

# APPROPRIATEZZA E SALUTE: UNA RISPOSTA SLOW TRA CONOSCENZA, CULTURA E MERCATO

## Appropriateness and health: a slow answer among knowledge, culture and market

Antonio Bonaldi

Slow Medicine, Italia

### Keywords

Appropriateness  
Slow medicine  
Quality of care  
Patient involvement  
Overtreatment

### Abstract

The ministerial Decree of December 9, 2015, was born with the aim to establish the conditions of deliverability and prescriptive appropriateness of some outpatient services, but it has caused a big confusion in the troubled world of Italian health care. Actually it's very difficult to establish with a law what physicians have to do or not do in different circumstances of clinical practice. If you look to the scientific literature there is no doubt that a large part of the current health treatments are neither effective nor appropriate and can hurt patients. However the doctor's decisions are affected by many factors, such as the professional credibility, type of requests, patient confidence, margins of uncertainty of the results, cultural context of care delivery and evolution of knowledge, which can hardly be regulated by law. The prescriptive decisions are taken in the encounter between doctor and patient, but this is only the last link of a long chain of events that involve the organizational, social and cultural environment. In fact, people's behaviors are influenced by prevailing culture and market pressure. Slow Medicine proposes to address the issue of appropriateness in a completely different way: through initiatives that start from the bottom, simultaneously involving professionals and patients, without speaking of costs. These conditions characterize some of the projects launched by Slow Medicine: Doing more does not mean doing better, which is part of Choosing Wisely International, Choose with care together, and Slow Hospitals and Community Healthcare. Certainly, it's a complex way and it asks for long times of implementation because it requires an important cultural shift and goes against very big economic interests, but we think that this is the only practicable road.

### Decreto appropriatezza: un provvedimento che ha scontentato tutti

*Tutti scontenti ma un risultato è stato raggiunto: finalmente si parla di appropriatezza.*

Non v'è dubbio che il cosiddetto decreto sull'appropriatezza [1], nato con l'obiettivo di stabilire le condizioni di erogabilità e di appropriatezza prescrittiva di alcune prestazioni ambulatoriali, abbia provocato un grande scompiglio nel già travagliato mondo della sanità. Ciò, nonostante le pronte rassicurazioni del Ministro Beatrice Lorenzin, le sue aperture al dialogo e i suoi lodevoli tentativi di sedare il malcontento. Per ragioni diverse e in gran parte condivisibili, amministratori, medici, pazienti e cittadini hanno contestato l'incongruenza e la farraginosità di applicazione delle norme contenute nel Decreto, nonché le ricadute negative sulla sostenibilità del servizio sanitario pubblico, sul diritto alle cure, sulla libertà professionale, sulla relazione tra medico e paziente, dando origine ad un ampio dibattito, i cui principali punti critici sono stati richiamati in un documento messo a punto dall'Ufficio parlamentare di bilancio [2]. Insomma, molte ombre e poche luci, anche se dobbiamo ammettere che il Decreto ha conseguito un importante e inaspettato obiettivo: risvegliare l'attenzione del mondo politico, professionale e sociale su un tema d'importanza cruciale per la qualità delle cure e la salute delle persone ma che per troppo tempo è stato del tutto trascurato. Il Decreto e i suoi tre allegati non sono stati certo un bell'esempio di come affrontare

un tema delicato come l'appropriatezza prescrittiva, i cui numerosi risvolti pratici si prestano poco ad essere affrontati con un provvedimento di carattere normativo, calato dall'alto e senza il preventivo coinvolgimento di coloro verso cui era diretto. Tant'è che si tentato di porvi rimedio, dapprima emanando una circolare esplicativa [3] e poi annunciando che il Decreto sarebbe stato ritirato e il testo riesaminato da un'apposita commissione ministeriale istituita di concerto con la FNOMCeO. Dopo il vaglio della commissione, le norme sono state inserite nel DPCM di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 7 settembre 2016, e ora al vaglio delle competenti Commissioni parlamentari [4].

