

Bombe, ingranaggi, sassolini e reti:

Slow Medicine e gli aspetti sistemici di un progetto di cambiamento

di *Silvana Quadrino*

Psicologa, psicoterapeuta

Cofondatrice di Slow Medicine

Sommario

La medicalizzazione della vita quotidiana, la comparsa di malattie inesistenti che giustificano il ricorso a farmaci in realtà inutili, l'instaurarsi di atteggiamenti consumistici basati sul "fare di più è meglio" rischiano di portare il sistema della cura al collasso. L'obiettivo di Slow Medicine è il contrasto delle inapproprietezze, degli eccessi e delle diseguaglianze e la riscoperta della sobrietà come antidoto all'illusione che più farmaci, più esami, più interventi si trasformino in più salute.

Parole chiave

cura, complessità, medicalizzazione, scelta, appropriatezza, sobrietà.

Summary

The medicalization of life, the emergence of "disease mongering" that justify the use of unnecessary drugs, the establishment of consumerist attitudes based on "more is better", could lead to the collapse of the care system. Slow Medicine refuses unappropriateness, excesses and inequalities in the cure; its goal is the rediscovery of measure as an antidote to the illusion that more drugs, more tests, more interventions coincide with a better health.

Key words

care, complexity, medicalization, choice, appropriateness, measure.

Potremmo cominciare con un sondaggio (virtuale): alla domanda "serve davvero un cambiamento nella medicina, nei modelli di cura, nel sistema sanitario?" sono certa che la stragrande maggioranza degli intervistati risponderebbe di sì. E poi seguirebbe un "ma": ma tanto nella situazione economica attuale è impossibile; ma prima bisognerebbe cambiare l'università, le modalità di formazione, l'ECM; ma bisognerebbe convincere i politici; ma con i tagli al personale e alle strutture è già molto se si riesce a fare quello che si è sempre fatto. La prima valutazione istintiva di una proposta di cambiamento è in termini di costi: e la sensazione, sempre istintiva, è che cambiare costi troppo. La seconda, più consapevole, è che il cambiamento sia faticoso e forse in fondo non sia proprio così urgente: perché cambiare adesso? E perché proprio noi?

Per questo l'esperienza di chi propone un cambiamento è piuttosto difficile: ci si espone a svalutazioni (ma che è adesso tutto questo slow? Una moda, nient'altro),

incomprensioni (lo voglio proprio vedere, un pronto soccorso slow... Poi ci venite voi a contare i morti?), esami severi (ma in concreto, cosa volete fare? Abbiamo prove scientifiche che quello che proponete migliorerà la qualità della cura?).

