle cioè che non danno nessun beneficio ai pazienti, rappresenta secondo l’OMS tra il 20 e il 40% della spesa sanitaria.**

Il progetto “Fare di più non significa fare meglio”

Già nel 2002 la “Carta della Professionalità Medica per il nuovo millennio”, lanciata dalla Fondazione ABIM (*American Board of Internal Medicine Foundation*), dalla Fondazione ACP (*American College of Physicians*) e dalla Federazione Europea di Medicina Interna, chiamava in causa i medici perché si assumessero la responsabilità dell’allocazione appropriata delle risorse ed evitassero test e procedure superflui.

La fondazione statunitense ABIM basandosi sugli ideali della Carta e su una successiva serie di articoli[1,2] e di iniziative[3] ha lanciato nel 2012 l’iniziativa Choosing Wisely[4] con la collaborazione di Consumer Reports, organizzazione non profit e indipendente di consumatori.

Con questa iniziativa[5] le società scientifiche USA sono state invitate ad individuare ognuna una lista di 5 test diagnostici e trattamenti molto diffusi, che non hanno dimostrato con sufficiente evidenza scientifica di essere utili per la salute di molti pazienti e che a volte possono procurare più danno che beneficio: questi test e trattamenti ad alto rischio di inappropriately devono essere oggetto di aperto dialogo nella relazione tra medico e paziente.

L’adesione delle società scientifiche è stata molto alta: dopo le prime 9 liste di test e trattamenti ad alto rischio di inappropriately pubblicate in aprile 2012, altre 18 liste sono state presentate nel febbraio 2013 da altrettante società scientifiche USA, portando a 135 finora in totale i test e trattamenti sui quali medici e pazienti dovrebbero interrogarsi[6]. E altri dovrebbero seguire a breve.

Anche in Italia è possibile evidenziare in molti settori un sovra utilizzo di risorse, che

emerge dal suo confronto con gli altri paesi sviluppati dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE)[7].

Slow Medicine[8], rete di professionisti e di cittadini che promuove una Medicina Sobria, Rispettosa e Giusta, ha lanciato a dicembre 2012 il progetto "FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO" [9] simile all'iniziativa Choosing Wisely, nella convinzione che, come è avvenuto negli Stati Uniti, la spinta all'utilizzo appropriato e senza sprechi delle risorse disponibili non possa che partire dall'assunzione di responsabilità da parte dei professionisti della salute e in primo luogo dei medici.

In coerenza con i principi di *Slow Medicine*, il progetto intende lanciare all'opinione pubblica il forte messaggio che in sanità a volte è meglio fare meno, nello stesso interesse del paziente, e che non sempre il medico che prescrive più esami e prestazioni è il medico migliore.

Hanno aderito al progetto anche la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOM-CeO), la Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia (IPASVI), la Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (SIQuAS-VRQ) e PartecipaSalute.

Hanno già dato la loro adesione anche numerose società scientifiche e associazioni di professionisti che si sono impegnate a individuare ognuna, sulla base delle pratiche di Choosing Wisely, 5 test o trattamenti che:

- siano effettuati comunemente in Italia;
- non apportino benefici significativi, secondo prove scientifiche di efficacia, alle principali categorie di pazienti ai quali vengono generalmente prescritti;
- possano esporre i pazienti al rischio di subire effetti dannosi.

Al progetto italiano prenderanno parte, a differenza di Choosing Wisely, anche rappresentanti di professioni non mediche. È inoltre prevista una partecipazione dei cittadini e dei pazienti, a cominciare dalla definizione delle 5 pratiche.

Una volta raggiunto l'accordo sulla lista di cinque test diagnostici o trattamenti, le società scientifiche e associazioni di professionisti, insieme con Slow Medicine e con le rispettive Federazioni, metteranno a punto piani di implementazione e di formazione dei propri membri, per dissuaderli dall'utilizzo di quei test e trattamenti per determinate categorie di pazienti.

I momenti di informazione e di formazione dei professionisti saranno particolarmente centrati sulla relazione e sul dialogo tra medico e paziente, per facilitare scelte consapevoli e informate che andranno definite caso per caso, anche sulla base delle preferenze del paziente.

Alcuni interrogativi

Questo progetto in sé innovativo pone tuttavia alcune domande e interrogativi di fondo.