Perché non è opportuno affrontare il tema dell'appropriatezza con un atto legislativo? Per tanti motivi; ma la ragione principale è da ricercare nella natura dell'atto medico e nel rapporto di fiducia che contraddistingue la relazione tra medico e paziente. Le decisioni cliniche, infatti, rappresentano la sintesi di un fenomeno complesso e le differenti circostanze che caratterizzano la pratica clinica mal sopportano le eccessive semplificazioni. L'appropriatezza non può assumere un valore assoluto. Non può essere definita attraverso un valore binario del tipo sì o no, come, invece, viene richiesto per il rispetto delle norme. Sulle decisioni del medico agiscono molte variabili, quali la credibilità del professionista, la tipologia delle richieste, la fiducia del paziente, i margini d'incertezza dei risultati, il contesto fisico e soprattutto culturale di erogazione delle cure e, non ultimo, l'evoluzione delle conoscenze. Per avere un'idea di quanto siano mutevoli le nostre certezze, basti ricordare che il 40% delle terapie impiegate in un certo periodo di tempo si è dimostrato inefficace nell'arco dei successivi 10 anni [5]. Tutti questi elementi che caratterizzano l'atto medico dipendono in buona misura dall'instaurarsi di un'effettiva reciprocità nella relazione di cura, che viene ad essere seriamente compromessa da provvedimenti imposti dall'esterno, di tipo formale, burocratico, sanzionatorio, che dovrebbero essere validi per tutti e per sempre.

## L'appropriatezza delle cure è un problema oppure no?

*Una parte consistente delle cure non sono né efficaci né appropriate, e soprattutto possono fare male.*

Le contrarietà emerse nell'affrontare l'appropriatezza avvalorano l'ipotesi che bisogna lasciare le cose come stanno? Il medico deve essere "libero" di fare quel che vuole? Una buona medicina deve essere senza regole? Si tratta solo di risparmiare? Insomma, va tutto bene? Neanche per sogno.

Chiunque legga la letteratura scientifica sa molto bene che una parte consistente delle cure correnti non sono né efficaci, né appropriate e soprattutto possono fare male ai pazienti. I dati reperibili nella letteratura sono innumerevoli. Per esempio, sono inappropriate quasi la metà delle indagini radiologiche ambulatoriali [6], il 50% delle angioplastiche eseguite su pazienti con angina stabile [7], fino al 90% degli antibiotici prescritti per le infezioni delle vie aeree superiori e gran parte delle artroscopie eseguite nei pazienti con artrite del ginocchio [8]. Sappiamo anche che i check-up (test eseguiti a persone in buona salute per individuare precocemente una malattia) non servono a nulla [9,10], che almeno il 20% dei farmaci sono prescritti per indicazioni non validate dalla ricerca e che per certi farmaci tale percentuale raggiunge addirittura l'80% [11]. Questi e moltissimi altri dati sono facilmente reperibili sulle più accreditate riviste internazionali e sono oggetto di presentazione e di discussione nei congressi medici, senza suscitare nessuno scandalo tra i professionisti e nella totale indifferenza dei media. Si badi bene che la questione non è semplicemente un problema di natura economica (spreco di risorse per assicurare prestazioni inutili) ma riguarda la salute delle persone. Ci sono crescenti evidenze, infatti, che da un eccesso di prestazioni diagnostiche, di trattamenti farmacologici e di interventi chirurgici possono conseguire seri danni alla salute delle persone [12, 13].

Gli stessi medici, d'altra parte, sono perfettamente consapevoli del fenomeno, considerato che da un'indagine condotta recentemente da FNOMCeO e Slow Medicine su un campione di 3.688 medici, risulta che il 93% dei medici considera la prescrizione di test o trattamenti inutili un problema serio, il 44% riferisce che nella pratica clinica i pazienti richiedono test inutili più di una volta alla settimana e il 79% ritiene che il medico sia la figura più adatta per affrontare la prescrizione di test, trattamenti e procedure non necessari [14].

