

Il paradosso della medicina: fare troppo o troppo poco

Riassunto

Spesso, in medicina, interessi economici e condizionamenti culturali portano a fare più di quanto sia effettivamente utile per i pazienti. Accanto ad un eccesso di diagnosi e di trattamenti inutili troviamo, però, anche ampie aree di sottoutilizzo di servizi essenziali che possono compromettere seriamente la salute delle persone, specie di quelle più disagiate. Oggi, l'interesse prevalente dei medici è centrato sul trattamento biologico delle malattie, mentre gli aspetti che riguardano la persona, i suoi desideri e le sue priorità sono spesso trascurati. Tuttavia, per essere dei bravi medici non basta essere dei bravi scienziati. Le cure, infatti, si avvalgono dell'approccio scientifico (evidence-based), ma si giovano anche di altri saperi di cui il professionista sanitario deve tener conto. È dall'incontro di questi due mondi che si attiva e si consolida la relazione di cura. Da queste considerazioni nasce in Italia Slow Medicine, un movimento che si propone di gestire i processi di cura nell'ambito della scienza, ma declinati all'interno di una relazione di ascolto e di condivisione delle decisioni con il malato e la sua famiglia.

Parole Chiave:

Slow Medicine, sovradiagnosi, overuse, underuse, appropriatezza, visione sistemica.

■ Troppa medicina

Negli ultimi decenni la medicina ha conseguito successi straordinari. L'introduzione di nuove tecniche chirurgiche e anestesologiche, i trapianti, la protesi, gli interventi endovascolari, la diagnostica per immagini, la biologia molecolare, hanno contribuito a migliorare la prognosi di molte malattie e ci con-

sentono di vivere più a lungo e in migliori condizioni di salute. Tuttavia interessi economici, pressioni di mercato e atteggiamenti culturali hanno prodotto una crescente medicalizzazione della vita con pericolose conseguenze sulla salute e sul benessere delle persone.

Le spese per i servizi sanitari sono ovunque in progressivo aumento e tutti i governi si chiedono quali azioni mettere in atto per frenare questo fenomeno e garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari pubblici, universalistici. Oltretutto, oltre un certo limite, l'incremento dei costi non si accompagna ad un effettivo miglioramento della qualità della vita; anzi tanto più si spende per i servizi sanitari, tanto più la gente si sente malata¹. Sembra proprio che si stia avverando quanto ci ricordava Ivan Illich negli anni '70 del secolo scorso: *una quota crescente del nuovo fardello di malattie non è che il risultato d'interventi sanitari effettuati a beneficio di individui malati o che potrebbero diventarlo. È cioè prodotta dai medici, iatrogena*².

Che in medicina si tenda spesso a fare più del necessario è noto a chiunque. Per rendersene conto basta leggere la letteratura o osservare con spirito critico quello che succede intorno a noi. Gli esempi sono tantissimi e reperibili in ogni ambito della pratica medica corrente. A prima vista la soluzione del problema sembrerebbe abbastanza semplice. Dopotutto, per realizzare una buona medicina, basterebbero due cose: attenersi a quanto ci suggerisce la scienza e instaurare una buona relazione con il paziente. In realtà, modificare il modo di affrontare i problemi che riguardano la salute è molto più impegnativo di quanto si possa immaginare. Il cambiamento, infatti, coinvolge enormi interessi economici e richiede un vero e proprio cambio di paradigma circa il modo di concepire e di affrontare la conoscenza e l'azione. Vediamo qualche esempio su

ANTONIO BONALDI

Presidente di Slow Medicine

Per corrispondenza:
abonaldi@libero.it

cui riflettere.

Utilizzare più farmaci ci fa stare meglio?

Non sempre, soprattutto nei pazienti anziani. Una ricerca condotta in Israele su un gruppo di pazienti ultraottantenni affetti da 3 o più patologie, prevedeva la sospensione del 60% degli 8 farmaci che mediamente assumevano a testa. Cos'è successo a questi pazienti? A distanza di oltre un anno il 90% di loro riportava un miglioramento generale delle condizioni di salute, nessuno segnalò alcun evento avverso e solo il 2% delle terapie dovette essere ripresa³.

