Il Mulino - Rivisteweb

Marco Trabucchi

Editoriale

(doi: 10.1450/75605)

Tendenze nuove (ISSN 2239-2378)
Fascicolo 6, novembre-dicembre 2013

Ente di afferenza:
()

Copyright © by Società editrice il Mulino, Bologna. Tutti i diritti sono riservati.
Per altre informazioni si veda https://www.rivisteweb.it

Licenza d'uso

Questo articolo è reso disponibile con licenza CC BY NC ND. Per altre informazioni si veda https://www.rivisteweb.it/

doi:10.1450/75605

Editoriale. Gli eccessi della medicina possono essere modificati dall'interno?

Da molti anni nella letteratura scientifica, ma anche in pubblicazioni laiche, si sono lette critiche di ogni tipo agli eccessi della medicina; il più delle volte però si è trattato di voci isolate, che non hanno inciso sulla prassi medica generale. Negli ultimi tempi, però, sembra che – seppur lentamente – lo scenario stia cambiano, attraverso eventi interni al complesso della cultura e dell'organizzazione medica. Si può ipotizzare che stia avvenendo qualche cosa di duraturo, in grado di modificare significativamente i comportamenti. A piccoli passi, ma incisivi.

Nel 2010 Howard Brody (Direttore dell'Istituto USA per le Medical Humanities), sottolineando la responsabilità di tutti i medici nei confronti della sostenibilità economica del sistema sanitario, lanciava la proposta che ogni società scientifica specialistica creasse una «lista» di cinque test diagnostici o trattamenti che fossero prescritti molto comunemente dai membri di quella disciplina, fossero tra i più costosi, esponessero i pazienti a rischi e che, secondo prove scientifiche di efficacia, non apportassero benefici significativi alle principali categorie di pazienti ai quali vengono comunemente prescritti.

La lista di cinque pratiche ad alto rischio di inappropriatezza avrebbe avuto il vantaggio di lanciare all'opinione pubblica il messaggio che non si trattava di un «razionamento» dell'assistenza sanitaria per tagliare indiscriminatamente i costi, ma che si stava intervenendo sulle cause più eclatanti di spreco nell'interesse dei pazienti. Per la definizione della lista di «cinque test diagnostici o trattamenti da discutere» ogni società scientifica specialistica avrebbe dovuto costituire un gruppo di studio di alto livello che, anche attraverso consultazioni allargate, arrivasse a definire una lista. Una volta raggiunto l'accordo, si stende un piano di implementazione e di formazione, per invitare i membri delle diverse società a riflettere sull'opportunità dell'impiego di quel test o trattamento per determinate categorie di pazienti.

Seguendo questa linea, nella primavera del 2012 l'American Board of Internal Medicine Foundation ha lanciato la campagna denominata

«Choosing Wisely» («scegliere con saggezza»), che ha avuto notevole successo. Infatti, ad oggi più di trenta società scientifiche statunitensi hanno individuato le «Five Things Physicians and Patients Should Question», invitando pazienti e medici a discuterne l'appropriatezza sia per quanto concerne le indagini diagnostiche che i trattamenti terapeutici. Altre società, organizzazioni di consumatori e organizzazioni mediche hanno chiesto di partecipare e aderito all'iniziativa, coinvolgendo medici e pazienti nell'individuazione di ulteriori test e procedure il cui utilizzo dovrebbe essere limitato. Il movimento si sta ampliando anche fuori degli Stati Uniti, coinvolgendo molte società medico-scientifiche europee. Il tutto in linea con quanto si va discutendo da alcuni anni in ambito medico-scientifico attorno al concetto di «less is more», cioè sulla possibilità di ridurre la quantità di interventi medico-sanitari, ottenendo però rilevanti vantaggi per la salute del cittadino bisognoso di cure.

Il movimento «Choosing wisely» è in piena crescita (oltre all'intrinseco valore del progetto si deve considerare il fenomeno dell'imitazione...). Per la prima volta nella storia della medicina contemporanea si assiste ad un meccanismo di modifica della prassi che, partendo da premesse di ordine generale (evitare gli spechi che causano danni alla salute dei cittadini), e fondandosi su precisi dati scientifici, arriva a cambiare realmente qualche cosa. È ancora presto per valutare quanto si stia concretamente modificando la prassi clinica, però vi sono già segnali significativi attorno al livello di condivisione dei 5 atti individuati per ogni ambito clinico. È ancora poco rispetto al grande mondo di una medicina non sempre logica e utile; però si è aperta una strada, che è importante allargare. In particolare è importante sottolineare l'esigenza che chi ha responsabilità programmatorie e organizzative accompagni questo percorso, con attenzione e prudenza, senza cercare di utilizzarlo esclusivamente per scopi di risparmio. Non deve infatti intravvedersi alcun significato punitivo né di restrizione dell'autonomia intellettuale dei medici.

A titolo di esempio si riporta di seguito uno dei punti definiti recentemente dall'Associazione italiana di Psicogeriatria, che raccoglie attorno alle problematica cliniche dell'anziano fragile medici geriatri, neurologi e psichiatri. L'affermazione è la seguente: «Procedure diagnostiche. Durante il ricovero ospedaliero non richiedere esami di dubbia indicazione tenendo conto dei rischi cui può incorrere il paziente». Alla dichiarazione segue una breve spiegazione, accompagnata dall'indicazione delle più importanti voci bibliografiche inerenti la tematica. Il testo è riportato di seguito.

Quando viene diagnosticata una malattia che non produce sintomi né è tale da ridurre l'aspettativa di vita, i pericoli legati all'etichettare una persona come malata e i possibili effetti collaterali di esami diagnostici e di terapie non necessarie sovrastano i possibili benefici della precoce rilevazione diagnostica. Nel paziente an-

ziano fragile gli *screening* non mirati (che ricercano malattie che non avranno alcuna conseguenza futura sul malato) e le diagnosi incidentali sono fattori di rischio di jatrogenesi. Infatti le indagini diagnostiche strumentali possono rivelare quadri potenzialmente sospetti in pazienti indagati per altri motivi, ma solo una percentuale molto piccola ne beneficerà, mentre molti soffriranno per gli effetti collaterali delle indagini successive che dovranno essere fatte per una «anormalità» che, se non scoperta, non li avrebbe mai danneggiati. Poiché una persona anziana fragile soffre di diverse patologie croniche, la maggior parte delle quali non è reversibile, l'approccio orientato al loro riconoscimento precoce e alla loro guarigione può causare conseguenze indesiderate. Infatti molte patologie croniche sono inguaribili, ma il disagio o la disabilità che ad esse si associa può essere significativamente modificato purché l'intervento sia mirato al controllo dei sintomi e al mantenimento della funzione.

Come si può ben comprendere, l'affermazione soprariportata – se messa in pratica – ha una notevole influenza sul paziente, evitandogli interventi dannosi, sul sistema delle cure, che così non si disperde attorno ad interventi inutili che allontanano la concentrazione dai reali bisogni clinici, ed infine anche sui costi, perché interventi senza mira inducono spese elevate, che potrebbero essere indirizzate verso obiettivi più incisivi.

L'esempio riportato indica i vantaggi per il cittadino, gli operatori sanitari e l'economia del sistema di una critica che cresce all'interno della tecnostruttura sanitaria, fondandosi su precise basi scientifiche. Sarà importante nei prossimi anni monitorare con attenzione le ricadute del metodo «Choosing wisely», per ampliarne progressivamente il raggio d'azione. Si otterranno così reali miglioramenti della salute pubblica.

Marco Trabucchi