Si pone quindi un problema di natura etica che chiama in causa direttamente i medici perché si assumano la responsabilità di adottare, in modo autonomo, idonee misure correttive [15], anche perché l'insopportabile spreco di risorse impiegate per assicurare prestazioni inutili e dannose, limita l'accesso dei pazienti a prestazioni efficaci e contribuisce ad allungare le liste d'attesa per prestazioni essenziali. L'appropriatezza, infatti, non riguarda solo l'eccesso di prestazioni prescritte senza un favorevole rapporto tra benefici e rischi, ma comporta anche il sotto-utilizzo di servizi utili come ad esempio le cure domiciliari per malati cronici, malati terminali e disabili.

## Un difficile equilibrio tra conoscenza, cultura e mercato

Negare che esista il problema dell'appropriatezza, minimizzarne gli effetti sulla salute e sulle finanze o far finta che la questione non riguardi la pratica professionale dei medici ci sembra davvero un atteggiamento ingenuo, oltre che sbagliato. Tuttavia, il problema non riguarda solo i professionisti. Certo, la prescrizione si compie nell'incontro tra medico e paziente, ma questo rappresenta solo l'ultimo anello di una lunga catena di eventi che chiamano in causa l'intero contesto organizzativo, sociale e culturale in cui maturano le decisioni. La prescrizione, infatti, non dipende solo dalle specifiche circostanze entro le quali si compie, ma è inserita in un complesso sistema di fattori che interagiscono e si influenzano in modo reciproco. Molti di questi fattori, pur non essendo direttamente collegati alle circostanze, condizionano pesantemente le decisioni perché agiscono sui comportamenti delle persone e il loro modo di pensare, determinano ciò che è ritenuto desiderabile e importante e stabiliscono quello che deve essere incoraggiato o evitato. Tra questi fattori ne ricordiamo tre: la conoscenza, la cultura e il mercato.

## La conoscenza

*Dobbiamo prendere atto che le conoscenze sulle malattie e la salute sono ancora frammentarie e incomplete e che possiamo vivere serenamente accettando un certo grado d'incertezza.*

È del tutto evidente che le decisioni del medico debbano basarsi sulle migliori conoscenze scientifiche. Nel corso del tempo la medicina ha fatto un lungo percorso di maturazione e di avvicinamento al metodo scientifico e sarebbe davvero insensato non tenerne conto per lasciare spazio alle lusinghe di ciarlatani e speculatori che, come si è visto con le finte cellule staminali, sono pronti a sfruttare l'ingenuità di chi è già crudelmente colpito dal dolore.

Tuttavia, senza arrivare a questi estremi, in medicina si osserva un ampio divario tra ciò che si sa (o si presume di sapere) e ciò che viene utilizzato nella pratica clinica. Innanzitutto perché in campo diagnostico le decisioni dipendono in buona misura dal ragionamento clinico, dall'osservazione del paziente, da ciò che racconta e dalla formulazione di possibili ipotesi diagnostiche attraverso un processo iterativo fatto di quesiti, di conferme e di smentite, di errori e di aggiustamenti. Ma soprattutto perché dobbiamo prendere atto che le conoscenze sulle malattie e la salute sono ancora frammentarie e incomplete. Basti pensare che solo la metà di oltre 3.300 prestazioni di uso corrente è basata su valide prove di efficacia [16] e che due terzi delle 9.400 raccomandazioni rintracciabili su UPToDate (una tra le fonti d'informazione clinica "evidence based" più utilizzate dai medici quale supporto decisionale) sono "deboli", cioè poco consistenti sul piano scientifico e poco adatte ad essere utilizzate in modo standardizzato e uniforme [17].

Dobbiamo, quindi, rassegnarci a convivere con l'incertezza, in quanto, nonostante gli straordinari successi raggiunti in alcuni campi della medicina, gran parte dei fattori che determinano la salute o la malattia restano sostanzialmente ignoti. Ciò riguarda sia le patologie che minacciano la vita (i tumori, i disturbi del metabolismo, le patologie mentali e neurologiche, le malattie rare) sia i piccoli disturbi e i vaghi malesseri privi di base organica (*Medical Unexplained Symptoms*) di cui la nostra esistenza è intrisa e per i quali ciascuno di noi trova semplici e ingegnosi espedienti, trucchi e rimedi antichi o moderni, non certo *evidence-based*, ma che a volte, almeno per il diretto interessato, funzionano. Per capire la dimensione del fenomeno basti ricordare che il 90% delle persone riferisce che nell'ultima settimana ha sofferto di sintomi verso i quali la medicina è piuttosto impotente, quali, ad esempio, mal di schiena, affaticamento, mal di testa, congestione nasale, disturbi del sonno, dolori articolari o muscolari, irritabilità, ansietà, perdita di memoria e via discorrendo [18].

