



# SLOW MEDICINE e il progetto FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO

\*Sandra Vernero

- Nuovo è meglio
- Tutte le procedure utilizzate nella pratica clinica sono efficaci e sicure.
- L'uso di tecnologie sempre più sofisticate risolverà ogni problema di salute
- Fare di più aiuta a guarire e migliora la qualità della vita.....

Queste sono solo alcune tra le opinioni più diffuse in Medicina, ampiamente sostenute da forti interessi economici e rafforzate dai mezzi d'informazione con le loro notizie sensazionalistiche.

Ma ne siamo davvero sicuri? Ogni giorno sono pubblicati studi scientifici che configurano una realtà un po' diversa<sup>1</sup>.

**Slow Medicine**<sup>2</sup> propone un modello di cura basato su una logica differente da quella della crescita senza limiti del consumo in nome del "progresso": l'idea che cure appropriate e di buona qualità e un'adeguata comunicazione fra le persone migliorino la qualità della vita dei cittadini e dei professionisti della salute e insieme riducano i costi dei sistemi sanitari, ne promuovano l'equità e la sostenibilità economica e ambientale.

**Sobria, rispettosa, giusta** sono le parole chiave che sintetizzano questa idea di cura:

- Sobria: fare di più non vuol dire fare meglio
- Rispettosa: valori, aspettative e desideri delle persone sono diversi e inviolabili
- Giusta: cure appropriate e di buona qualità per tutti

Slow Medicine, definita come rete di idee in movimento, è stata fondata in Italia all'inizio del 2011 da professionisti che operano nel mondo della salute, in stretta connessione con Slow Food, e si è successivamente aperta a tutti i cittadini.

Già nel 2002 Alberto Dolara, primario di cardiologia all'Ospedale Careggi di Firenze, aveva lanciato un invito a ridare valore al tempo dedicato al rapporto con il paziente, un invito ad una "Slow Medicine" come medicina più umana e riflessiva<sup>3</sup>.

L'idea di Slow Medicine viene rilanciata nel 2008 negli Stati Uniti da Dennis McCullogh<sup>4</sup> e

Ladd Bauer<sup>5</sup>, che promuovono, in particolare nell'anziano e nel fine vita, cure meno tecnologiche e ospedaliere e più orientate alla qualità di vita.

In Italia Slow Medicine ha preso avvio, nel 2011, dalla convergenza tra SIQuAS-VRQ, la Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria, che da tempo si focalizzava sul rapporto sinergico tra qualità e sostenibilità economica e ambientale anche grazie al contributo di Øvretveit<sup>6</sup>, l'Istituto CHANGE di Torino, attento agli aspetti di comunicazione e relazione fra professionisti e pazienti, e altri professionisti della salute interessati all'idea Slow.

In tutti gli ambiti, Slow Medicine promuove una **visione sistemica**, che da un lato considera la persona nella sua interezza e non come un insieme di organi da curare, dall'altro promuove il superamento degli steccati tra diverse specialità e professionalità per lavorare con un approccio multidisciplinare.

Nella cura del paziente acuto e cronico l'orientamento di Slow Medicine è quello di ridurre gli sprechi, di utilizzare in modo appropriato le risorse disponibili, evitando il sovrautilizzo di indagini e di trattamenti, e di ridare importanza alla visita del paziente, all'esame obiettivo, oltre che alla sua storia.

Quando, nel 2012, è stata lanciata negli Stati Uniti l'iniziativa **Choosing Wisely**<sup>7</sup>, Slow Medicine ne ha subito percepito la forte affinità con i propri orientamenti.

Da tempo negli USA è stato valutato che l'ammontare delle prestazioni che non apportano nessun beneficio ai pazienti e di conseguenza rappresentano uno spreco corrisponda ad almeno il 30% della spesa sanitaria<sup>8,9,10</sup>: la fondazione medica statunitense ABIM (American Board of Internal Medicine), con la collaborazione di Consumer Reports, organizzazione non profit e indipendente di consumatori, promuovendo l'iniziativa Choosing Wisely<sup>11</sup> ha chiesto alle società scientifiche specialistiche di individuare ciascuna una lista di 5 test, trattamenti o servizi che fossero comunemente utilizzati nella propria specialità e il cui impiego avrebbe dovuto essere messo in discussione da pazienti e clinici.

