

**Slow Medicine: verso un'ecologia della cura**  
**Come modificare un processo di cura basato**  
**sul principio che fare di più significa sempre fare meglio**

di *Andrea Gardini*

Medico, direttore sanitario dell'azienda ospedaliero universitaria di Ferrara.

e *Silvana Quadrino*

Psicologa, psicoterapeuta , formatrice, Istituto CHANGE Torino

**Sommario**

Nel processo della cura si sono insinuati principi che appartenevano al mondo della produzione: la logica efficientistica scollegata da un pensiero forte sull'efficacia; la logica del consumo, che ha portato a un aumento delle richieste di prestazioni, di interventi, di cure. La Slow Medicine introduce un profondo ripensamento della logica delle cure nella direzione di una maggiore sobrietà, di un maggiore rispetto, di una maggiore giustizia

**Summary**

Some principles formerly belonging to the production world have crept in the treating process: the excessive concern with efficiency disconnected from a strong care for effectiveness; the consumer logics, leading to an increasing request for services, surgeries, treatments. Slow medicine deeply reconsiders the treatment logics, turning towards major simplicity, respect , justice.

**Parole chiave**

Cura. Qualità, Efficacia, Sistema, Sostenibilità, Sobrietà, Equità, Rispetto, Giustizia.

**Keywords**

Treatment, Quality, Effectiveness, System, Sustainability, Simplicity, Equity, Respect, Justice

Come siamo arrivati a dirci che il processo della cura va rivisto profondamente, e a percepire l'insostenibilità di una corsa ormai cieca e in apparenza inarrestabile al "fare di più", una corsa in cui non si riesce più a distinguere chi spinge chi, e soprattutto quale è il premio, alla fine?

La risposta è: Ascoltando. Osservando. Nutrendo dubbi. Rifiutando la semplificazione del " la colpa è di...", " basterebbe che...".

E' un fatto che gli ultimi 100 anni siano stati una frenetica corsa al "di più": più abitanti su questo pianeta (in 100 anni la popolazione umana, nonostante una storia terribile di stragi, guerre e uccisioni di massa, è triplicata), più consumo di risorse, senza curarsi troppo del fatto che ciò che si consumava - terre coltivabili, miniere, boschi, mare - non era reintegrabile. Più bisogni, più aspettative, più cose di cui non si può fare a meno.

Gareth Morgan colloca l'inizio di questa gigantesca modificazione di ritmo e di visione del mondo già nel '600: Galileo, Newton, Descartes, l'Illuminismo insomma, con le grandi speranze in un mondo in cui la conoscenza avrebbe sconfitto il buio della povertà, della dipendenza dai capricci della natura, della malattia (G. Morgan, 2006). Il rapporto fra l'uomo e la natura si capovolge, sarà l'uomo a dominarla adesso, ad attingere alle sue ricchezze, alle sue risorse che appaiono inesauribili, per arrivare al benessere, alla felicità: basterà saperle esplorare sempre meglio, quelle risorse, utilizzarle sempre meglio, sapere di più, fare di più.

E naturalmente produrre di più.

Produzione. Guadagno. Potere. Un trionfo inscindibile che si è sempre più consolidato. E chi sono io, Babbo Natale? protesta un industriale in una nota pubblicità natalizia. Chi produce deve guadagnare, certo del suo buon diritto: è lui che mette a disposizione i suoi mezzi di produzione, la sua fabbrica, la sua tecnologia. La logica del "chi possiede ha potere" è semplice, immediata, logica. Facile a quel punto vedere tutto il resto come risorse da usare, sfruttare, consumare: persone comprese. Perché se c'è chi sfrutta, ci deve essere chi è sfruttato. Semplice; logico; indiscutibile. Anche perché il traguardo da raggiungere è così buono; così giusto. Il progresso. Chi oserebbe dire che il progresso deve rallentare perché non c'è mano d'opera sufficiente? Il mondo ne è pieno: i neri dell'Africa per coltivare campi di cotone (il cotone serve, produce ricchezza), i cinesi - ma anche gli irlandesi, e molti indiani - per costruire la prima grande ferrovia transcontinentale degli Stati Uniti (le ferrovie servono, facilitano i commerci, i viaggi, gli scambi; producono ricchezza, sono cosa buona e giusta). E chi oserebbe sostenere che le risorse presenti in paesi "selvaggi" non devono essere usate (a vantaggio di tutti, si intende) da chi ha la conoscenza, e i mezzi, per farlo?