La chirurgia è sempre necessaria?

Qualche volta no. Da quando è stata messa a punto la tecnica per esplorare le articolazioni, l'artroscopia del ginocchio è diventata uno degli interventi chirurgici più frequenti. In Italia se ne contano quasi 200.000 all'anno. Tuttavia, a distanza di due anni, le persone operate per lesioni degenerative del menisco mostrano la medesima funzionalità del ginocchio di quelle che hanno eseguito dei semplici esercizi fisici⁴. Si tenga, in conto, inoltre, che l'Italia è uno dei Paesi al mondo dove si eseguono più risonanze del ginocchio e che, sopra i 60 anni, l'85% delle persone asintomatiche che si sottopone ad una risonanza del ginocchio presenta qualche tipo di anomalia⁵.

Andare in ospedale ci fa guarire?

Non in tutti i casi. È risaputo che durante il periodo influenzale i pronto soccorso degli ospedali sono presi d'assalto dai pazienti con più di 70 anni, affetti da patologie croniche che lamentano una riacutizzazione della loro patologia. Peccato, che oltre il 40% di questi pazienti, a causa dell'immobilità, dell'impiego di sonniferi, dell'alimentazione inadeguata, dell'uso di cateteri urinari inutili, siano dimessi dall'ospedale in condizioni peggiori di come sono entrati⁶. Molti di questi pazienti non hanno bisogno di andare in un ospedale per acuti ma di essere curati in strutture per lungodegenti o meglio al proprio domicilio: ovviamente supportati da adeguati servizi di assistenza domiciliare.

Scoprire una "malattia" precocemente è sempre utile?

Pare proprio di no. Una meta-analisi di 16 studi di grandi dimensioni, ha dimostrato che i check-up (test di laboratorio e di imaging eseguiti su persone asintomatiche) non riducono la mortalità, non prevengono alcuna malattia, non evitano i ricoveri e la disabilità. I check-up dovrebbero, quindi, essere abbandonati e medici e istituzioni pubbliche e private che continuano ad offrire queste prestazioni devono sapere di agire senza prove di efficacia⁷. Molti altri studi scientifici hanno confermato questi risultati⁸, ma basta aprire google e digitare *check-up sanitari*, per renderci conto di quanta poca coerenza ci sia tra ciò che suggerisce la scienza e ciò che propone il mercato: naturalmente tra scienza e mercato, vince il mercato e a rimetterci è la salute.

Si possono creare nuovi malati?

Certamente sì, ed è anche piuttosto semplice. È sufficiente riunire un gruppo di specialisti (ben retribuiti) e

metterli al lavoro. Tra il 2000 e il 2013 sono stati pubblicati 16 lavori in cui un gruppo di esperti suggeriva di modificare i criteri diagnostici per 14 patologie o fattori di rischio: demenza, depressione, artrite reumatoide, infarto del miocardio, ipercolesterolemia, ipertensione, asma, Dieci di questi lavori suggerivano di ampliare i precedenti criteri diagnostici includendo persone che prima erano considerate normali. In pratica, da un giorno all'altro migliaia di persone sono state trasferite dal regno dei sani a quello dei malati con tutte le nefaste conseguenze del caso. Si noti che il 75% degli esperti reclutati nei gruppi di lavoro, dichiarava di avere legami con l'industria: in media 7 compagnie per ciascun membro⁹.

Su questi presupposti due delle maggiori riviste mediche internazionali il *BMJ* e il *JAMA Internal medicine* hanno lanciato due importanti campagne di sensibilizzazione rivolte ai professionisti sanitari e alla popolazione, mettendo in evidenza i rischi associati ad un eccesso di diagnosi e di trattamenti. Le due campagne, denominate rispettivamente *"Too much medicine"*¹⁰ e *"Less is more"*¹¹, intendono anche evidenziare l'enorme spreco di risorse impiegate per assicurare prestazioni inutili e potenzialmente dannose, soprattutto per le persone sane.

