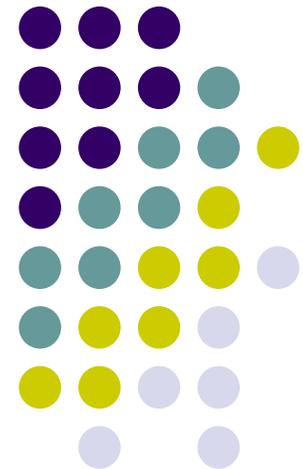


Medicina in modalità “SLOW”

(cure sobrie, rispettose, giuste)



Sandro Spinsanti
Istituto Gianno, Roma

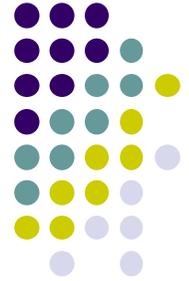


Una definizione “*per viam
negationis*”:



che cosa NON è Slow Medicine

(“Ciò che non siamo
ciò che non vogliamo”
MONTALE)



Qualche chiarimento preliminare



Non si tratta si una competizione tra

LENTO e VELOCE



“I rapidi erediteranno la terra. **Veloce** è meglio che **Lento**. Mentre **Lento** aggiunge inutili belletti, **Veloce** è in giro nel mondo. Ciò vuol dire che impara dall’esperienza, mentre **Lento** può solo teorizzare”.

Little Red Book

LOTHAR J. SEIWERT

con la collaborazione di Ann McLee-Cooper

Elogio della lentezza



**SETTE PASSI INDIETRO
PER TROVARE IL TEMPO
CHE NON PENSAVI DI AVERE**

Sperling & Kupfer Editori



False equazioni:

Slow e Fast =



Buona qualità (*Slow*)

Cattiva qualità (*Fast*)

**Slow Medicine NON è un
passepartout destinato ad aprire ogni
porta...**



**In medicina, talvolta
SLOW può essere una caricatura**



GIORGIO BERT
ANDREA GARDINI
SILVANA QUADRINO

Slow Medicine

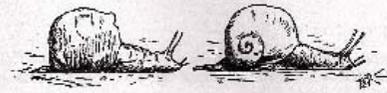


Perché una medicina
sobria, **rispettosa** e giusta
è possibile

Prefazione di CARLO PETRINI

Sperling & Kupfer





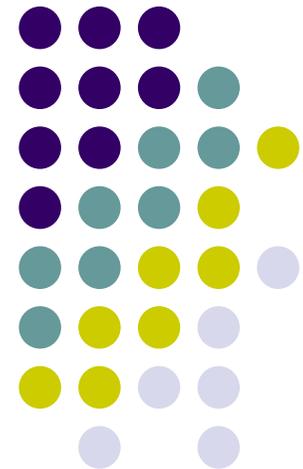
Il futuro del presente





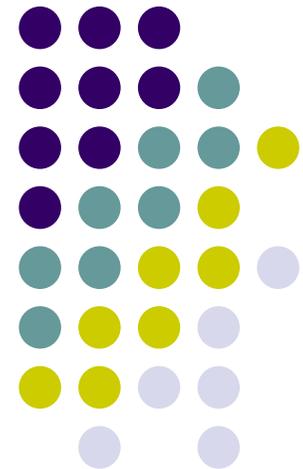
**Non si tratta di fare l'elogio della
LENTEZZA in medicina...**

**... o una pericolosa omissione
dell'attenzione a tutti coloro che
hanno diritto e bisono di
assistenza**



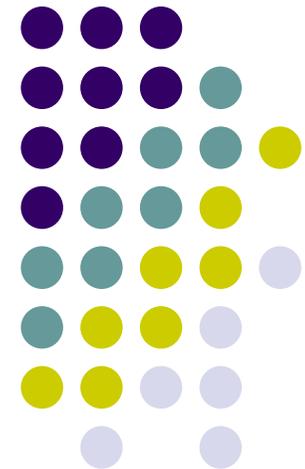
**“Quando io curo un paziente,
siamo io e lui soli, su un’isola
deserta”**

(Il medico personale del
Cancelliere Bismarck)



In medicina, talvolta

FAST può essere pericoloso



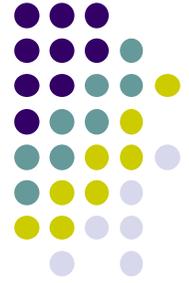


NON si tratta di misurare le prestazioni sanitarie con il cronometro...

**Slow e Fast non si
riferiscono al **tempo**
cronologico in cui vengono
prese le decisioni in
medicina,
ma al **modo** in cui vengono
prese
(la velocità può essere un valore e
la lentezza un disvalore...)**