Così comincia un processo: perché si inserisce in modo logico, naturale, appropriato al momento e al contesto. I dissidenti sono pazzi, o cattivi: non capiscono da che parte sta il bene. E allora è logico, giusto emarginarli, allontanarli, punirli; per il bene comune, perché l'ordine e il progresso prevalgano.

### **Produrre di più, consumare di più**

Un processo si avvia nel momento in cui è congruente e sostenibile per il sistema in cui nasce. La sua durata e la possibilità che si arresti o si inverta dipende da quella che viene definita autoregolazione dinamica: *"la capacità del sistema di mantenere i suoi fondamentali equilibri interni anche mentre è sottoposto a vari processi di cambiamento"* (W. B. Cannon, 1939). Le nuove scoperte, la disponibilità di risorse inimmaginate e di inimmaginate possibilità di consumo rappresentano la grande novità del '900. Le guerre, paradossalmente, funzionano da accelerante di questo processo. La logica del "di più" mette radici, e il diritto alla felicità, proclamato dalla Dichiarazione di Indipendenza americana del 1776, si trasforma sempre più chiaramente in diritto al consumo.

Ma il rischio di questa tendenza per gli equilibri del sistema non è ancora evidente. Anzi. E' ancora la storia recente a raccontarci come la corsa del progresso, del “fare di più” , del produrre di più, non solo non mostrasse in quegli anni alcuna tendenza a rallentare, ma prendesse nuovo slancio, grazie (grazie?) all'intuizione di Frederick W. Taylor. Taylor partì dalla raccolta e dall'analisi di tutti gli studi e le conoscenze allora disponibili sulle differenti capacità degli esseri umani a produrre beni materiali, e a partire da questi elaborò le regole per rendere la produzione omogenea, efficiente e più remunerativa e le mise al servizio di un industriale americano, Henry Ford, che proprio in quel momento stava partorendo, per il bene futuro dell'umanità, il grandioso progetto di produrre veicoli semoventi non più trainati da cavalli, ma spinti da un motore a benzina.

Le auto. Velocità. Progresso. Nuovi confini. Lontanissime le preoccupazioni sulle sorti di un mondo invaso dalle automobili, avvelenato dalle esalazioni di un carburante che sarebbe diventato sempre più costoso, e la cui produzione avrebbe sfalsato gli equilibri economici, rendendo ricchissimi i paesi produttori di petrolio e indebitando gli altri. I timori semmai si riferivano allora allo sterco dei cavalli, che secondo alcuni “esperti” avrebbe del tutto sommerso la città di Londra nel giro di pochissimi anni; un po' come i rifiuti a Napoli...

Il secondo principio della termodinamica descrive in modo rigorosamente agghiacciante la tendenza autodistruttiva di un sistema che aumenta le sue richieste e consuma le sue risorse: come scrive Georgescu-Roegen, ogni attività produttiva comporta l'irreversibile degradazione di quantità crescenti di materia ed energia (N. Georgescu-Roegen, 2003): non solo sterco di cavallo, ma scorie tossiche, rifiuti urbani, agenti inquinanti si accumulano e rischiano di danneggiare irreversibilmente l'ambiente. Arrestare o almeno frenare il processo del “di più” diventa però sempre più difficile , anche quando i primi segnali di sofferenza del sistema cominciano a comparire. Perché all'interno di un sistema complesso tentare la frenata è troppo difficile, e perché ci si scontra con la sindrome del dito nella diga: chi deve cominciare a fermare il processo? Perché io? Perché noi? E sarà sufficiente? Servirà a qualcosa? Chi me lo dice?