Ad esempio, al di là dell'effettiva adesione delle società scientifiche al progetto, **quanti saranno poi i medici** disposti a evitare, laddove sia effettivamente necessario, le pratiche identificate come inappropriate?[[10](#)].

La domanda non è retorica visto che già da anni i medici potevano e possono abbeverarsi alla fonte dell' *Evidence Based Medicine* evitando futilità, sprechi ed interventi dannosi per i pazienti.

Un altro interrogativo si riferisce all'ambizione esplicita del progetto di promuovere un'alleanza tra medici e cittadini - pazienti per contrastare l'idea che la salute si possa assicurare unicamente con il consumo di un sempre crescente numero di prestazioni e interventi in particolare se ad alto rischio di inappropriatezza. La domanda che sorge spontanea è quella di chiedersi: **in che misura i cittadini-pazienti**, notoriamente carenti di competenze tecniche nel campo, saranno in grado di esprimere preferenze circa l'utilità o la futilità di tali prestazioni quando li concernono direttamente?

E ancora, in che misura essi non percepiranno l'invito a limitare l'uso di una prestazione inappropriata come un razionamento implicito?

Cittadini e attese verso il sistema sanitario

Gli interrogativi circa l'effettiva partecipazione e condivisione dei cittadini-pazienti ad una tale iniziativa si fondano sulla constatazione che le attese dei cittadini verso l'efficacia dell'impresa medico-sanitaria nella promozione del benessere individuale e sociale superano ogni ragionevole evidenza. Come scrisse alcuni anni or sono Richard Smith in un famoso articolo sul *Journal of Medical Ethics (The ethics of Ignorance)*, il rapporto medico-paziente è, spesso, una follia a due ove **il paziente pensa "io sono incerto, ma lui, il medico, è certo", mentre il medico penserà "io sono incerto ma lui non lo sa"**. Quindi l'incontro tra un medico e un paziente è sovente l'incontro tra due incertezze[[11](#)].

Ad esempio, il cittadino non è a conoscenza che il 50% delle angioplastiche su pazienti con angina stabile è inappropriato, come pure il 61% delle Risonanze Magnetiche per un mal di schiena che non dura oltre sei settimane. Non sa poi che l'80% dei nuovi farmaci non sono che copie di esistenti, a eccezione del prezzo che di solito viene moltiplicato per tre, e che soltanto il 2,5% di essi rappresenta un progresso terapeutico reale.

Non sorprende, quindi, che la quasi totalità della popolazione (tra il 70 e l'80%) sia dell'opinione che la medicina sia una scienza esatta o quasi, mentre se si fa la stessa domanda ai medici (svizzeri in questo caso) si vede che la percentuale si riduce tra il 7 e il 20%^[12] e nemmeno stupisce l'entusiasmo con cui, ad esempio, i latini si sottopongono a ogni tipo di screening (80% degli italo-foni ritengono sempre utile diagnosticare in anticipo l'esistenza di una malattia contro solo il 33% dei germanofoni).

Una tale adesione acritica a tutto quanto è proposto dall' "arte" medica e dai servizi sanitari è un classico esempio dell'efficacia dell'induzione della domanda promossa attraverso i media dallo "star system" medico-sanitario locale, regionale o nazionale di riferimento che poi ne raccoglierà sotto varie forme i frutti ed i benefici. Se si confrontano le aspettative dei pazienti e dei medici sui benefici dell'angioplastica coronarica si vede che c'è uno scollamento impressionante. L'80-90% dei pazienti crede che l'angioplastica ridurrà la mortalità o riuscirà a prevenire un nuovo infarto mentre solo il 15-22% dei cardiologi ha la medesima convinzione.

Per una politica sanitaria di tipo culturale

L'effettiva condivisione del progetto "Fare di più non significa fare meglio" da parte dei cittadini non potrà probabilmente prescindere da un'importante e duraturo intervento di "empowerment" della società civile. **Ciò presuppone che oltre ad una politica sanitaria di tipo strutturale (che è quella che tutti stiamo facendo per adattare strutture e servizi alle risorse che ora significativamente scarseggiano) ci sia urgente bisogno anche di una politica sanitaria di tipo "culturale",** fondata sulla comunicazione pubblica istituzionale (cioè scevra, nella misura del possibile, da conflitti di interesse) e sul marketing sociale. Il macro-obiettivo di una tale politica sarà quello di ricondurre le attese dei cittadini alla realtà dell'evidenza, promuovere l'autonomia decisionale degli individui e, infine, ridurre il consumismo inadeguato da parte della popolazione.