■ Sottoutilizzo di prestazioni essenziali

In sanità, il sovra-utilizzo di prestazioni inappropriate si accompagna spesso al sotto-utilizzo di prestazioni efficaci. Negli Stati Uniti chi vive in aree geografiche dove la spesa sanitaria è più elevata, ha addirittura meno probabilità di ricevere cure appropriate di chi vive in regioni dove il livello di spesa è minore¹². Oltretutto, se non ben indirizzati, gli investimenti in queste zone rischiano di peggiorare ulteriormente la situazione. Ma questo fenomeno non è limitato agli USA. È noto, per esempio, che in Italia, quasi la metà delle indagini radiologiche è considerata inappropriata¹³ e che in questo settore le liste d'attesa sono particolarmente lunghe. Allora cosa si fa per ridurre i tempi di attesa? Anziché utilizzare gli investimenti per migliorare l'appropriatezza le nuove risorse sono impiegate per fare ancora più esami: per esempio, aprendo le radiologie di notte e al sabato. In altre parole: *la soluzione coincide con il problema*. In questo modo, però, sono tutti contenti: i medici, gli infermieri e i tecnici sanitari (perché si attiva l'area a pagamento), i direttori generali (perché aumenta il fatturato dell'ospedale), i produttori di tecnologie (perché vendono più macchine e prodotti sanitari), i politici (perché acquisiscono consensi), i cittadini (perché ottengono più prestazioni). Ancora una volta gli interessi del mercato e un atteggiamento culturale secondo cui fare di più è sempre meglio, hanno il sopravvento rispetto ai bisogni di salute. Così a rimetterci sono le casse dello stato e soprattutto il benessere delle persone!

L'Angioplastica Coronarica Transluminale Percutanea (PTCA) è una metodica mini-invasiva che consente di dilatare le arterie coronariche nel caso di occlusione, allo

scopo di ripristinare un adeguato flusso sanguigno ed evitare la comparsa degli eventi clinici che caratterizzano l'ischemia miocardica. La ricerca ha dimostrato un rapporto inverso tra la tempestività di esecuzione della procedura nel paziente con infarto acuto del miocardio e la mortalità a breve termine. Come si può vedere nel **grafico 1**, reperibile sul sito del Programma Nazionale Esiti (PNE), curato da AGENAS¹⁴, la percentuale di

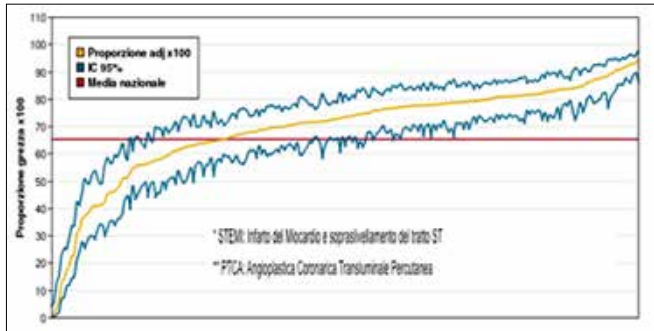


Grafico 1:

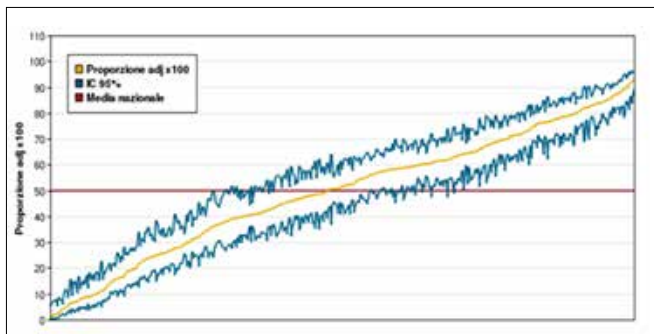


Grafico 2:

pazienti trattati entro 2 giorni dal ricovero nei diversi ospedali italiani varia da zero a oltre il 90%. Ciò significa che un elevato numero di pazienti in situazione di emergenza sanitaria è destinato a non ricevere nell'ospedale in cui sarà ricoverato, un intervento efficace, in grado di salvargli la vita.