In realtà, la scelta della parola *Slow* ha proprio questa funzione: creare perturbazione, reazioni, anche attacchi e polemiche. I sistemi tendono a diventare pigri, imparano a ignorare i segnali che dovrebbero attivare risposte di riadeguamento, di cambiamento, e alla fine non li sentono più, o li liquidano con fastidio come si fa con un rumore irritante a cui abbiamo finito per abituarci, lo sgocciolio di un rubinetto o il tic tac della pendola del vicino. Se a un certo punto il tic tac proviene da una bomba, si rischia di non accorgersi della differenza. Parlare di modalità slow, nell'alimentazione prima, come è stato per Slow Food, nella cura ora, con Slow Medicine, significa innanzitutto proclamare che un cambiamento è possibile, e urgente. E poi assumersi la responsabilità di rendere più evidenti quei segnali che il sistema trova così comodo ignorare, con l'aiuto di qualche tappo per le orecchie e qualche omeostatica scrollata di spalle (è sempre andata così, ed è sempre andata bene). Segnali; la progressiva scomparsa di coltivazioni tipiche, di prodotti del territorio era sotto gli occhi di tutti, alla fine degli anni '70. La perdita della biodiversità portava a un appiattimento del gusto dei prodotti, e di conseguenza della capacità delle persone di distinguere i prodotti sulla base del gusto. La mondializzazione delle proposte alimentari (cucina etnica, che passione!) spingeva al consumo di prodotti provenienti da distanze inaccettabili sul piano dei costi e dell'inquinamento da trasporto, senza alcun vantaggio per le economie locali, o alla produzione intensiva di prodotti a scapito dell'ecosistema. Tipico, e terribile, il caso dell'acquacultura intensiva dei gamberi (indispensabili agli occidentali, che non possono certo fare a meno dei loro cocktail di gamberetti in salsa rosa, così *trendy*...), che in Bangladesh dall'inizio degli anni '80 ha distrutto migliaia di ettari di foresta e terre fertili, e continua a distruggere flora e fauna avvelenate dal sale necessario per allevare i preziosi e assolutamente non necessari gamberi (<http://www.genovapress.com/Media-e-televisione/bangladesh-gamberi-insostenibiloro-rosso-che-non-luccica.html>) Ma il tic tac della bomba era troppo lontano per spaventare qualcuno. Ci voleva qualcosa di sorprendente e inatteso perché diventasse possibile al ristoratore coraggioso proporre una zuppa di fagioli di Conio, o uno sformato di cardi gobbi piemontesi invece di un cocktail di gamberi del Bangladesh, e perché questa proposta diventasse gradualmente una scelta consapevole anche da parte dei consumatori. La "cosa" sorprendente e inattesa fu Slow Food, e il suo slogan per un cibo "buono, giusto, pulito". Un sassolino in una macchina potentissima come quella dell'industria agroalimentare. Ma i sassolini, come si sa, sono i peggiori nemici degli ingranaggi mastodontici. I sassolini sono potenti fattori di cambiamento; se sono sassolini coraggiosi e creativi. Slow, parola semplice e densa di significato: slow non nel significato letterale di lento, ma come simbolo di tutto ciò che è consapevole, non superficiale, frutto di riflessione e di scelta. Slow come attento alla complessità, e agli effetti di ogni scelta, di ogni azione, su quella complessità. Slow è il coraggio del cambiamento.

Ci voleva un sassolino anche nell'ingranaggio ciclopico del sistema della cura. E istintivamente a quel sassolino che molti hanno fantasticato di gettare fra gli ingranaggi è stato applicato l'aggettivo slow: lo ha fatto Alberto Dolara, primario di cardiologia all'Ospedale Careggi di Firenze, nel 2002, Dennis McCulloch, medico di medicina generale e geriatra nel 2008, Roberto Satolli, medico e giornalista, sul Corriere della Sera nello stesso anno. Parlavano, tutti, dei segnali di pericolo che venivano dal sistema della cura: la prevalenza della scelta di "fare tutto il possibile" per il malato a scapito della sua qualità di vita, la fiducia nelle tecnologie a scapito della qualità della relazione di cura, la superspecializzazione delle cure a scapito dell'accoglienza del malato come

persona intera. Ed inoltre l'aumento delle prescrizioni di farmaci come risposta a sintomi specifici e la perdita dell'attenzione agli effetti del sommersi di farmaci diversi sul benessere del paziente; l'aumento ormai insostenibile dei costi del sistema sanitario, a cui il sistema sapeva rispondere solo con misure di tipo puramente economicistico: la riduzione dei tempi di degenza, l'imposizione di percorsi diagnostico terapeutici standardizzati (i famigerati DRG, "Diagnosis-Related Group") il taglio del numero di posti di degenza, e l'accorpamento di reparti. Restando alla situazione italiana, il quadro che si presenta nel secondo decennio del 2000 è sconcertante: costi in crescita, qualità della cura e qualità della vita dei pazienti, ma anche dei professionisti sanitari, in calo verticale, disuguaglianze nell'accesso e nel diritto alle cure in aumento costante: i tic tac della bomba nascosta nel sistema sanitario sono assordanti.