### **La logica del “di più” nel mondo della cura**

In che modo questa tendenza si andava trasferendo nel mondo della cura, nel mondo della medicina? La descrizione più riuscita dell'effetto inarrestabile del “di più” nel campo della cura è forse quella di Jules Romains in un testo teatrale del 1923 che è stato trasformato più volte in film, Knoch o Il trionfo della medicina. Il “trionfo” è quello del dott. Knoch , che riesce in breve tempo a trasformare tutti gli abitanti del paese in cui è capitato come medico condotto da “malati che ignorano di esserlo” (e che non sentono, quindi, il bisogno di essere curati, e liberati, da ogni minimo sintomo) in frequent attenders ansiosi e preoccupati, e quindi estremamente bisognosi di cure e di farmaci, nonché delle ben retribuite capacità terapeutiche del dottore in questione.

Knoch chiama tutto questo la lumière médicale (J. Romains, 2007). Parecchi anni dopo, in un altro testo che suscitò polemiche a non finire, Il medico della mutua, (reso in modo geniale al cinema da Alberto Sordi) il medico ormai affermato attribuisce alla natura intrinseca dei pazienti i comportamenti che sono stati indotti proprio da quella lumière médicale:

*“All’apparenza i mutuatati sembrano persone normali ..... Quello che li distingue, che li rende mutuatati è un carattere interno, non tanto una specifica malattia, quanto una qualità particolare che gli viene dall’aver in tasca o nella borsa il libretto in regola della mutua. Questo libretto rappresenta il punto di incontro fra mutuatato e medico: non è questione di visita, di malattia, di cura: il mutuatato vuole la ricetta, e il medico vuole segnare la visita.”* (G. D’Agata, 2003)

Il suo consiglio al giovane collega alle prime armi?

*“Anche se gli dici che non ha niente, scrivigli sempre una medicina: se non lo fai, perdi quel mutuatato”* (Ibidem, 2003)

Cosa era successo? Attraverso quali mutazioni genetiche i pazienti prima maniera, quelli ancora non toccati dalla lumière médicale, si erano trasformati in pochi anni in famelici consumatori di farmaci, in questuanti dell’esame e dell’accertamento clinico, in collezionisti di cartelle cliniche e di referti, in adepti della logica “più cure = più salute” ?

Ovviamente, la domanda è mal posta. Quei “mutuatati” sono solo uno degli elementi di un sistema della cura in brutale accelerazione, dopato da quella che è stata definita la sbornia tecnologica della medicina della seconda metà del ‘900 (G. Bert, 2007), e inquinato da una logica organizzativa efficientistica trasferita acriticamente dal mondo della produzione a quello della cura. Un sistema che si avviava anch’esso all’inarrestabile e distruttivo processo dell’aumento delle richieste e del consumo delle risorse.

### **Alla ricerca della qualità nel processo della cura**

Che l’approccio efficientista proposto da Taylor non sia trasferibile nel sistema della cura è stato dimostrato chiaramente da Cochrane: la sua tesi è che, in medicina, l’efficacia (la capacità di un intervento di raggiungere l’obiettivo atteso) viene prima dell’efficienza (la capacità di un intervento di raggiungere l’obiettivo atteso in rapporto alle risorse impiegate). O per lo meno i due principi devono essere entrambi rispettati: non ci può essere efficienza senza efficacia (A.L. Cochrane, 1972)

Ma il problema sta appunto nell’obiettivo: quale è l’obiettivo dell’intervento di cura per il paziente (il mutuatato...) descritto da D’Agata, per il paziente della seconda metà del ‘900, per il paziente degli anni 2000? E quale è l’obiettivo della cura per il medico “della mutua”, per lo specialista, per il riabilitatore, per il palliativista...? E per chi dirige un reparto o un ospedale, per chi amministra, per chi decide le politiche sanitarie? Cosa significa efficienza, cosa significa efficacia, cosa significa qualità?

Donabedian svolse per primo una ricerca accurata sul significato della qualità in ambito sanitario .