Lo stesso problema si registra nel caso delle fratture del femore. Diversi studi hanno dimostrato che le lunghe attese per l'intervento chirurgico riparativo comportano un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente. Di conseguenza, il paziente con frattura del collo del femore dovrebbe essere operato entro 48 ore dall'ingresso in ospedale. Nel **grafico 2** si può vedere la distribuzione delle probabilità di essere operati entro l'intervallo di tempo raccomandato. Anche in questo caso si registra un'ampia variabilità tra gli ospedali italiani. Cosicché la probabilità di ricevere un trattamento di dimostrata efficacia dipende in larga misura dal luogo di residenza e dall'ospedale di riferimento. C'è da osservare, peraltro, che, come si vede nella **figura 3**, per questo specifico indicatore l'Italia, insieme a Spagna e Portogallo, si trova agli ultimi posti tra i Paesi dell'OCSE¹⁵. Anche per quanto riguarda l'accesso alle cure dentali l'Italia occupa uno degli ultimi posti tra i Paesi dell'OCSE¹⁵. La possibilità di accedere alle cure odontoiatriche, infatti, dipende molto dal reddito della persona, in quanto il servizio sanitario nazionale lascia scoperta un'ampia proporzione di soggetti appartenenti proprio alle classi sociali più basse **figura 4**.

■ Migliorare l'appropriatezza: chi comincia?

Prescrivere procedure inappropriate è un problema che riguarda prima di tutto i professionisti e la relazione con il paziente. La medicina non è un mondo binario dove gli

8.15. Hip fracture surgery initiation after admission to hospital, 2003 to 2013 (or nearest years)

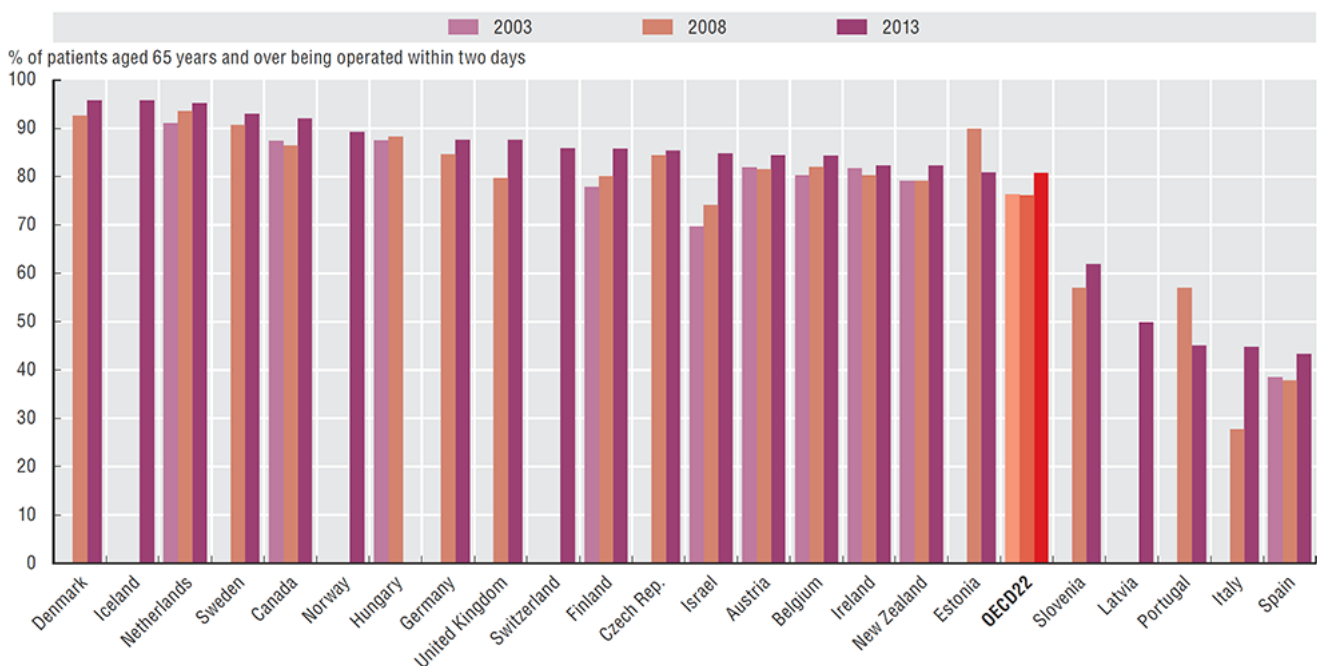


Figura 1:

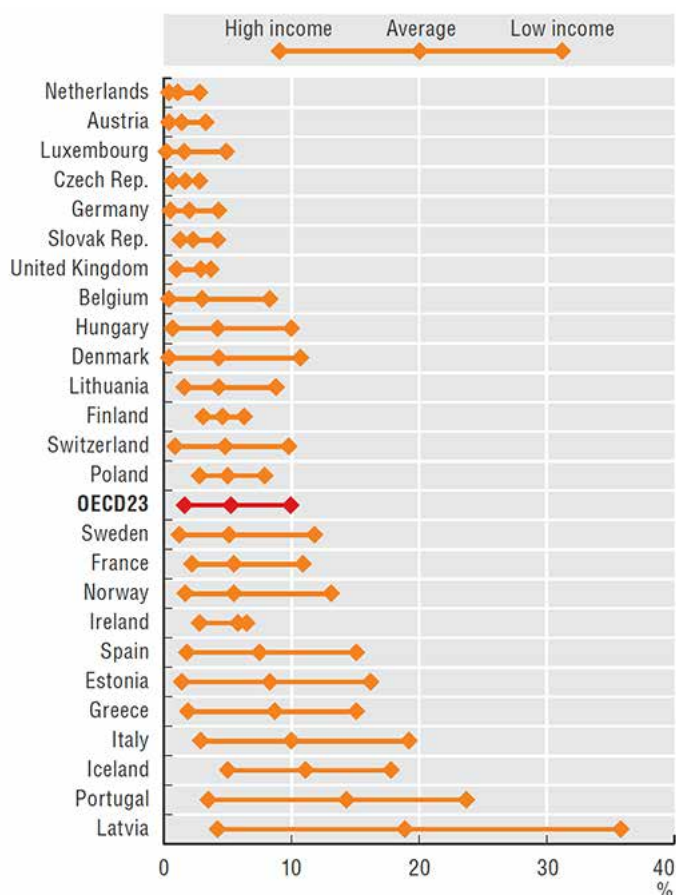


Figura 2:

interventi sono efficaci/non efficaci, appropriati/non appropriati. Le decisioni devono tener conto dell'individuo e hanno contorni sfumati.

Dobbiamo essere consapevoli che in medicina esiste un'ampia area d'incertezza e di non conoscenza e che la cura si giova, oltre che del sapere scientifico, anche di saperi che riguardano la persona, quali la filosofia, l'antropologia, l'etica. Come ci ricorda Richard Feynman (premio Nobel per la fisica): *se un aspetto del mondo non è scientifico non significa che ci sia qualcosa che non va, è solo non scientifico, tutti li.*

Per essere dei bravi medici, dunque, non basta essere dei bravi scienziati, perché le conoscenze sulle malattie e sulla salute sono ancora molto frammentate.

Basti pensare che:

- almeno la metà di ciò che costituisce la pratica clinica corrente non è basata su valide prove di efficacia¹⁶;
- due terzi delle 9.400 raccomandazioni rintracciabili su - UPToDate sono poco consistenti sul piano scientifico e poco adatte ad essere utilizzate in modo standardizzato e uniforme¹⁷;
- il 90% delle persone riferisce che nell'ultima settimana ha sofferto di vaghi malesseri e disturbi privi di base organica (*Medical Unexplained Symptoms*)

verso i quali la medicina è alquanto impotente: mal di schiena, affaticamento, mal di testa, congestione nasale, disturbi del sonno, dolori articolari o muscolari, irritabilità, ansietà, perdita di memoria¹⁸...

Insomma c'è un grande divario tra ciò che la medicina scientifica è in grado di fare e le aspettative della gente. La maggior parte delle persone, però, pensa che la medicina sia una scienza e che la tecnologia sia in grado di fare miracoli e quindi alle loro richieste d'aiuto pretende risposte pronte e sicure. Nel ruolo del medico non c'è posto per l'ignoranza e nessuno lo ha educato all'arte di comunicare. Così il medico utilizza gli strumenti di cui dispone e in cui la gente ripone la fiducia: esami, farmaci e interventi chirurgici.