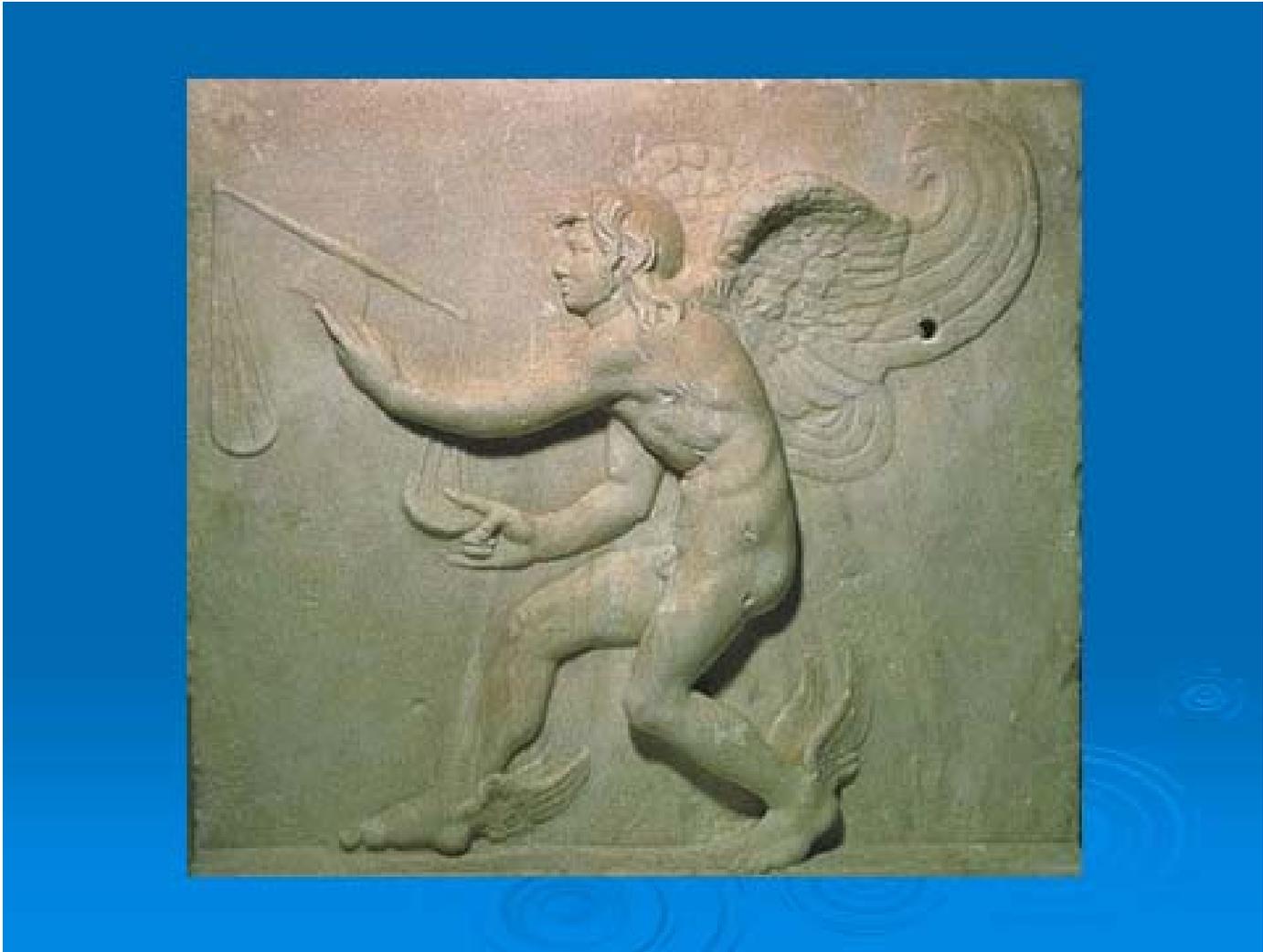


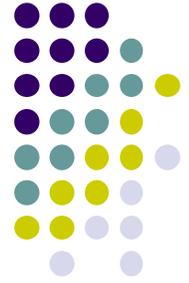
**Presso i Greci, due diverse
concezioni del tempo:**



KRONOS

KAIROS





Qualche esempio di KRONOS e KAIROS in medicina:

Intervento di angioplastica:

A) 1 h dopo l'infarto

B) 24 h dopo l'infarto

. Lo stesso tempo per eseguire l'intervento (*kronos*)

. Opportunità di guarigione diverse (*kairòs*)

**Comunicare la diagnosi infausta a
un paziente che voglia essere
informato:**



A) Al momento della richiesta

**B) Dopo una serie di (false) diagnosi
rassicuranti richieste dalla famiglia**



Che cosa succede quando il tempo di una prestazione viene valutato con

- criteri “manageriali”**
- o con criteri mutuati dalla professionalità medica?**

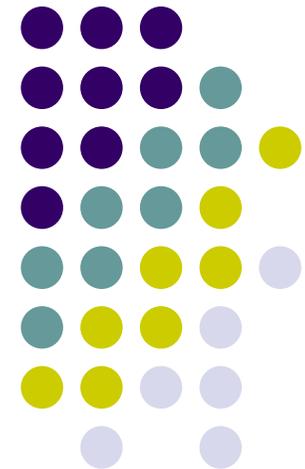
Valutazione tecnico-economica di una prestazione di servizio

*Oggetto: La sinfonia "Incompiuta" di
Schubert, eseguita dall'orchestra filarmonica*

Per un periodo piuttosto lungo i 4 suonatori di oboe non hanno avuto nulla da fare. Il loro numero dovrebbe essere ridotto ed il lavoro distribuito su tutta l'orchestra, eliminando così sprechi di attività. Tutti i 12 violini suonavano esattamente le stesse note. Questo sembra una inutile duplicazione ed il personale di questa sezione dovrebbe essere drasticamente ridimensionato. Se fosse richiesto un gran volume di suono, si potrebbe ovviare con potenti amplificatori. Ho notato un notevole sforzo nel rendere suoni semi-crome, bis-crome e ottave.