La sequenza di parole che individuò per connotare la quality of health care è “struttura – processo – risultato”. Rispetto alla sequenza di Taylor insomma scompare il profitto (che in sanità può solo essere il guadagno in termini di salute da parte del paziente), restano struttura e processo, compare il risultato, o esito delle cure (A. Donabedian, 1990). E viene reso evidente che la qualità percepita, e poi misurata, dell’esito delle cure è inevitabilmente diversa per ciascuno dei tre sottosistemi attivi del sistema della cura: i professionisti, i pazienti, gli organizzatori: ci sono tre punti di vista a volte

incompatibili fra loro che rischiano di muovere il processo verso obiettivi diversi, definendoli tutti

“qualità della cura”. La presenza di obiettivi diversi all’interno di un sistema complesso produce conflittualità, esaspera la logica di potere ( vince uno solo/vince il più forte), riduce lo scambio di energie (la comunicazione) al proprio interno, danneggia irreversibilmente la capacità di autocorrezione e di riprogrammazione del sistema. Per riattivarla, è necessario facilitare la comunicazione fra i sottosistemi attivi per facilitare una progettazione condivisa che superi la conflittualità e la frammentazione delle iniziative . A questo proposito Charles Shaw, uno dei padri del movimento internazionale della qualità in sanità, nel suo saluto celebrativo alla conferenza dell’International Society for Quality in Health Care di Vancouver del 2005 sosteneva:

Le persone che hanno bisogno di cure sanitarie, dalla prevenzione alla riabilitazione, necessitano di poter accedere liberamente ai trattamenti di cui hanno bisogno, hanno il diritto di partecipare alla progettazione del processo di cure e di conoscerne i particolari, devono poter celebrare il successo delle cure assieme ai professionisti che si sono prese cura di loro

Nello stesso modo, dovrebbe essere attivato il confronto e la almeno parziale condivisione degli aspetti di carattere politico, organizzativo, e programmatico, fra professionisti sanitari e amministratori. Cosa che in Italia è in parte avvenuta, almeno per ciò che riguarda i medici del servizio pubblico, attraverso le varie riforme sanitarie che hanno trasformato la funzione puramente clinica del medico in quella di “dirigente di strutture semplici o complesse”, con voce in capitolo, per lo meno sulla carta, anche sugli aspetti organizzativi e programmatici dei servizi sanitari, in un rapporto di continuo confronto e collaborazione con il management: non più solo “dipendenti” ma anche “corresponsabili organizzativi” oltre che, come sempre, “responsabili delle attività cliniche”.

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. Utopia? In realtà, si tratta dei principi fondanti delle riforme sanitarie degli anni ’70, che hanno portato alla consapevolezza provata che cure di buona qualità e una comunicazione appropriata fra gli attori e i sottosistemi del sistema della cura riducono i costi dell’organizzazione sanitaria, riducono gli sprechi, promuovono l’appropriatezza d’uso delle risorse disponibili e la sostenibilità dei sistemi sanitari universalistici ed equi.

A questi principi si è però contrapposto con sempre maggiore virulenza il principio della competizione, annidato nella logica del “di più” che come abbiamo visto ha contagiato il mondo della cura a partire dal mondo della produzione, con i conseguenti disequilibri nell’accesso e nel diritto alle cure, nella disponibilità delle risorse, nelle priorità individuate.

## **Per frenare il “di più” (fast): le ragioni di una Slow Medicine**

L’esigenza di attivare un processo capace di invertire la tendenza al “di più” coincide con l’esigenza di rendere tutte le azioni e tutti i momenti del processo di cura più sobri, più rispettosi, più giusti, in una logica di equilibrio e di ecologia. Su questa logica si muove quella che abbiamo definito Slow Medicine, che nel manifesto programmatico propone appunto il principio di una cura sobria (perché fare di più non significa fare meglio), rispettosa (perché valori, desideri e aspettative delle persone sono diversi e inviolabili), giusta (perché tutti hanno diritto a cure appropriate e di buona qualità).