\* Medico chirurgo – Cofondatore e Segretario Generale di Slow Medicine – Direttivo SIQuAS VRQ  
Staff Direzione Azienda USL di Bologna

**Choosing Wisely**  
An initiative of the ABIM Foundation

American College of Radiology  
**ACR**  
RADIOLOGY  
OF AMERICAN PHYSICIANS

**Five Things Physicians and Patients Should Question**

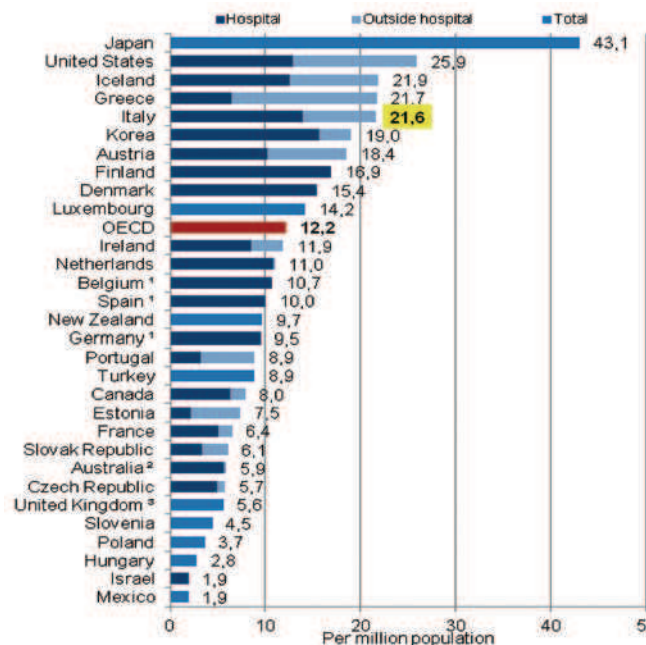
- 1 Don't do imaging for uncomplicated headache.**  
Healthy headache patients without specific risk factors for structural disease is not likely to change management or improve outcome. These patients with a significant likelihood of structural disease requiring immediate attention are detected by clinical means that have been validated in many settings. Many studies and clinical practice guidelines confirm. Also, incidental findings lead to additional medical procedures and expense that do not improve patient well-being.
- 2 Don't image for suspected pulmonary embolism (PE) without moderate or high pre-test probability.**  
While deep vein thrombosis (DVT) and PE are relatively common clinically they are rare in the absence of elevated d-dimer levels and certain specific risk factors. Imaging, particularly computed tomography (CT) pulmonary angiography, is a rapid, accurate and widely available test, but has limited value in patients who are very unlikely, based on return and clinical criteria, to have significant values. Imaging is helpful to confirm or exclude PE only for such patients, not for patients with lower-test probability of PE.
- 3 Avoid admission or preoperative chest x-rays for ambulatory patients with unremarkable history and physical exam.**  
Performing routine admission or preoperative chest x-rays is not recommended for ambulatory patients without specific reasons suggested by the history and/or physical examination findings. Only 2 percent of such images lead to a change in management. Obtaining a chest radiograph is reasonable if acute cardiopulmonary disease is suspected or there is a history of chronic stable cardiopulmonary disease in a patient older than age 50 who has not had chest radiography within six months.
- 4 Don't do computed tomography (CT) for the evaluation of suspected appendicitis in children until after ultrasound has been considered as an option.**  
Although CT is accurate in the evaluation of suspected appendicitis in the pediatric population, ultrasound is nearly as good in experienced hands. Since ultrasound involves radiation exposure, ultrasound is the preferred initial consideration for imaging examination in children. If the results of the ultrasound exam are equivocal, it may be followed by CT. This approach is cost-effective, reduces potential radiation risks and has excellent accuracy with reported sensitivity and specificity of 94 percent.
- 5 Don't recommend follow-up imaging for clinically inconsequential adnexal cysts.**  
Simple cysts and hemorrhagic cysts in women of reproductive age are almost always physiologic. Small simple cysts in postmenopausal women are common, and clinically inconsequential. Ovarian cancer with typically cystic, dense rim walls from these benign-appearing cysts. After a good quality ultrasound in women of reproductive age, don't recommend follow-up for a classic corpus luteum or simple cyst <5 cm in greatest diameter. Use it as a threshold for simple cysts in postmenopausal women.