Il problema è che la gente dal medico ci va per trovare una soluzione alle sue malattie e ai suoi malesseri. In altre parole, il paziente vuole dare un nome ai sintomi che lo affliggono, individuare una causa dei suoi disturbi, ricevere comprensione, cure e prospettive di guarigione. Il paziente ha imparato che la medicina è una scienza e che la tecnologia è in grado di fare miracoli. Così è portato a credere che la mancanza di risposte sia da attribuire all'ignoranza del medico (qualche volta ha pure ragione) e non all'impotenza della medicina e che da qualche parte esiste qualcuno che saprà suggerire una soluzione. Non per nulla oltre la metà della popolazione non è soddisfatta delle cure che riceve e dopo aver peregrinato nei tortuosi meandri della scienza ufficiale approda alle medicine alternative.

Di fronte alla valanga di problemi che non può gestire con l'aiuto della scienza e incalzato dalle irrealistiche aspettative della gente, il medico si trova disorientato e impotente, perché nel suo ruolo non c'è spazio per l'ignoranza e nessuno lo ha educato all'arte di comunicare. Così, coerentemente con quanto gli è stato insegnato per tutto il corso degli studi, il medico utilizza gli strumenti di cui dispone e in cui anche la gente ripone la propria fiducia: prescrivere esami, farmaci e interventi chirurgici, anche quando non ce n'è bisogno, non servono a nulla e possono essere dannosi.

Ecco quindi emergere la figura del medico iperprescrittore che reagisce alle aspettative e alle ansie dei pazienti, e alla paura di incorrere in conseguenze di natura medico-legale attraverso un uso smodato della tecnologia. Secondo un recente studio condotto dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), il 58% dei medici italiani dichiara di praticare la medicina difensiva e il 93% ritiene che il fenomeno sia destinato a diffondersi ulteriormente. Il 33% degli esami strumentali e di laboratorio e il 16% delle visite specialistiche sono richiesti a scopo difensivo, per un valore complessivo di 9-10 miliardi di euro, pari al 10% della spesa sanitaria [19].

Così pian piano, la tecnologia ha completamente sovvertito il modo di affrontare i problemi. Il paziente è diventato un insieme di organi, di cellule e di parametri biologici e il medico, come ben ci ricorda Giorgio Bert, ha smarrito la dimensione sistemica della salute, riducendola alla diagnosi e al trattamento delle malattie [20]. La malattia deve necessariamente trovare conferma nell'alterazione di un indice funzionale o di un'immagine. Non si può essere malati senza che lo dimostri la tecnologia, né essere sani con un parametro alterato e sappiamo bene quanto sia facile trovare una piccola anomalia in ciascuno di noi: basta saperla cercare. Per esempio, l'85% delle persone asintomatiche sopra i 60 anni che si sottopone ad una RM al ginocchio scopre di avere qualche tipo di anomalia che, una volta evidenziata, dovrà essere trattata, ancorché inutilmente [21]. Perfino la salute deve essere certificata. Non basta sentirsi in perfetta forma, bisogna essere in grado di dimostrarlo. Le leggi, i regolamenti, la cultura, le credenze, le abitudini, il mercato, le assicurazioni, tutto sembra congiurare verso una deriva consumistica senza fine. Basti pensare che l'Italia, sulla base di un unico studio retrospettivo, molto criticato sul piano scientifico [22], è l'unico Paese al mondo ad avere una legge che impone alle persone in buona salute di eseguire una visita medica con ECG per svolgere attività sportiva non agonistica. Altro che appropriatezza e promozione dello sport.