Ciò mi sembra una eccessiva raffinatezza e raccomanderei che tutte le note siano "arrotondate" alla più vicina semi o bis-croma. Se ciò si potesse realizzare, sarebbe possibile utilizzare dilettanti o suonatori in addestramento ed a paga più bassa. Inoltre, nessuno scopo obiettivo sembrano avere gli archi i quali ripetono i medesimi passaggi già eseguiti dai corni. Se tutti i passaggi ridondanti fossero eliminati, il concerto potrebbe essere ridotto da 2 ore a 2 minuti.

Se Schubert avesse prestato attenzione a questi semplici punti, probabilmente avrebbe avuto il tempo di terminare la Sinfonia.

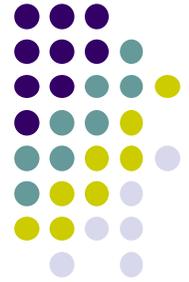




La **Slow Medicine** non nasce con l'intento di accorciare i tempi della cura, ma vuol spostare la nostra attenzione dal *tempo cronologico* al *tempo qualificato* delle opportunità

Ciò che propone Slow Medicine è NUOVO?

**NO: niente che non si trovi già
nell'agenda di altri movimenti e
proposte culturali che aspirano a
una medicina di buona qualità!**





Tutto ciò che bolle in pentola come cambiamento necessario da circa 30 anni, sotto etichette diverse (EBM, VRQ, bioetica, medicina democratica, medicina narrativa...)

Per non parlare di etichette più soggette a equivoci, come “umanizzazione” ...

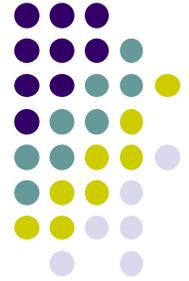
**Ciò che propone Slow
Medicine è RILEVANTE per la
medicina dei nostri giorni?**



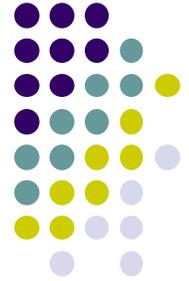
**Solo in obliquo....:
una risposta solo indiretta
alle due preoccupazioni più
conclamate:**

***A) Medicina sicura (per i
professionisti!)***

B) Risparmi economici



In senso positivo, qual è la proposta di Slow Medicine?



**Una “buona medicina”
valutata con tre parametri:**

SOBRIETA’ (“le cose giuste”)

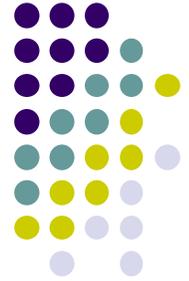
**RISPETTO (“Nel modo
giusto”)**

**GIUSTIZIA (“A tutti quelli che
hanno diritto e bisogno”)**



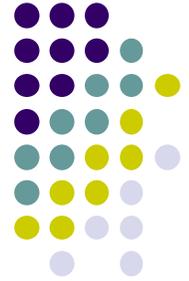
Un altro modo per richiedere
che la medicina si misuri con
l'etica

Art. 6: Qualità professionale e gestionale



“Il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell'autonomia della persona tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse”

(Codice deontologico dei medici italiani, dicembre 2006)



La novità:

la qualità (etica) tridimensionale

Carta della professionalità medica

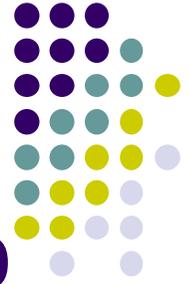


(European Federation of Internal Medicine
American College of Physicians)

The lancet

Annals of Internal Medicine

febbraio 2002



Che cosa deve fare oggi il medico per fare buona medicina:

1. fornire cure efficaci
(principio: "fare il bene del paziente")
2. rispettare il paziente come persona autonoma (principio:
"autodeterminazione")
3. garantire a tutti i cittadini stesse opportunità (principio:
"non discriminazione"/ "equità")



L'etica richiesta alla medicina attuale è
sovrapponibile ai pilastri fondamentali della
Slow Medicine:

- **sobria**
- **rispettosa**
- **giusta**

Assumiamo l'ipotesi che abbiamo a che fare solo con operatori intenzionati a praticare la "buona medicina"



COME PRATICARLA?

(il problema non è tanto il *se*, quanto piuttosto il *come*...)

A) Etica in modalità FAST

B) Etica in modalità SLOW



I. Fornire al paziente “le cose giuste” (**Medicina sobria**)

A) L'appropriatezza in modalità FAST

Un esempio: Le linee guida applicate passivamente



L'appropriatezza basata
esclusivamente sull'"Evidence"
(le certezze del clinico rafforzate dalle
metanalisi...)



B) L'appropriatezza in modalità SLOW

Es: Il progetto “**Fare di più non significa fare meglio**”



Un antecedente:

Il progetto “**Choosing wisely**”

**I professionisti stabiliscono quali pratiche
sono a rischio di INAPPROPRIATEZZA**

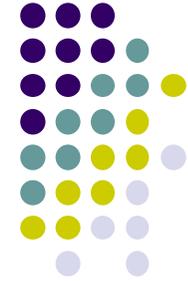


Il progetto **Choosing wisely**

Lanciato *dall'American Board of Internal
Medicine*

sulla base degli ideali della *Carta della
Professionalità medica* e sulla serie di
articoli "*Less is more*",

in collaborazione con l'organizzazione
indipendente *Consumer Reports*



Fare di più non significa fare meglio

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Collegio Italiano Primari di Oncologia Medica – Green Oncology