■ Troppa tecnologia

La tecnologia ha completamente sovvertito il modo di affrontare i problemi. L'estensione alla biologia del paradigma riduzionistico ha trasformato il paziente in un cumulo di organi, di cellule e di parametri biologici e i medici sono diventati dei bravi *meccanici biologici*.

Malattia e salute devono trovare conferma in un indice funzionale, in un parametro o in un'immagine. Senza l'aiuto della tecnologia non si può essere né malati, né sani. Tutto deve essere certificato in modo oggettivo. In nome della sicurezza non posso neppure fare dello sport. Secondo le nuove norme sulla certificazione sportiva, in Italia (unico Paese al mondo), senza un certificato medico che attesti lo stato di buona salute (con tanto di elettrocardiogramma) non possiamo giocare a tennis, né fare una nuotata in piscina in un club sportivo. Possiamo però giocare a bridge, al biliardo e a bocce, con esclusione delle bocce in volo (forse per il rischio di prendersela in testa).

Da qualche tempo si parla di medicina personalizzata, ma purtroppo non è la medicina attenta alla persona di cui parla Slow Medicine, ma la traduzione piuttosto infelice della *precision medicine*, l'exasperazione riduzionistica che pensa di poter trovare nel DNA le soluzioni ai nostri problemi di salute. Secondo due autorevoli studiosi del CDC di Atlanta e della Boston University è molto improbabile, però, che la medicina di precisione possa migliorare la salute della popolazione. La patogenesi delle malattie cronic-degenerative è straordinariamente complessa e le associazioni genetiche hanno ben poco rilievo rispetto all'effetto dei comportamenti, dell'ambiente e dei fattori sociali¹⁹.

■ La concezione sistemica della salute

L'approccio riduzionista ci ha insegnato a separare, analizzare, misurare, classificare e ad agire su singoli fattori, ma per comprendere la persona c'è bisogno di connettere, ascoltare, descrivere, mettere in relazione. La persona è qualcosa di diverso dalla somma delle reazioni chimiche che si producono nelle sue cellule.

Occorre riscoprire la persona perché salute e malattia, come ben ci ricorda Giorgio Bert²⁰, *si collocano su una*

linea continua che ha due estremità tra le quali non ci sono né interruzioni né censure: solo una costante oscillazione. Il paziente deve essere ascoltato e aiutato a decidere le cure più adatte alle sue esigenze, ai suoi valori, alle sue aspettative. Il professionista sanitario ha le competenze tecniche ma il paziente è il migliore conoscitore di se stesso²¹.

Occorre quindi riallineare scienza e umanesimo perché il mondo della cura si avvale di tutto ciò che viene studiato e provato con l'approccio scientifico ("evidence-based"), ma contiene anche un ampio spazio non scientifico di cui il professionista deve tener conto. È il lato umanistico della medicina (il mondo delle relazioni), quello che riguarda i sentimenti, gli stati d'animo, i piaceri, le aspettative, i valori. D'altra parte, contesto di cura, empatia, rispetto, aspettativa di un beneficio, speranza di guarire, svolgono un ruolo cruciale nella guarigione e agiscono in modo indipendente dal principio attivo che viene somministrato²² e si è visto che una buona relazione medico-paziente influenza positivamente l'esito delle cure²³.

■ Slow medicine: un cambio di paradigma

Da queste considerazioni, nel 2011, nasce Slow Medicine, un movimento che si propone di introdurre un approccio sistemico alla salute e alle cure, promuovendo una medicina che si riconosce in tre parole chiave: *sobria*, perché agisce con moderazione, gradualità e senza sprechi; *rispettosa*, perché è attenta alla dignità della persona e al rispetto dei suoi valori; giusta perché impegnata a garantire cure appropriate per tutti²⁴.

In breve tempo l'associazione si è diffusa in ambito nazionale e internazionale cogliendo le diverse istanze di cambiamento che giungono dai professionisti, dai pazienti e dai cittadini che sempre più numerosi si rendono conto degli abusi di una medicina troppo succube agli interessi del mercato e troppo concentrata sui meccanismi fisiopatologici delle malattie.