**Figura 1-** Le 5 pratiche ad alto rischio di inappropriatezza individuate dall'American College of Radiology nell'ambito dell'iniziativa Choosing Wisely  
<http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/american-college-of-radiology/>

Nove società scientifiche specialistiche USA hanno pubblicato le loro liste nell'aprile 2012, seguite da altre sedici nel febbraio 2013, portando a 130 in totale, finora, i test e trattamenti sui quali medici e pazienti dovrebbero interrogarsi<sup>12</sup>. Di questi la metà (64) riguardano test di imaging, proposti non solo dall'American College of Radiology ma anche da quasi tutte le altre società.

Slow Medicine ha lanciato in Italia, nel dicembre 2012, il progetto **"FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO"**, simile a 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 da una precisa assunzione di responsabilità da parte dei professionisti della salute e in primo luogo da parte dei medici.

Anche in Italia in molti settori è possibile evidenziare un sovra utilizzo di risorse: uno di questi è rappresentato dalle tecnologie medicali, in primo luogo in radiologia. Il numero di apparecchiature di RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) e TAC (Tomografia Assiale Computerizzata), aumentato negli ultimi anni in tutti i Paesi sviluppati, nel nostro presenta un rapporto rispetto al numero di abitanti tra i più alti<sup>13,14</sup>, vicino ai limiti superiori rappresentati da USA e Grecia. E anche le stime sul numero di esami effettuati ci pone ai primi posti tra i paesi OCSE.



**Fig. 2 -** Numero di apparecchiature di RMN anno 2009  
Fonte Health at a Glance 2011: OECD Indicators

Gli stessi radiologi, anche nella consapevolezza dei danni conseguenti ad un'eccessiva esposizione alle radiazioni ionizzanti, si stanno interrogando sull'appropriatezza degli esami radiologici che eseguono: sono davvero tutti necessari?

Un recente studio effettuato<sup>15</sup> in Italia su prestazioni radiologiche ambulatoriali ha dimostrato l'appropriatezza solamente del 56% di queste. Questo vuol dire che il 44% delle prestazioni radiologiche ambulatoriali prese in esame poteva essere evitato senza alcun rischio per il paziente.

Oltre all'enorme impatto sui costi, bisogna considerare i danni arrecati da ulteriori esami e interventi chirurgici legati a falsi positivi e sovra diagnosi<sup>16</sup> conseguenti a test inappropriati.

L'invito che Slow Medicine rivolge alle società scientifiche italiane, tra cui quella di radiologia medica, è di individuare ognuna una lista di cinque test diagnostici o trattamenti, ovviamente a partire da quelli già indicati negli USA, che in Italia:

- sono effettuati molto comunemente
- non apportano benefici significativi, secondo prove scientifiche di efficacia, alle principali categorie di pazienti ai quali vengono generalmente prescritti
- possono al contrario esporre i pazienti a rischi hanno un alto costo complessivo

Seguiranno momenti di informazione e di formazione dei professionisti, particolarmente centrati sulla relazione medico-paziente, e una diffusa sensibilizzazione dei cittadini sulle pratiche ad alto rischio di inappropriatezza individuate e sul fatto che per tutelare la loro salute non sempre sia meglio fare di più.

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, FMOMCeO, ha ufficialmente aderito al progetto ed ha concesso il proprio patrocinio all'iniziativa.

Il progetto "FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO" rappresenta la scommessa che attraverso il coinvolgimento dei professionisti sia possibile anche in Italia ridurre gli alti costi del servizio sanitario non attraverso tagli lineari, che ne mettono a serio rischio la sopravvivenza e accentuano ulteriormente le disuguaglianze tra i cittadini, ma intervenendo sulle cause più eclatanti di spreco migliorando allo stesso tempo qualità e sicurezza delle prestazioni, nell'interesse di pazienti e cittadini.