1	<p>Non prescrivere antibiotici allo scopo di prevenire le complicanze infettive da neutropenia, in pazienti neoplastici trattati con chemioterapia a dosi standard.</p> <p>La complicanza più frequente della chemioterapia è la mielossicità con particolare riferimento alla neutropenia che rappresenta una grave causa di compromissione delle difese immunitarie con rischio d'infezioni, sepsi e setticemia. Di norma gli agenti patogeni interessati sono di tipo batterico, anche se non si possono escludere infezioni virali o micotiche. Per molti anni si è ritenuto indicato un trattamento profilattico con antibiotici a largo spettro, come ad esempio i chinolonici. Oggi sappiamo che non esiste alcuna evidenza scientifica dell'utilità di tale pratica.</p> <p>Il trattamento con antibiotici è indicato solo nei casi di neutropenia febbrile, che nel paziente neoplastico immunocompromesso rappresenta un'evenienza molto grave, talvolta letale, e nei rari casi d'infezione clinica asettica. In entrambi i casi è indicato eseguire un antibiogramma allo scopo di prescrivere una terapia antibiotica mirata. Se la situazione di particolare urgenza clinica lo richiede, nell'attesa del responso dell'antibiogramma, può essere indicato un trattamento antibiotico urgente, scelto con criteri empirici di ordine clinico.</p> <p>È noto che la somministrazione di antibiotici può provocare reazioni allergiche anche gravi, fino allo shock anafilattico e generare resistenza dei batteri agli antibiotici, soprattutto se impiegati in modo inappropriato (senza indicazione), con posologie sotto dosate o per un tempo troppo breve.</p>
2	<p>Di norma non prescrivere markers tumorali serici in corso di processo diagnostico o per la stadiazione dei tumori.</p> <p>I markers tumorali serici sono spesso richiesti in modo inappropriato in quanto richiedono un semplice prelievo ematico. Dato l'elevato costo di ciascun test e l'alto numero di test richiesti la prescrizione rappresenta un notevole spreco di risorse, oltre ad essere fonte di ansia per il paziente in caso di risultato falsamente positivo. Alla prescrizione inappropriata in pazienti asintomatici possono poi conseguire, in presenza di un valore del test superiore alla norma, ulteriori accertamenti diagnostici e trattamenti medici e chirurgici inappropriati. In fase diagnostica i markers possono essere presi in considerazione soltanto in ben definiti tipi di neoplasie maligne, tra l'altro non particolarmente frequenti (epatocarcinoma, tumori del testicolo, carcinoma del pancreas). I markers tumorali possono trovare indicazione solo come monitoraggio della terapia in atto e nel follow-up dei pazienti con diagnosi accertata di neoplasia, nei rari casi in cui sono previsti da specifiche linee guida.</p>
3	<p>Non effettuare di routine terapia antitumorale nei pazienti affetti da tumori solidi con Performance Status (PS) compromesso (3-4) o in progressione dopo 2-3 linee terapeutiche, ma privilegiare le cure palliative.</p> <p>I trattamenti antitumorali in genere hanno probabilità di essere efficaci nei pazienti affetti da tumori solidi con le seguenti caratteristiche: basso performance status (3-4), non risposta a precedenti terapie evidence-based, non eleggibilità per un trial clinico, assenza di prove di efficacia di un ulteriore trattamento. Uniche eccezioni i pazienti in cui le limitazioni funzionali risultano dovute ad altre condizioni patologiche con un conseguente basso PS o pazienti con caratteristiche di malattia (ad esempio mutazioni genetiche) che suggeriscono un'alta probabilità di risposta alla terapia. La scelta di un approccio di rinuncia alle terapie antitumorali deve essere caratterizzata da appropriata terapia palliativa e di supporto (cure simultanee).</p>
4	<p>Non eseguire esami del sangue incluso il profilo biochimico, scansioni ossee, radiografie toraciche, ecografie epatica e pelvica, TAC, PET e marker tumorali, dopo terapia sistemica precauzionale, in pazienti operate per cancro della mammella, asintomatiche e in assenza di risultati specifici all'esame clinico.</p> <p>L'esame fisico (visita medica) dovrebbe essere eseguito ogni 3 - 6 mesi per i primi 3 anni, ogni 6 - 12 mesi per il quarto e quinto anno e successivamente una volta all'anno. Nelle donne sottoposte a chirurgia conservativa della mammella dovrebbe essere eseguita una mammografia bilaterale post-trattamento, un anno dopo quella iniziale e almeno 6 mesi dopo il completamento dei cicli di radioterapia. Quindi, se non indicato diversamente, dovrebbe essere eseguita una mammografia bilaterale ogni anno.</p>
5	<p>Non prescrivere la chemioterapia nel trattamento sistemico del carcinoma duttale in situ della mammella.</p> <p>La diffusione degli screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella ha comportato la frequente identificazione di forme precoci di neoplasia, in particolare di carcinomi in situ: carcinoma lobulare in situ e più frequentemente, carcinoma duttale in situ (DCIS). Poiché tali tipi di tumore possono evolvere verso forme infiltranti, il trattamento locale e quello sistemico hanno lo scopo di prevenire l'insorgenza del carcinoma invasivo e, per quanto riguarda il trattamento sistemico, di quello nella mammella contro laterale.</p> <p>Il DCIS può essere trattato con chirurgia conservativa seguita da radioterapia, oppure con mastectomia semplice. Non esiste alcuna evidenza scientifica a sostegno della chemioterapia nel trattamento sistemico del DCIS, per quanto tale atteggiamento terapeutico fosse abbastanza diffuso fino a non molto tempo fa. Viceversa, studi randomizzati di fase III supportano l'impiego del Tamoxifene dopo trattamento locale (chirurgia con o senza radioterapia).</p>

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al medico curante.