Quali sono le tappe di questo processo? Antonio Bonaldi, uno dei fondatori della Slow Medicine, ha definito “i sette veleni” gli atteggiamenti mentali e i presupposti immodificati che mantengono questa logica nel mondo della cura, generando richieste e bisogni che finiscono per sembrare indiscutibili e non più negoziabili:

- 1 - Nuovo è meglio
- 2 - Tutte le procedure utilizzate nella pratica clinica sono efficaci e sicure.
- 3 - L’uso di tecnologie sempre più sofisticate risolverà ogni problema di salute.
- 4 - Fare di più aiuta a guarire e migliora la qualità della vita.
- 5 - Scoprire una “malattia” prima che si manifesti attraverso i sintomi, è sempre utile.
- 6 - I potenziali “fattori di rischio” devono essere trattati con i farmaci.
- 7 - Per controllare meglio le emozioni e gli stati d’animo è utile affidarsi alle cure mediche

([www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it))

Veleni ben diffusi ormai, ma non invincibili. Gli antidoti ai sette veleni sono nella mani (e nelle scelte) sia dei pazienti (cittadini) che dei professionisti sanitari e dei responsabili dell’organizzazione, insomma da tutti i protagonisti attivi del sistema della cura: azioni semplici ma decisive, atteggiamenti mentali rigorosi ma sostenibili, come non lasciarsi sedurre dalle ultime novità; ricordare che la maggior parte delle malattie gravi non può essere guarita; ridurre le attese miracolistiche; rivendicare il diritto alla speranza.

Ancora Bonaldi individua nell’equilibrio fra specializzazione (intesa come riconoscimento dell’individualità) e integrazione (intesa come capacità di cooperare) il requisito essenziale per una positiva evoluzione di un sistema complesso come quello della cura, e ne indica i possibili strumenti:

“Favorire lo sviluppo di relazioni:

relazioni e comunicazioni sono i pilastri della convivenza e del benessere. Ogni cosa è parte di un insieme più ampio e quanto più aumenta la specializzazione, tanto maggiore è la fragilità e la dipendenza dagli altri. Occorre scongiurare il pericolo dell’isolamento attraverso un continuo processo d’interazione e integrazione.

Apertura mentale:

un atteggiamento aperto, svincolato tra pregiudizi e ideologie, favorisce il dialogo e l’ascolto. Occorre essere aperti, pronti a considerare nuove idee, disponibili a valutare differenti prospettive e a esplorare nuovi percorsi.

Reciproco rispetto:

i conflitti diminuiscono o si esauriscono quando gli individui si riconoscono l'un l'altro interdipendenti e complementari. È bene essere disponibili a considerare, con mente aperta, differenti opinioni e lasciarsi guidare dai valori più che dalle procedure.

Riconoscere la diversità:

la maggior parte dei problemi sono carichi di valori, multidimensionali, ambigui, instabili, aperti e non risolvibili una volta e per sempre. Nel prendere le decisioni, occorre tener conto dei diversi punti di vista e riconoscere che spesso, date le specifiche circostanze esistono soluzioni diverse per il medesimo problema.

Lavorare insieme:

La frammentazione delle cure è oggi il principale ostacolo ai tentativi di migliorare l'assistenza. Vi sono crescenti prove scientifiche che l'assistenza attraverso teams multidisciplinari migliora l'adozione delle decisioni, il coordinamento dell'assistenza, gli esiti clinici, la soddisfazione del paziente e degli operatori. È compito di ciascuno di noi, nell'ambito delle proprie responsabilità, adoperarsi per migliorare la cooperazione tra i professionisti e con i pazienti. (A. Bonaldi, 2011)

E' questa la logica di un processo della cura che definiamo slow.

## **Bibliografia**

- Bert G, 2007. Medicina narrativa, Storie e parole nella relazione di cura, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Bonaldi A, 2011. Specializzazione e integrazione: il legame che crea, in Verso una slow Medicine, rivista La Parola e La Cura, edizioni CHANGE, Torino.
- Canon W B, 1963. The wisdom of the body, Norton & Co, New York ( ristampa della II edizione del 1939).
- Cochrane, A L , 1972 . Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- D'Agata G, 2003. Il medico della mutua, Bompiani, Milano.
- Donabedian A., 1990. La qualità dell'assistenza sanitaria, principi e metodologie di valutazione, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Georgescu-Roegen N., 2003. Bioeconomia. Verso un'economia ecologicamente e socialmente sostenibile, Bollati Boringhieri, Torino.
- Morgan G, 2006. Images of organization, Sage Publications, Inc..
- Romains J., 2007. Knock, ovvero il trionfo della medicina (1923) , Liberlibri editore, Macerata.

<http://www.slowmedicine.it/>