“Secondo l'ultima ricerca di Rbm Salute-Censis sono 9 milioni gli italiani che non possono più permettersi di accedere alle cure mediche a causa della crisi e dell'aumentata pressione fiscale. Parliamo di 2,4 milioni di anziani, di 5 milioni di persone che vivono in coppia e hanno figli; persone che non riescono più a utilizzare quello che dovrebbe essere il servizio sanitario pubblico, perché non ne hanno i mezzi: non hanno i mezzi per pagare i ticket, e spesso neppure i trasporti per raggiungere i luoghi della cura; non possono permettersi assenze da lavori precari e irregolari; non possono permettersi di considerarsi malati. Oppure, semplicemente, l'accesso alle cure è per loro più difficile, più lento, in ultima analisi più “costoso” rispetto a chi appartiene alla fascia di popolazione più agiata e più acculturata”. (S. Quadrino, 2012)

Ma il sistema si è premunito: utilizzando tutte le strategie dei sistemi malati, reagisce ora negando l'evidenza (non è vero che la situazione è insostenibile, tutto in realtà va benissimo), ora proiettando il problema all'esterno (tutta colpa dei giornali che parlano di malasanità; dei malati che pretendono l'impossibile; della situazione economica che esige sacrifici), ora semplificando brutalmente (basta chiudere qui, tagliare là, ridurre le spese qui e là, e tutto si aggiusta). In realtà, il sistema sanitario italiano è ormai un sistema ad alto rischio di insostenibilità, e le conseguenze rischiano di essere devastanti per l'equilibrio dello stato sociale e per la salute delle persone. Il primo obiettivo di Slow Medicine è stato (è) quello di rompere la consegna dell'omertà e della minimizzazione dei rischi. Parliamone, diciamoli, sveliamoli i segnali di pericolo che ci fanno dire: questo sistema sanitario è un sistema gravemente malato, ma ci sono cure poco costose a disposizione di tutti, se solo decidiamo di cominciare a curarlo.

Dalla medicina paternalistica alla medicina difensiva: il deterioramento della relazione di cura può essere arrestato?

Uno dei segnali di sofferenza più evidenti nel sistema della cura in Italia è la crescita esponenziale del clima di conflittualità. Una crescita irreversibile? Siamo convinti di no. Pur di non partire dalla convinzione ingenua che ridurre la conflittualità coincida con il ritorno a una situazione per quanto possibile aconflittuale. Questo, invece, nella realtà attuale della relazione di cura, è proprio impossibile. Nella storia dei rapporti medico-paziente un periodo assai vicino a una forma di aconflittualità c'è stato, ed è durato a lungo: dal giuramento di Ippocrate in poi (siamo nel 430 AC!) medico e paziente hanno condiviso per secoli la convinzione che l'atto di cura non potesse che essere deciso dal medico, e che il paziente non potesse fare altro che sottomettersi totalmente a questa

decisione. Medicina paternalistica, negazione della capacità decisionale del paziente? Per poter definire in questo modo quel tipo di relazione medico-paziente bisognava essere già fuori da quel modello, osservarlo da una posizione mutata, che vedeva di fatto il paziente sempre più attivo, più informato, meno disposto a lasciare al medico il potere decisionale sulla sua salute. In sostanza, quando si è cominciato a riflettere sulla perdita di potere del medico il cambiamento era già avvenuto. Quando il cambiamento richiede uno spostamento degli equilibri di potere accade che ci si concentra più sul potere che sul cambiamento. E' ciò che è accaduto, in Italia soprattutto, con l'aumento della richiesta dei pazienti e dei familiari di partecipare in modo attivo alle scelte nei percorsi di cura: un cambiamento che è stato avvertito come un segnale di guerra, e che ha prodotto reazioni di difesa fino a degenerare in una vera e propria escalation. Silvia Bignamini, in uno studio del 2002 metteva in evidenza come la grande maggioranza degli episodi che i medici percepiscono come conflittuali hanno a che fare con richieste di maggiore coinvolgimento e di maggiore partecipazione alle decisioni da parte dei pazienti o dei loro familiari.