Fare di più non significa fare meglio

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica (AIRO)

1	<p>Non definire un programma terapeutico che comprenda la radioterapia senza che l'oncologo radioterapista sia coinvolto fin dall'inizio (e cioè subito dopo la diagnosi della malattia) nella definizione del programma stesso.</p> <p>L'oncologia moderna si avvale della chirurgia, della radioterapia e della chemioterapia. L'oncologo radioterapista è specialista nell'impiego della radioterapia, da sola o in combinazione con la chemioterapia, ed è l'unico autorizzato a prescrivere un trattamento radioterapico. La maggior parte dei percorsi terapeutici prevede oggi l'impiego di più modalità terapeutiche, variamente integrate tra loro, e la radioterapia è impiegata nel trattamento del 70% circa delle neoplasie. Ne deriva che il mancato coinvolgimento dell'oncologo radioterapista, fin dall'inizio (e cioè subito dopo la diagnosi della malattia), nella definizione del programma terapeutico, può comportare errori nella indicazione alla radioterapia, nella valutazione dei possibili effetti collaterali, nella scelta della sequenza dei trattamenti. A molti di tali errori non si può ovviare in un secondo momento.</p>
2	<p>Non raccomandare l'impiego di tecniche od apparecchiature radioterapiche "speciali" senza un parere motivato dell'oncologo radioterapista.</p> <p>L'elevato livello tecnologico raggiunto dalla radioterapia rappresenta un beneficio per il malato oncologico, perché consente di ottenere, in selezionate situazioni cliniche, risultati molto validi e garantisce la sicurezza di ciascuna modalità tecnica, purché impiegate secondo corrette indicazioni. Tale beneficio è oggi disponibile per la grande maggioranza delle apparecchiature per radioterapia; tutte le apparecchiature, anche quelle destinate a trattamenti più semplici, sono soggette a controlli di qualità che ne garantiscono la sicurezza; l'impiego delle apparecchiature e delle tecniche più complesse e costose, disponibili in un numero limitato di Centri, trova indicazione in casi particolari, che solo la professionalità dell'oncologo radioterapista è in grado di definire.</p>
3	<p>Non utilizzare, per quanto possibile, trattamenti radioterapici prolungati quando la finalità della radioterapia è quella sintomatico-paliativa ed in persone malate con aspettativa di vita ridotta.</p> <p>Numerosi studi clinici hanno documentato che, in pazienti con ridotta aspettativa di vita, cure prolungate basate sui chemioterapici e sulla radioterapia sono inefficaci in termini di aumento della sopravvivenza. La radioterapia ha viceversa un ruolo fondamentale nella gestione di complicanze legate alla diffusione di metastasi e in pazienti con ridotta aspettativa di vita (es. dolore, sanguinamenti, compressione del midollo spinale, ecc.) perché caratterizzata da elevati tassi di risposta con conseguente miglioramento della qualità di vita anche nel paziente con malattia avanzata. Tuttavia, eseguire trattamenti prolungati in tali situazioni cliniche riduce il tempo di vita disponibile al di fuori delle strutture sanitarie (poiché comporta un prolungamento dell'ospedalizzazione o dell'accesso al reparto di radioterapia), creando disagio al paziente ed alla famiglia, a fronte di risultati simili ottenibili con trattamenti più brevi e di conseguenza va evitato per quanto possibile.</p>
4	<p>Non eseguire un trattamento radioterapico per patologie articolari degenerative (benigne), specie al di sotto dei 60 anni.</p> <p>L'impiego della radioterapia nel trattamento di ben selezionate patologie benigne è largamente documentato in letteratura. Le indicazioni sono limitate a casi con gravissime problematiche funzionali o addirittura con minaccia per la vita stessa. Tuttavia, i dati pubblicati non giustificano il trattamento radioterapico delle patologie articolari degenerative, specie al di sotto dei 60 anni di età, per i rischi connessi con tale pratica.</p>
5	<p>Al di fuori di studi clinici, non eseguire PET, TC e scintigrafia ossea per la stadiazione del tumore della prostata, in pazienti candidati a trattamento radioterapico radicale, per i quali il rischio di metastasi è minimo.</p> <p>Eseguire una corretta stadiazione nei pazienti affetti da una qualunque forma neoplastica è assolutamente necessario. Tuttavia TC, PET e scintigrafia ossea vengono spesso impiegate anche nella stadiazione delle forme cliniche iniziali di tumore prostatico, in cui il rischio di metastasi è minimo; le evidenze di letteratura non supportano infatti l'impiego di queste metodiche nel paziente a basso rischio di metastasi e distanza (Stadio T1a/T2a; antigene prostatico specifico - PSA - inferiore a 10 ng/ml e punteggio di Gleason minore o uguale a 6). L'impiego di tali metodiche diagnostiche, usate in modo inappropriato, può comportare costi non giustificati e un'esposizione non necessaria a radiazioni, nonché ritardare l'inizio del trattamento radioterapico.</p>

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al medico curante.





Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare
 Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) - 2°

1	<p>Non usare le benzodiazepine negli anziani come prima scelta per insonnia, agitazione, delirium.</p> <p>I pazienti anziani che assumono ipnotici, e in particolare le benzodiazepine, vanno incontro più spesso degli altri a incidenti d'auto e a cadute con fratture di femore e conseguente ospedalizzazione. Anche in regime di ricovero ospedaliero, il rischio di cadute e delle loro conseguenze è aumentato in rapporto all'uso di benzodiazepine, a causa di un ridotto stato di vigilanza al risveglio, e di deficit motori e cognitivi indotti. L'uso delle benzodiazepine dovrebbe essere riservato alle condizioni di astinenza da alcol e agli stati ansiosi; dovendone far ricorso, va data preferenza ai bassi dosaggi, ai farmaci di più breve emivita, alle terapie di breve durata, all'uso intermittente, rivalutando periodicamente l'indicazione in caso di usi prolungati. In caso di agitazione e delirium va data la preferenza ad altri farmaci.</p>
2	<p>Non ritardare l'inizio delle cure palliative nei malati terminali.</p> <p>La qualità delle cure offerte ai malati terminali ospedalizzati non è ottimale, soprattutto a causa del fatto che, per inerzia organizzativa e attitudine mentale, nei reparti per acuti (come sono le Medicine Inteme) si tende a mantenere a oltranza standard di procedure terapeutiche e diagnostiche futili, orientate alla malattia piuttosto che ai reali bisogni del paziente. Ciò determina l'insufficiente controllo dei sintomi chiave che caratterizzano la terminalità (dolore, dispnea, agitazione, secrezioni respiratorie, etc.), con impatto negativo sui pazienti, sui familiari e sugli operatori sanitari stessi. L'adozione di protocolli di cure specificamente concepiti ("care pathways") introduce maggior sollievo e dignità al fine vita, non accelera il decesso, ed anzi è dimostrato che prolunga la vita in casi selezionati.</p>
3	<p>Non prescrivere di routine farmaci ipolipemizzanti nei pazienti con aspettativa di vita limitata</p> <p>Fino a un terzo della popolazione tra 75 e 85 anni dei paesi avanzati assume terapia ipolipemizzante (soprattutto statine) per prevenzione primaria o secondaria. Tuttavia, il concetto che anche nei soggetti anziani ipercolesterolemia LDL, o i bassi valori di HDL, siano importanti fattori di rischio cardiovascolare è controverso, perché per lo più basato sulla estrapolazione dei dati delle età più giovani; anzi, nei grandi anziani i bassi valori di colesterolo correlano con un'aumentata mortalità. Oltre gli 85 anni il rapporto rischio/beneficio correlato all'uso di statine non è ovviamente favorevole perché, mentre, l'aspettativa di vita è progressivamente minore, l'incidenza di effetti indesiderati (danno muscolare, neuropatia, decadimento cognitivo, cadute) è relativamente maggiore. A fronte di una aspettativa di vita limitata (i.e. <10 anni), iniziare una terapia con statine non è supportato da evidenze, mantenerla è questionable.</p>
4	<p>Evitare i farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) nei soggetti con ipertensione, scompenso cardiaco, insufficienza renale da ogni causa, inclusi i diabetici.</p> <p>I FANS sono farmaci ampiamente prescritti per il trattamento del dolore muscoloscheletrico cronico, tuttavia ad essi sono correlati importanti effetti indesiderati cardiovascolari, renali ed ematologici specie nei pazienti anziani. I FANS e gli inibitori della ciclossigenasi di tipo 2 (anti COX-2) possono causare incremento della pressione arteriosa, minore risposta ai trattamenti antipertensivi, ritenzione idrica e peggioramento della funzione renale nei pazienti con ipertensione, scompenso cardiaco, insufficienza renale da ogni eziologia incluso il diabete. Le più recenti linee guida per il trattamento del dolore cronico dei soggetti affetti da tali patologie, per lo più se anziani, raccomandano di limitare il più possibile l'uso dei FANS preferendo in alternativa l'utilizzo di paracetamolo, tramadolo ed oppioidi a breve emivita.</p>
5	<p>Non fare ricorso alla PET (tomografia a emissione di positroni) /TC (tomografia computerizzata) per lo screening del cancro in soggetti sani.</p> <p>La probabilità di diagnosticare una neoplasia con questa metodica in pazienti asintomatici è inferiore a 1%. In molti di questi casi, si tratta di neoplasie indolenti (i.e., linfomi) che non beneficiano di una terapia precoce, oppure di neoplasie già in stadio avanzato nonostante la asintomaticità (i.e., pancreas). Il numero di esami falsamente positivi e di reperti incidentali risulta preponderante (soprattutto nella regione testa-collo), e ciò comporta il ricorso a esami aggiuntivi, biopsie e procedure chirurgiche non necessarie (e quindi dannose). La PET/TC, come tutte le metodiche diagnostiche, deve essere usata per chiari quesiti e in contesti clinici definiti.</p>

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al medico curante.



Less is more... o “Di più significa di più”?

I conflitti con i pazienti e con i familiari
(Cfr. caso clinico di Siddhartha Mukherjee)



II: Curare il paziente “nel modo giusto” (**Medicina rispettosa**)

A) La modalità FAST: raccolta del consenso informato tramite modulo



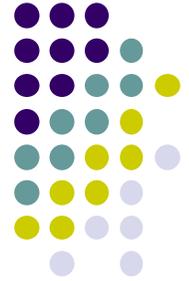
Un sospetto: che i pazienti che firmano un consenso ne sappiano quanto i sottoscrittori di obbligazioni subordinate di Banca Etruria...