In questo senso Slow medicine propone di affiancare all'approccio culturale dominante di tipo biomedico-riduzionista, un approccio sistemico, dove l'attenzione è rivolta alla persona e alle sue relazioni con la sfera familiare e sociale. Slow medicine ci ricorda, cioè, che salute e malattia sono fenomeni complessi e che la persona non è semplicemente una macchina biologica.

Sul piano operativo Slow Medicine ha lanciato diversi progetti, tra i quali ricordiamo: *Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy, Scegliamo con cura, Ospedali e territori slow, Buongiorno io sono, Coltiviamo la salute*, la cui descrizione si può trovare sul sito dell'Associazione²⁵.

Bibliografia

1. Sen A: Health: perception versus observation. *BMJ* 2002; 324:860-1.

2. Illich I: *Nemesi Medica*, 1976.
3. Garfinkel D, Mangin D: Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults. *Arch Intern Med*. 2010;170(18):1648-1654.
4. Jullum N K et al: Exercise therapy versus arthroscopic partial meniscectomy for degenerative meniscal tear in middle aged patients: randomised controlled trial with two year follow-up. *BMJ* 2016;354:i3740 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i3740>.
5. Guermazi A, Niu J et al: Prevalence of abnormalities in knees detected by MRI in adults without knee osteoarthritis: population based observational study (Framingham Osteoarthritis Study). *BMJ* 2012;345:e5339.
6. Zisberg A et al: Hospital associated functional decline: the role of hospitalization processes beyond individual risk factors: *J Am Geriatr Soc* 2015;63:55-62; doi:10.1111/jgs.13193.
7. Krogsbøll L T et al: General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012; 345: e7191.
8. Saquib N et al: Does screening for disease save lives in asymptomatic adults? Systematic review of meta-analyses and randomized trials. *International Journal of Epidemiology*, 2015, 1-14.
9. Moynihan R N et al: Expanding Disease Definitions in Guidelines and Expert Panel Ties to Industry: A Cross-sectional Study of Common Conditions in the United States. *PLoS Med* 2013, 10(8): e1001500. doi:10.1371/journal.pmed.1001500.
10. <http://www.bmj.com/too-much-medicine>.
11. Grady D, Redberg RF: Less Is More. How Less Health Care Can Result in Better Health. *Arch Intern Med*. 2010;170(9):749-750. doi:10.1001/archinternmed.2010.90.
12. Baicker K, Chandra A: Medicare Spending, The Physician Workforce, And Beneficiaries' Quality Of Care". *Health Affairs* published online April 7, 2004.
13. Cristofaro M et al: Appropriateness: analysis of outpatient radiology requests. *Radiol Med*. 2012 Mar;117(2):322-32.
14. AGENAS - Programma Nazionale Esiti. <http://95.110.213.190/PNEed15/index.php>.
15. OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.
16. BMJ Evidence Center: *Clinical Evidence Handbook* 2012.
17. Benjamin D: Evidence-Based Practice Is Not Synonymous With Delivery of Uniform Health Care. *JAMA* 2014; 312: 1293-94.
18. Petrie KJ et al: How common are symptoms? Evidence from a New Zealand national telephone survey. *BMJ Open* 2014; 4:e005374.
19. Khoury MJ, Galea S: Will Precision Medicine Improve Population Health? *JAMA* Published online August 18, 2016. 10.1001/jama.2016.12260.
20. Bert G: *L'arte medica tra direttività e visione sistemica: medico meccanico o medico giardiniere?*
21. Quadrino S: *Ascolti, dottore...* Edizioni Change 2015.
22. Benedetti F: *Il cervello del paziente*. Giovanni Fioriti editore 2012.
23. http://www.aiems.eu/archivio/files/riflessioni_sistemiche_n_14.pdf. Kelley JM et al: The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS ONE* 2014; 9(4): e94207. doi:10.1371/journal.pone.0094207.
24. Bert G, Gardini A, Quadrino S: *Slow Medicine, Perché una medicina sobria, rispettosa e giusta è possibile*. Sperling & Kupfer 2013.
25. Slow medicine: <http://www.slowmedicine.it/>.