## La cultura

*Nell'illusione che fare di più sia sempre meglio, c'è una generale tendenza a sopravvalutare gli effetti positivi e a sottovalutare i rischi associati alle prestazioni sanitarie.*

Se intendiamo per cultura l'insieme dei saperi, delle credenze, dei costumi e delle abitudini che contraddistinguono un'organizzazione sociale, possiamo dire che per quanto riguarda la salute, i cittadini sono vittime di un modello culturale che assegna alla tecnologia un ruolo ben più rilevante di quello a cui realisticamente potrebbe aspirare. Nell'illusione che fare di più sia sempre meglio, c'è una generale tendenza a sopravvalutare gli effetti positivi e a sottovalutare i rischi associati alle prestazioni sanitarie, che di solito sono più rari e hanno tempi più lunghi per essere scoperti. La storia della medicina, anche recente, ci dovrebbe consigliare più prudenza. Basti pensare alle migliaia di bambini nati senza gli arti a causa della talidomide o alle migliaia di morti attribuibili al Vioxx [23].

In questo senso i giornalisti, soprattutto quelli che si occupano di scienza, hanno una grande responsabilità. Di fatto, ciò che produce cultura e orienta i comportamenti non sono le pubblicazioni sulle riviste scientifiche, lette da pochi esperti del

settore, ma quello che riportano i principali mezzi di comunicazione (stampa, media, social network, blog), dove spesso non prevale l'informazione ma ciò che fa notizia, che incuriosisce, intriga, fa clamore, emoziona. Spesso si tratta di un concentrato di slogan, bufale e miti sostenuti da interessi commerciali, tra cui è difficile orientarsi e farsi un'opinione, anche perchè è piuttosto raro trovare giornalisti che parlano di scienza e medicina in modo critico o che affrontano il problema della sovradiagnosi e dell'eccesso di trattamenti. Ecco qualche titolo esemplificativo tratto dalla stampa nazionale: *“La risonanza a 7 tesla può scrutare dentro l'anima”*, *“Big Pharma rompe l'ultima frontiera: basta una pillola anche per il lutto”*, *“Dall'Inghilterra un test del sangue calcola l'aspettativa di vita”*, *“Shopping compulsivo, arriva la cura con una pillola”*, *“Addio al mal di testa: la cervicale si combatte con la neurochirurgia”*. Oltretutto, articoli e video che incoraggiano il ricorso a prestazioni inappropriate raggiungono contemporaneamente migliaia di persone e sono, quindi, molto più efficienti nell'indurre prestazioni inappropriate rispetto alle singole prescrizioni del medico, con l'aggravante che la propaganda non è sottoposta ad alcun controllo di merito, né può essere sanzionata.

Certo è che le redazioni e i giornalisti dovrebbero assumere un atteggiamento più scientifico e più critico nei confronti della medicina, dovrebbero accertarsi sui possibili conflitti d'interesse quando si affidano agli “esperti” e dovrebbero evitare di diffondere messaggi che alimentano sprechi e producono effetti diseducativi e dannosi per la salute. Si calcola che almeno la metà delle raccomandazioni attinenti alla salute formulate nei talk show non siano basate su prove scientifiche o siano contraddette dalle conoscenze disponibili [24].

Recentemente mi è capitato di leggere su un quotidiano un articolo che promuoveva lo screening mammografico riportando il parere di un medico (responsabile del centro senologico di una clinica privata-convenzionata, con sede nello stesso ambito territoriale del quotidiano) che invitava le donne a sottoporsi ad un esame ecografico del seno a partire dai vent'anni (perché non si sa mai). Dato che si tratta di un'informazione scientificamente infondata e non priva di rischi per la salute delle donne ho scritto al giornale richiamando giornalisti e medici ad adottare un comportamento più etico, ma, come si può immaginare, con ben scarsi risultati pratici.

Comunque, qualche lodevole tentativo di educare i pazienti verso un atteggiamento più consapevole nei confronti di scoperte mediche e farmaci miracolosi è stato recentemente proposto da Altroconsumo, dall'Istituto Mario Negri e dall'AIFA, ma il cammino ci sembra ancora molto lungo e impervio [25-27].