(“Si trattava di persone con una scolarità finanziaria pari allo zero a cui noi professionisti del settore eravamo obbligati a spiegare tutto. Invece questo non avveniva. Moltissimi di loro non sapevano neanche che cosa stavano firmando”: *dalle dichiarazioni di un direttore di Banca Etruria*)



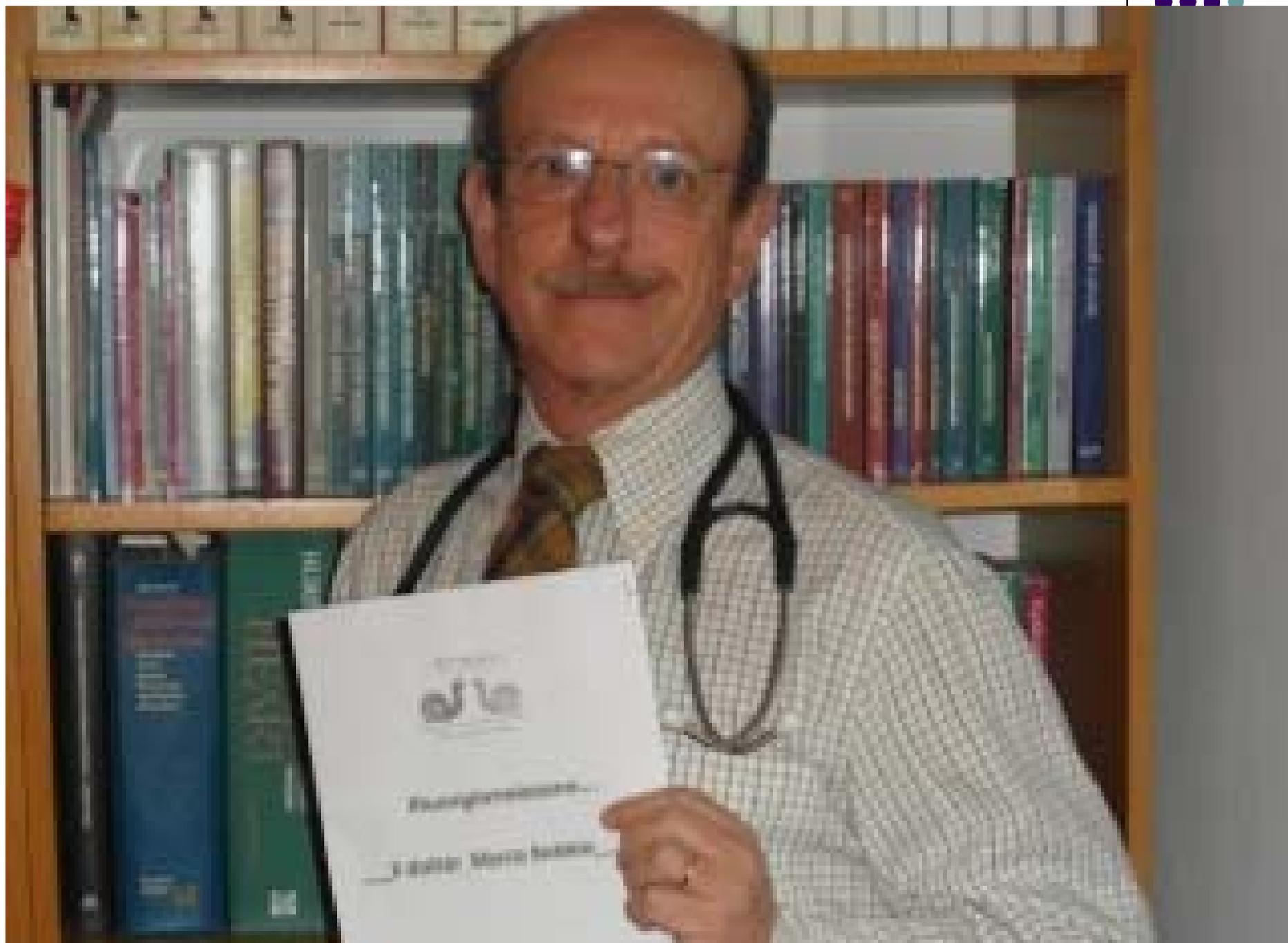
B) La modalità SLOW:

Dal consenso (estorto) alla decisione condivisa



Il progetto:

#buongiornoio sono





III. Garantire le cure a tutti quelli che hanno diritto e bisogno **(Medicina giusta)**

A) Modalità FAST: sudditanza al budget

Marco Geddes da Filicaia
Direttore sanitario PD
Tirreno centro - Azienda
sanitaria di Firenze

"E non ci indurre in prestazioni..."¹

In un recente editoriale del supplemento *Salute del Corriere della Sera* si dava notizia della individuazione del meccanismo genetico che fa imbiancare i capelli con il progredire dell'età e delle possibilità di manipolazione di tali cellule². L'editore, con una certa ironia, immaginava conseguentemente la individuazione di una nuova patologia, che denominava "tricodeficienza pigmentale", la costituzione di una società scientifica "ad hoc", la valutazione della sua gravità e diffusione (perdita dell'autostima dell'immagine corporea, ripercussioni psicologiche, depressione ecc.), la messa a punto di linee guida e, nell'imminenza del lancio di costosi prodotti biotecnologici per prevenire tale patologia, la costituzione di una associazione dei pazienti. Questa previsione, scherzosa e fantasiosa, si è di fatto realizzata per "nuove patologie" quali l'intestino irritabile o l'insufficienza erettile. Dimenticava il giornalista di prevedere anche le iniziative di sensibilizzazione e di prevenzione e la promozione di