#### Riferimenti

- 1 Godlee F. Too much medicine BMJ 2013;346:f1328
- 2 [www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)
- 3 Dolara A. Invito ad una "Slow Medicine" Ital Heart J Suppl. 2002 Jan;3(1):100-1.
- 4 McCullough D. My Mother, Your Mother: Embracing "Slow Medicine," the Compassionate Approach to Caring for Your Aging Loved Ones. HarperCollins 2008
- 5 Ladd Bauer J. Slow medicine J Altern Complement Med. 2008 Oct;14(8):891-2
- 6 Øvretveit J. Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. London: the Health Foundation. 2009
- 7 <http://www.choosingwisely.org/>
- 8 Fisher ES, Bynum JP, Skinner JS. Slowing the growth of health care costs — lessons from regional variation. N Engl J Med 2009;360:849-52.
- 9 Berwick DM, Hackbarth A. Eliminating waste in US health care [published online ahead of print March 14, 2012]. JAMA. doi:10.1001/jama.2012.362
- 10 Brody H. From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance. N Engl J Med 2012;366:1949-51
- 11 Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. JAMA. 2012;307:1801-2.
- 12 <http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/>
- 13 <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-NoteITALY2012.pdf>
- 14 [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011\\_health\\_glance-2011-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011_health_glance-2011-en)
- 15 M. Cristofaro et al Appropriateness: analysis of outpatient radiology requests. Radiol med (2011) 116:000-000 DOI 10.1007/s11547-011-0725-2
- 16 Welch HG, Black WC. Overdiagnosis in Cancer. J Natl Cancer Inst 2010;102:605-613



Giorgio e Paola Cosmacini

### Il medico delle mummie



Editori Laterza, Bari  
224 pagg., € 19

Giorgio e Paola Cosmacini raccontano la biografia di uno di quei personaggi poliedrici che poco conosciuti ai più, si muovono sulla scena del primo '800. Affascinata dal Romanticismo, brulicante di vitalità, idee ed iniziative l'Europa vede muoversi, intraprendere, viaggiare uomini e donne di grande ingegno ed iniziativa.

Dei più grandi Napoleone, Hegel, Byron, chi più ne ha più ne metta, sappiamo molto e molto è stato celebrato. Ma intorno a loro si muovono personaggi non meno interessanti per lo sviluppo dell'epoca moderna. A.B. Glanville (Agostino Bozzi, Milano 1783 - Dover 1872) multiforme ingegno italianissimo, lontano parente dei Bonaparte, vuole fortemente anglicizzarsi.

Dopo varie esperienze tra Italia, Francia ed Inghilterra diviene medico e ginecologo della nobiltà inglese nell'epoca in cui scoppia, dopo le campagne napoleoniche, la scoperta (ed il saccheggio) delle antichità egizie. Viaggiando per tutti i paesi del Mediterraneo come medico navale o al seguito di ricche famiglie, non trascurando qualche servizio diplomatico al punto da sollecitare le preoccupazioni di Metternich, tra scoperte ed avventure scorrono pagine scritte e per chi ha la passione di una storia minore, ma non meno importante, Glanville (cognome preso dalla nonna materna) per primo, intuisce che sotto le bende e nel corpo di Irtyersenu, donna quasi cinquantenne della XXVI dinastia sepolta a Tebe 600 anni prima di Cristo può trovarsi la storia medica dell'umanità parte non minore ma poco conosciuta della Storia Universale. Tecnica settoria avanzata, scoperta di una grande cisti ovarica e di altri reperti, anche se le cause di morte, la tubercolosi, verranno realmente scoperte quasi due secoli dopo nel 2006 grazie alle tecniche molecolari. Nasce la paleopatologia scienza cui affidare la storia complessa della evoluzione umana raccontata anche attraverso il quotidiano e non solo mediante le gesta degli eroi.

(bic)