## Il mercato

---

***Non importa se ciò che viene offerto dal mercato è esattamente quello che la scienza ci raccomanda di evitare: ciò che conta è consumare.***

---

Su tutto ciò incombe il mercato con i suoi enormi interessi e le sue potenti e sottili arti di convincimento volte a individuare nuovi clienti e aumentare i profitti. Per il mercato le persone sono solo dei potenziali consumatori e tutto è finalizzato a mettere a punto nuovi prodotti miracolosi che promettono salute, benessere, energia e felicità a buon mercato. Come ci ricorda Ray Moynihan dalle pagine del BMJ, *si possono fare un sacco di soldi se si riescono a convincere le persone in buona salute di essere malate* [28]. I modi utilizzati dall'industria per indurre il consumo di prestazioni sanitarie sono molteplici e John Ioannidis, un autorevole epidemiologo e professore di medicina alla *Stanford University School of Medicine*, ci ricorda che ci stiamo avviando a grandi passi verso la *“finance-based medicine”*, dove l'interesse principale non è quello di garantire la salute ma di raggiungere la più ampia fetta possibile di mercato [29].

Un modo raffinato di incoraggiare il consumismo sanitario è quello di abbassare le soglie di normalità dei parametri biologici (pressione arteriosa, lipidi, colesterolo, glicemia, vitamina D, densità ossea), per poi ricondurli alla norma con l'uso di farmaci. Per esempio, le nuove linee guida per il trattamento del colesterolo, definite dall'*American College of Cardiology* nel 2013, hanno di colpo aumentato di 12,8 milioni, il numero di americani, senza malattie cardiovascolari, da trattare con statine [30]. Pur riconoscendo l'importanza dei fattori di rischio, negli ultimi anni i confini dei valori considerati patologici si sono allargati a tal punto che, in pratica, tutti gli anziani sono classificati “a rischio” e quindi virtualmente candidati ad assumere uno o più farmaci [31].

Uno dei settori più seducenti del mercato sanitario è quello associato alla diagnosi precoce, nella convinzione, spesso fallace, che individuare una malattia prima che si manifesti sia sempre utile. Questo ragionamento si basa sull'assunzione che tutte le malattie siano inevitabilmente destinate a progredire da una fase pre-sintomatica ad uno stadio conclamato e che solo riconoscendole in anticipo sia possibile modificarne il decorso. Sul piano scientifico è noto che non è quasi mai vero: gli studi dimostrano che i benefici, se ci sono, sono marginali mentre è alto il rischio di subire trattamenti inutili e dannosi. Ma è difficile parlarne (sia con i professionisti che con i cittadini) perché le argomentazioni che sostengono il contrario sono contro-intuitive. Così, nonostante sia stato scientificamente dimostrato che i check-up non riducono la mortalità e non prevengono alcuna malattia, continuano ad essere ampiamente richiesti, sia dai medici che dai pazienti. Basta digitare check-up su google per rendersi conto del business straordinario che si cela dietro questo tipo di prestazioni. Non importa se ciò che viene offerto è esattamente quello che la scienza ci raccomanda di evitare: ciò che conta è fare di più. Le lusinghe della propaganda sono di gran lunga più seducenti di qualsiasi invito alla ragione. D'altra parte per anni ci è stato insegnato che prevenire è meglio che curare e a rigor di logica il medico che consiglia di eseguire un test non rischia nulla e avrà in ogni caso la gratitudine del paziente, sia che il test sia positivo che negativo. Insomma, *eseguire un test di screening è come prendere un biglietto alla lotteria: la maggior parte delle persone perde, raramente qualcuno vince. Nel caso dello screening, l'unica differenza è che sono tutti convinti di aver vinto.*

## Una proposta Slow

*Il medico deve utilizzare cure scientificamente provate ma anche instaurare una relazione di cura con il paziente, fatta di visita, ascolto, suggerimenti, sostegno.*