“Il punto di vista del paziente è una prevaricazione nei miei confronti: lui ha la sua idea e vuole portarla a compimento” (S. Bignamini, 2002)

dice esplicitamente un medico. La richiesta di partecipazione alle scelte di cura diventa un'offesa, una dichiarazione di sfiducia, a cui si risponde pretendendo la fiducia invece di cercare di costruire una relazione capace di creare fiducia reciproca. Conosciamo tutti il meccanismo perverso che a partire dalla perdita del rapporto di fiducia del paziente nei confronti del medico ha portato a un clima di ostilità e di sospetto (di non essere presi sul serio, di non essere curati bene, di non ottenere tutte le cure necessarie, o tutte le cure possibili) e un aumento delle denunce di errori o trascuratezze, veri o presunti, commessi dai sanitari nel percorso di cura. La risposta prevalente, per ora, è stata la medicina difensiva: non più scienza e coscienza, ma riduzione del danno. Piuttosto che rischiare la denuncia, si rinuncia al percorso difficile e non privo di rischi della negoziazione e si cede anche a richieste inappropriate, a pretese infondate, a ricatti. Molti dei costi della sanità sono determinati da interventi non necessari, da prescrizioni non appropriate, che però proprio perché continuano a essere praticati e prescritti confermano nei cittadini la convinzione che siano invece utili, indispensabili, e che sia giusto pretenderli.

Per il singolo professionista sanitario è difficile, forse impossibile, sottrarsi a una situazione che può essere assimilata a un doppio legame: sbaglio se prescrivo farmaci inutili, esami non necessari, ricoveri che si potrebbero evitare; sbaglio se non li prescrivo, perché rischio la denuncia. E in effetti non è a livello individuale che è possibile avviare un cambiamento nella idea di cura basata sul “di più”, e sul diritto al “di più”: prima di Slow Medicine, una azione rivoluzionaria di questo tipo è stata lanciata dalla ABIM Foundation con la campagna Choosing Wisely (<http://www.abimfoundation.org/Initiatives/Choosing-Wisely.aspx>) che coinvolge le principali associazioni di professionisti sanitari delle diverse specialità e ambiti di intervento nella individuazione e nella denuncia delle cinque azioni sicuramente non appropriate che vengono comunque prescritte regolarmente per i motivi più vari (abitudine, scarso aggiornamento scientifico, insistenza dei pazienti, interesse personale...). La campagna ha l'obiettivo di fornire informazione e sostegno scientifico ai professionisti sanitari affinché decidano con saggezza, e non per abitudine, o per il timore di essere denunciati. L'abitudine, e la paura, sono *fast*: limitano la riflessione, spengono l'attenzione, la consapevolezza, la capacità di scegliere con coscienza.

I due pilastri su cui Slow Medicine fonda una relazione di cura “saggia”, cioè attenta, responsabile, consapevole, e capace di disattivare il clima conflittuale per rendere davvero possibile il coinvolgimento attivo e positivo del malato nel percorso di cura, sono la competenza professionale e la competenza comunicativa: entrambe richiedono una rete che le diffonda e le sostenga, che favorisca lo scambio culturale, che consolidi buone pratiche comunicative e ne divulghi i risultati in termini di efficacia e di qualità della vita. Oltre ai sassolini, il cambiamento ha bisogno di una rete. Nella rete che vede come punti attivi i singoli professionisti e le Associazioni professionali (Ordini, collegi, società scientifiche), i cittadini e le associazioni di pazienti e di familiari, gli economisti, i ricercatori, gli esperti di organizzazione e gli esperti di divulgazione, devono circolare domande capaci di cambiare la visione della cura. Per esempio

- Cosa significa, nei diversi ambiti della cura (nelle cure pediatriche, nell’ostetricia, nell’oncologia, nella riabilitazione, etc.) praticare interventi sobri, rispettosi e giusti?
- Quali sono le azioni ad alto rischio di inappropriatezza che si possono (si devono) evitare in ognuno di quegli ambiti?
- Quali sono le azioni di cura a rischio di estinzione, che sarebbe invece necessario riportare nella pratica quotidiana perché sono a basso costo e ad alto indice di efficacia (quelle che Giorgio Bert ha definito, in sintonia con una delle azioni di Slow Food, la difesa dei *presidi* della cura) ?
- Come si possono coinvolgere i cittadini nella piccola grande rivoluzione che possiamo intitolare “Fare di più non significa fare meglio?”