Cosa si potrebbe fare? Solo un piccolo elenco.

Per prima cosa, visto che la maggior parte delle persone è dell'opinione che la Medicina sia una scienza esatta o quasi, **bisognerebbe diffondere nella popolazione un sano scetticismo sull'efficacia di tutto quanto è proposto dal mercato medico-sanitario.** Già dire che esiste l'EBM significa sottolineare indirettamente che esiste anche una

medicina non *evidence-based* il che è sconosciuto all'opinione pubblica e pone interrogativi "fondamentali". Esplicitare che la medicina non è una scienza esatta e che la proposta diagnostica o terapeutica può molto spesso variare in funzione del medico consultato o del servizio attivato è un passo necessario per implementare un "sano sospetto". Infatti uno dei fenomeni più diffusi in medicina è quello della variabilità delle pratiche a cui i medici sembrano, a torto, non dare nessuna importanza.

Devono inoltre essere resi pubblici i conflitti di interesse e la corruzione che coniugati con l'asimmetria informativa sono alla base della medicalizzazione non appropriata della società, come pure esplicitare che la salute dipende soprattutto da determinanti esogeni (soprattutto la classe sociale che a sua volta influenza in modo significativo gli stili di vita) al settore sanitario e che quest'ultimo ha essenzialmente una funzione di riparazione.

Infine, **devono essere promossi e implementati strumenti concreti per promuovere l'autonomia decisionale**. Alcuni esempi: promuovere il secondo parere medico e l'accesso all'informazione evidence-based sull'appropriatezza dei consumi più diffusi, pubblicizzare le "buone domande" da porre al medico per attivare la relazione medico-paziente, diffidare dei farmaci cosiddetti "innovativi" poco sperimentati e di cui non si conoscono gli effetti indesiderati, ecc. ecc. Se il medico vi cambia un farmaco che prendete da anni e con cui vi trovate bene significa che è stato visitato il giorno prima da un rappresentante dell'industria farmaceutica.

Quindi l'obiettivo finale di una politica sanitaria di tipo "culturale" dovrebbe essere quello di **riprogrammare la società civile allo scopo di ricondurre le attese dei cittadini alla realtà dell'evidenza**, operazione che richiederebbe la partecipazione entusiasta dei professionisti della sanità il che, almeno fino ad oggi, non è avvenuto.

Le iniziative "Choosing Wisely" e "Fare di più non significa fare meglio" potrebbero rappresentare un primo concreto passo in questa direzione.

Gianfranco Domenighetti, Università della Svizzera Italiana- cofondatore di Slow Medicine

Sandra Venero, Azienda USL di Bologna - cofondatore e segretario generale di Slow Medicine

Bibliografia

1. Brody H. Medicine's ethical responsibility for health care reform: the Top Five list. N

Engl J Med. 2010;362(4):283-285

2. Grady D, Redberg RF. Less is more: how less health care can result in better health. Arch Intern Med. 2010;170(9):749-750.
3. Good Stewardship Working Group. The “top 5” lists in primary care: meeting the responsibility of professionalism. Arch Intern Med. 2011;171(15):1385-1390.
4. Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. JAMA. 2012;307:1801-2.
5. Choosingwisely.org/
6. Choosing wisely: [doctor patients lists](#)
7. OECD: [Health Data 2012](#) e [Health at a Glance 2011 OECD Indicators](#)
8. Slowmedicine.it
9. Slowmedicine: [cure adeguate e appropriate](#)
10. Elshaug AG, McWilliams M, Landon BE. The Value of Low-Value Lists. JAMA, 2013; 309: 775-6.
11. Smith R. The Ethics of Ignorance. Journal of Medical Ethics 1992 September; 18(3): 117-8, 134
12. Domenighetti G, Grilli R, Liberati A. Promoting consumer’s demand for evidence-based medicine. International Journal of Technology Assessment in Health Care 1998; 14: 97-105