In accordo con l'approccio sistemico che caratterizza le sue scelte, Slow Medicine propone di affrontare la questione dell'appropriatezza attraverso iniziative che partono dal basso, che coinvolgono simultaneamente professionisti e pazienti e che non parlano di costi. Ai professionisti, in particolare, viene chiesto di assumersi la diretta responsabilità di adeguare la pratica clinica alle migliori conoscenze disponibili, di migliorare la comunicazione con i pazienti e di coinvolgerli nelle decisioni, mettendo in luce i pro e i contro delle diverse soluzioni. Ai pazienti viene raccomandato di mantenere un atteggiamento più critico nei confronti della medicina in generale, di mitigare le attese irrealistiche riposte nella tecnologia, di essere meno acquiescenti verso il consumismo sanitario, di diffidare di chi propone cure miracolose e di vivere serenamente, accettando l'idea che un certo grado d'incertezza è insito nel dispiegarsi degli avvenimenti. Questi presupposti caratterizzano alcuni dei progetti avviati da Slow medicine: *Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy*, che è parte di Choosing Wisely International, *Scegliamo con cura, Ospedali e Territori Slow* [32]. In questi tre progetti le prestazioni a rischio d'inappropriatezza non sono calate dall'alto, ma individuate dai medici e dagli altri professionisti sanitari. Al centro dell'interesse permangono la relazione e il dialogo con i pazienti e i cittadini che sono informati sui benefici e i possibili danni provocati da esami e trattamenti, in modo di giungere ad una decisione condivisa.

Le 180 pratiche a rischio d'inappropriatezza finora individuate dalle 34 società scientifiche e associazioni professionali italiane aderenti al progetto *Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy* non sono, quindi, da intendere come liste di esclusione bensì come pratiche da utilizzare dopo un'attenta valutazione del professionista, supportata dal dialogo con il paziente. L'appropriatezza clinica, infatti, si può migliorare solo se pazienti e cittadini prendono coscienza che esami e trattamenti inappropriati, oltre che uno spreco, rappresentano una minaccia per la loro salute a causa dei danni provocati dalle radiazioni ionizzanti, degli effetti collaterali dei farmaci, delle complicanze attribuibili alle procedure invasive, ai falsi positivi e soprattutto alle sovradiagnosi. Il progetto, a partire dalle procedure individuate dalle società scientifiche, si propone di incoraggiare il dialogo tra medico e paziente, sottolineando che in medicina fare di più non è sempre meglio. Medico e paziente sono i veri protagonisti del progetto, in un rapporto di ascolto e di fiducia che non deve essere condizionato dal timore del medico di incorrere in sanzioni amministrative.

Oggi, l'eccessiva fiducia riposta nelle tecnologie ha offuscato il valore curativo dell'interazione tra medico e paziente. Slow Medicine ritiene che un buon medico deve avva-

lersi di interventi scientificamente provati ma deve anche essere capace di instaurare una relazione di cura con il paziente, fatta di visita, ascolto, suggerimenti, consigli, decisioni condivise e solo alla fine di prescrizioni. Certo, è una strada complessa e richiede tempi lunghi di attuazione perché esige un importante cambiamento culturale e va contro imponenti interessi economici. Siamo convinti, però, che il viaggio sia già iniziato.