Essere curati o essere guariti? Un cambiamento di modelli per i professionisti e per i pazienti

Il coinvolgimento dei cittadini nel processo di cambiamento del modello di cura fondato sul “più è meglio” è irrinunciabile. Dal punto di vista dei professionisti sanitari, l’aspetto più critico della relazione di cura è legato alle richieste impossibili (irragionevoli?) dei pazienti e dei loro familiari, che renderebbero inattuabile o pericoloso qualsiasi cambiamento basato sulla riduzione delle prescrizioni e degli interventi.

Richieste impossibili o richieste irragionevoli? La differenza fra i due termini è sostanziale: perché è vero che pazienti e familiari sono stati portati a esprimere una richiesta di cura “impossibile”: pensiamo ai figli di pazienti ultranovantenni che implorano, o pretendono, un nuovo intervento chirurgico, una nuova TAC per il genitore morente, e finiscono per ottenerlo (le ricerche ci dicono che una persona su dieci subisce un intervento chirurgico nell’ultima settimana di vita!); ai malati di malattie croniche che cercano con ostinazione il farmaco miracoloso che sconfiggerà la malattia, il trattamento riabilitativo che restituirà loro l’integrità delle funzioni. Ma si tratta di richieste irragionevoli, o qualcosa ha indotto nei malati e nei loro familiari questo spostamento del limite della speranza, questo abbassamento della soglia di accettazione della malattia e delle sue conseguenze irreversibili, che rende “ragionevoli”, cioè spiegabili, quelle richieste? Proporre una cura sobria, rispettosa, giusta – le parole chiave di Slow Medicine – significa anche rendere possibile ai pazienti, oltre che ai professionisti sanitari, una percezione più realistica della differenza fra percorso verso la guarigione e percorso di cura. A partire da un chiarimento indispensabile, in assenza del quale la confusione diventa insuperabile: ci sono

situazioni di malattia che richiedono il coraggio di rinunciare alla ricerca di una guarigione impossibile o troppo difficile da raggiungere; e ci sono malattie che non possono essere guarite perché, semplicemente, non esistono. Ricollocare l'intervento di cura in una dimensione che prevede anche la rinuncia può sembrare un paradosso, se non una violazione dell'etica della cura:

Scrive Marco Bobbio in un suo intervento sul senso della rinuncia nell'intervento di cura: *“Nell’accezione comune il termine rinuncia ha un connotato negativo, come se la missione dell’uomo fosse quella di andare sempre avanti fino allo sfinimento”*. (M. Bobbio, 2012) In realtà la rinuncia di cui parla Bobbio a proposito di scelte e decisioni in ambito sanitario ha profondi aspetti etici, perché si basa sul recupero degli aspetti relazionali di quelle scelte e di quelle decisioni, sulla convinzione che ogni paziente debba essere aiutato a riconsiderare vantaggi e svantaggi, in termini di sostenibilità individuale e familiare, di ogni proposta di percorso diagnostico e terapeutico; e che sia preciso dovere dei professionisti sanitari rendergli possibile una scelta consapevole e informata. Per poterlo fare, il professionista per primo deve avere rinunciato all’onnipotenza eroica della cura a tutti i costi, e avere ritrovato il valore del prendersi cura del paziente in tutte le fasi della sua malattia, specie nel momento in cui la rinuncia è la scelta più rispettosa, e più giusta. Solo in questo modo la sobrietà, cioè la capacità di rinunciare all’illusione che si possa avere tutto, comprendendo nel “tutto” anche ciò che è inutile o impossibile, diviene un valore e non un sacrificio nella relazione di cura. Il cambiamento che Slow Medicine propone vuole inserirsi come un fastidioso sassolino nell’ingranaggio che ha portato nella relazione di cura tutti gli aspetti perversi del consumismo: la convinzione che tutto quello che è “nuovo” sia più efficace e più desiderabile, quindi irrinunciabile; la ricerca del sempre più sofisticato, più tecnologico, più raro; la certezza che proprio nel nuovo, o nel sofisticato, stia la sola possibilità di combattere la malattia e di rinviare (evitare?) la morte. L’obiettivo è un cambiamento di modelli: se i pazienti hanno imparato a chiedere (pretendere) più farmaci di ultima generazione, più esami, più interventi chirurgici, dovremmo chiederci al posto di cosa li stanno chiedendo, e basandoci su quale modello. Non è difficile rendersi conto che gran parte della medicina di oggi propone un modello di intervento più rivolto alla guarigione che alla cura; un modello in cui dominano le parole del conflitto, lottare, sconfiggere, sradicare la malattia. I pazienti hanno appreso quel modello, e hanno anche appreso a cercare altrove gli aspetti relazionali della cura: nelle medicine complementari, negli interventi cosiddetti “naturali” e così via. Al medico, all’ospedale, non chiedono neanche più ascolto e affiancamento: hanno imparato a chiedere farmaci, e interventi di ultima generazione. C’è di più: negli ultimi 20 anni le persone hanno imparato a considerare malattie anche quelle che sono evenienze normali nella vita degli esseri umani, la tristezza, la solitudine, il lutto, le rughe, la calvizie... Anche questo è un sinistro tic tac della bomba, che deve essere segnalato e svelato: c’è chi spinge a proprio vantaggio la paura dei pazienti di non fare abbastanza per curarsi, una paura che aumenta le richieste di nuovi farmaci e di nuovi interventi; e c’è chi utilizza a proprio vantaggio la creazione di malattie inesistenti, che una volta create inducono la richiesta di nuove cure, di nuovi farmaci, di nuovi interventi risolutivi. Uno dei metodi più diffusi e più subdoli è la sistematica revisione “al ribasso” delle soglie di normalità dei fattori di rischio (il tasso di colesterolo è l’esempio più evidente), con l’effetto miracoloso di trasformare milioni di individui soggettivamente sani in malati, cioè in consumatori di farmaci. Si chiama *disease mongering*. Ray Moynihan e David Henry sono stati fra i primi a svelare in che modo, con l’aiuto e la connivenza degli organi di informazione e di professionisti non propriamente limpidi, si è riusciti in pochi anni a indurre il bisogno e la richiesta di farmaci per “combattere” la menopausa o la calvizie, per contrastare sindromi inventate come la fobia sociale (una volta si chiamava timidezza...), per

eliminare piccoli sintomi appena un po' fastidiosi che sono stati trasformati in malattie da cui, con i farmaci giusti e molta, molta, costanza (leggi regolare assunzione dei suddetti farmaci per anni) si potrebbe anche guarire.

La conseguenza principale di tutto ciò è una accelerazione su scala industriale di quella che negli anni '70 si chiamava medicalizzazione, sulla base delle opere di filosofi come Ivan Illich o di sociologi come Peter Conrad.....Sulla base di ciò, il disease mongering può interpretare la medicalizzazione come un processo inverso rispetto alla promozione della salute. (R. Satolli, 2012)

Cosa dice il tic tac della bomba

E' questo il segnale di pericolo che non può più essere ignorato; si va formando, all'interno del sistema della cura, una sorta di mondo alla rovescia. In un documento redatto da un gruppo di ricercatori e professionisti riunitisi a Londra nel 2007, che ha portato al concetto di Pharmageddon e a una aumentata consapevolezza degli effetti perversi degli eccessi in medicina, si descrive questo quadro: *“Le medicine possono produrre più danni che benefici, e dove la sottomedicalizzazione delle comunità più svantaggiate e la sovramedicalizzazione di quelle privilegiate costituiscono due facce della stessa medaglia, come la malnutrizione e l'obesità”*. (www.socialaudit.com) Se impariamo ad ascoltare i segnali, i punti su cui è indispensabile e urgente operare cambiamenti, diventano visibili: la medicalizzazione della vita quotidiana; il ricorso a farmaci e cure di non provata efficacia; l'aziendalizzazione selvaggia della sanità (valutazione dei costi senza una contemporanea valutazione dei benefici delle cure per i singoli e per la popolazione); l'orientamento della ricerca in base a ragioni puramente economiche. Tutto questo è al tempo stesso economicamente insostenibile e oggettivamente inutile in termini di guadagno di benessere e di salute. E allora? Abolire le medicine? Tornare alle cure naturali, dimenticare gli antibiotici, chiudere le sale operatorie, e perché no gli ospedali? E' questa l'altra semplificazione terribile a cui la filosofia di Slow Medicine vuole sfuggire: la logica del tutto o niente, o la strategia degli opposti sono altrettanto pericolosi dell'inerzia. Tutti i vantaggi che la medicina scientifica ha portato all'umanità negli ultimi cento anni non possono essere cancellati, in una sorta di negazionismo venato di paranoia. Recupero e non distruzione, riequilibrio e non eliminazione di parti: è così che i sistemi procedono. La scommessa di Slow Medicine è questa: avviare un cambiamento che coinvolga tutti gli attori del sistema della cura, nessuno escluso: cittadini e professionisti sanitari, politici e amministratori, ricercatori e giornalisti.

Le tappe del cambiamento

La prima tappa del cambiamento è stata sicuramente la stessa nascita del movimento Slow Medicine. La seconda, la scoperta del numero inatteso di professionisti sanitari e di gruppi di professionisti e di cittadini che sembravano aspettare soltanto un segnale per entrare nella rete di una medicina che sa cambiare. Le prossime tappe sono possibili perché la rete di Slow Medicine c'è, e ci sono i lanciatori di sassolini, pronti a individuare e segnalare pratiche inappropriate e a eliminarle dalla loro pratica quotidiana (il progetto *Fare di più non significa fare meglio* è il tema del lavoro del 2013, e del secondo convegno nazionale di Slow Medicine nel novembre prossimo), a

tradurre in linee di comportamento condivise e esplicitate la cura slow nei rispettivi ambiti di intervento. Il sogno – ma c'è cambiamento senza un sogno? – è quello di vedere realizzati ospedali slow, centri di riabilitazione slow, punti nascita slow e così via. Di vedere impegnati nel sistema della cura “ *professionisti sanitari che partecipano attivamente alle scelte politiche, organizzative, programmatiche, e che si assumono la responsabilità di attuare e fare attuare pratiche cliniche di efficacia dimostrata. Amministratori che orientano le scelte e le politiche sanitarie tenendo conto della voce dei pazienti e di quella dei professionisti, garantendo ai cittadini equità di accesso alle cure e diritto alla salute, e ai professionisti una organizzazione coerente e coordinata a diversi livelli di specializzazione. Pazienti coinvolti nel percorso della cura, abilitati a scelte informate e a decisioni consapevoli* (A. Gardini, S. Quadrino, 2011).
Per dare concretezza alle tre parole chiave della cura slow: sobrietà, rispetto, giustizia.

Bibliografia

- Bignamini Silvia et al., 2002. Studio EPICON. Epidemiologia dei conflitti medico-paziente in *Ricerca & Pratica*, 18 (1).
- Bobbio Marco, 2012. Sobrietà e rinuncia, in *Salute e territorio*, anno XXXIII Marzo Aprile 2012, 191, pp. 102-105.
- Gardini Andrea, Quadrino S., 2011. Slow Medicine: verso un'ecologia della cura, in *Riflessioni Sistemiche*, N°5, pp. 175-181.
- Quadrino Silvana, 2012 La malattia rende poveri o la povertà fa ammalare?, in *L'Incontro*, 162, settembre 2012.
- Satolli Roberto, 2012. Il mercato della salute, in *Salute e territorio*, anno XXXIII Marzo Aprile 2012, 191, pp. 84-88.
- <http://socialaudit.org.uk/60700716.htm>, Pharmageddon?

Lecture consigliate

- Dolara Alberto, 2002. Invito ad una “slow medicine”. *Ital Heart J. Suppl*; 3:101-1.
- McCullough Dennis, 2008. *My Mother, Your Mother: Embracing "Slow Medicine" the Compassionate Approach to Caring for Aging Loved Ones*, Harper Collins.
- Moynihan Ray, Henry David, 2002 April. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering *BMJ*. 13; 324 (7342): 886–891.
- Quadrino Silvana, 2011 Ottobre. Dove corre la medicina? Le ragioni di una Slow Medicine e la cultura del rispetto, *Janus* - n.3, pag. 34.