## Bibliografia

- [1] Decreto Ministeriale 9 dicembre 2015. Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.
- [2] Ufficio parlamentare di bilancio: L'intervento per l'appropriatezza della specialistica ambulatoriale. [http://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2016/07/Focus\\_4.pdf](http://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2016/07/Focus_4.pdf)
- [3] Circolare del Ministero della Salute del 25 marzo 2016. Prime indicazioni attualmente necessarie all'applicazione del Decreto Ministeriale 9 dicembre 2015.
- [4] <http://www.regioni.it/sanita/2016/09/12/conferenza-stato-regioni-del-07-09-2016-intesa-sullo-schema-di-decreto-del-presidente-del-consiglio-dei-ministri-di-aggiornamento-dei-livelli-essenziali-di-assistenza-lea-475052/>.
- [5] Prasad VK, Cifu AS. *Ending Medical Reversal: Improving Outcomes, Saving Lives*. Johns Hopkins University Press 2015.
- [6] Cristofaro M1, Busi Rizzi E, Schininà V, et al. Appropriateness: analysis of outpatient radiology requests. *Radiol Med*. 2012 Mar; 117(2): 322-32.
- [7] Chan PS. Appropriateness of Percutaneous Coronary Intervention. *JAMA*. 2011; 306(1): 53-61.
- [8] Korenstein D1, Falk R, Howell EA, et al. Overuse of Health Care Services in the United States. An Understudied Problem. *Arch Intern Med*. 2012; 172(2): 171-178.
- [9] Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhoj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012; 345: e7191.
- [10] Saquib N, Saquib J, Ioannidis JP. Does screening for disease save lives in asymptomatic adults? Systematic review of meta-analyses and randomized trials. *International Journal of Epidemiology*, 2015, 1–14.
- [11] Lenzer J. Ending "corrupt" practices in medicine: Harvard conference report. *BMJ* 2015; 350: h2618.
- [12] Gawande A. Overkill: An avalanche of unnecessary medical care is harming patients physically and financially. What can we do about it? *Annals of Health Care* may 11, 2015.
- [13] Moynihan R1, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ* 2012; 344: 19-23.
- [14] Indagini esami diagnostici, trattamenti e procedure ritenuti non necessari <https://portale.fnomceo.it/fnomceo/showArticolo.2puntOT?id=149393>
- [15] Brody H. From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance. *N Engl J Med* 2012; 366: 1949-51.
- [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 KJ1, Faasse K, Crichton F, Grey A. How common are symptoms? Evidence from a New Zealand national telephone survey. *BMJ Open* 2014; 4: e005374.
- [19] AGENAS 2014. <http://www.agenas.it/convegno-agenas-sulla-medicina-difensiva>
- [20] Bert G. L'arte medica tra direttività e visione sistemica: medico meccanico o medico giardiniere? [http://www.aiems.eu/archivio/files/riflessioni\\_sistemiche\\_n\\_14.pdf](http://www.aiems.eu/archivio/files/riflessioni_sistemiche_n_14.pdf)
- [21] Guermazi A1, Niu J, Hayashi D, 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.
- [22] Cohen D. Data on benefits of screening for sudden cardiac death are withheld. *BMJ* 2016; 353: i2208.
- [23] Horton R. Vioxx, the implosion of Merck, and aftershocks at the FDA. *Lancet* 2004; 364: 1995-96.
- [24] Korownyk C, Kolber MR, McCormack J. Televised medical talk shows - what they recommend and the evidence to support their recommendations: a prospective observational study. *BMJ* 2014; 349: g7346.
- [25] Altroconsumo. Cure in eccesso: un rischio per la salute. <https://www.altroconsumo.it/salute/dal-medico/speciali/esami-inutili>
- [26] IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" - Centro Cochrane Italiano. Dove sono le prove? Una migliore ricerca per una migliore assistenza sanitaria. 2013. <http://it.testingtreatments.org/wp-content/uploads/2011/10/Dove-sono-le-prove.pdf>
- [27] AIFA. Non ho nulla da perdere a provarlo. Cure "miracolose": Guida per il paziente. 2014. [http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/non\\_ho\\_nulla\\_da\\_perdere\\_a\\_provarlo.pdf](http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/non_ho_nulla_da_perdere_a_provarlo.pdf)
- [28] Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 324: 886-91.
- [29] Lenzer J. Experts and activists discuss how to get "right care" for patients. *BMJ* 2016; 353: i2406.
- [30] Pencina MJ1, Navar-Boggan AM, D'Agostino RB Sr, et al. Application of New Cholesterol Guidelines to a Population-Based Sample. *N Engl J Med* 2014; 370: 1422-31.
- [31] Kaplan RM, Ong M. Rationale and public health implications of changing CHD risk factor definitions. *Annu Rev Public Health* 2007; 28: 321-44.
- [32] Slow medicine: <http://www.slowmedicine.it/>.