una giornata (nazionale o mondiale) dedicata a tale problematica, come avviene per vecchie e nuove patologie, alcune di indubbia rilevanza e gravità, altre di più modesto impatto. Queste iniziative sono abitualmente promosse da associazioni, enti, società scientifiche ecc., che, tramite l'utilizzo di spazi pubblici, si pongono un obiettivo informativo, educativo, promozionale o anche di preliminare valutazione di alcuni parametri, che i promotori definiscono utili per identificare il rischio. Si tratta di attività assai variegata in termini di impatto e di qualità delle forme in cui si esplicano e dei contenuti che propongono, che assumono rilevanza propria per la enorme diffusione che esse hanno. Si stima che in un anno i giorni occupati da eventi pubblici per promuovere, rivolgendosi all'insieme della popolazione, la prevenzione o la cura di specifiche patologie siano quattrocentotrentacinque³. A titolo di esempio riportiamo, nella tabella, la rilevazione degli eventi attuati nel mese di ottobre del 2005.

Etica e appropriatezza nell'ambito delle iniziative di prevenzione e promozione della salute

A fronte della diffusione di questo tipo di iniziative vi sono scarse riflessioni sulla appropriatezza (e l'efficacia) di quanto viene proposto e promosso, tenendo conto anche del fatto che questi eventi

coinvolgono sempre, in modo diretto o indiretto, proprio per le caratteristiche insite nelle modalità organizzative e per la finalità - ovvia - di raggiungere larghe fasce della popolazione, gli enti pubblici

Data	Evento
1-31	Mese della prevenzione del cancro al seno
1-31	Settimana europea prevenzione mente
1-31	World Diabetes Awareness Month
6	Giornata europea della dipartologia
8	Giornata mondiale delle cure post-Lee
9	Giornata mondiale della nefrologia
10	Giornata mondiale dell'obesità
10	Giornata mondiale della salute mentale
17	Giornata mondiale delle malattie neurologiche
18-21	Settimana della diagnosi e della terapia della coagulazione
18	Giornata mondiale della vista
18	World Food Day
17-24	Settimana europea contro il dolore
18	Giornata della mammografia
23	Giornata mondiale dell'osteoporosi
27	International stuttering awareness day
28-29	Giornata mondiale prevenzione mente
29	Giornata della salute del polmone
29	Giornata mondiale della schiavitù
31-3-2009	International Herpes week

¹ Il presente articolo riprende in larga parte il contributo predisposto per il Gruppo di lavoro della Commissione di Bioetica regionale.

² R. Sacchi, *Nuove malattie in cerca di natura*, Corriere della Sera, 27 luglio 2011.

³ G. Dorceniabbati, comunicazione personale, 2010, Calendario iniziative ottobre 2005.

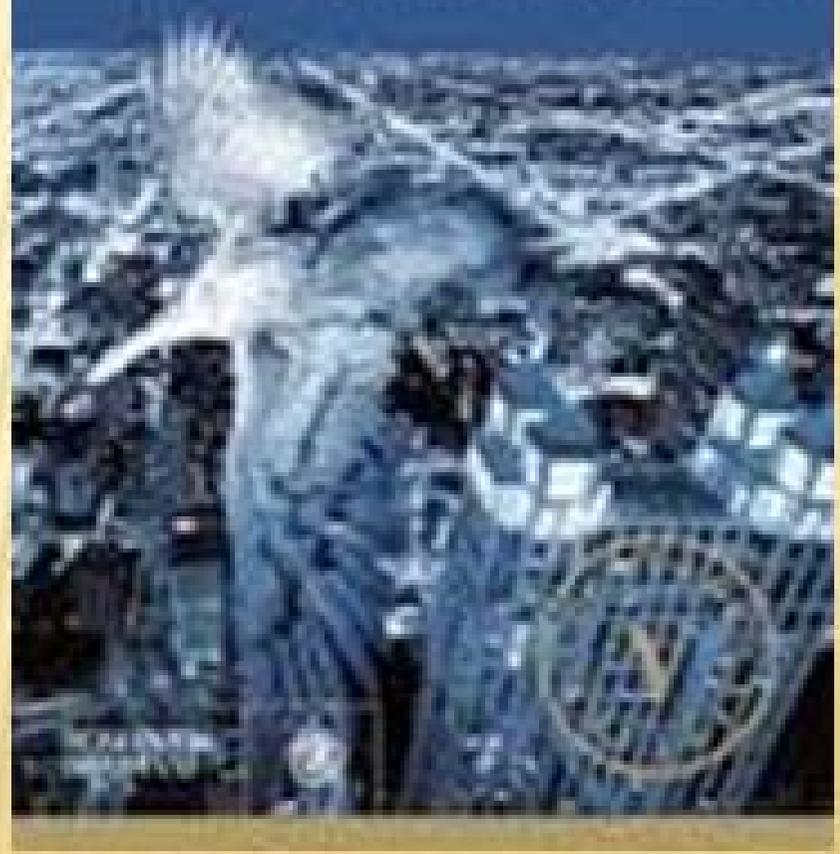


TAGLI ALLA SANITÀ
PRONTI A OGNI SACRIFICIO



PETROS MARKARIS L'ESATTORE

Il commissario Chalkos
nella caccia per il più grande omicidio





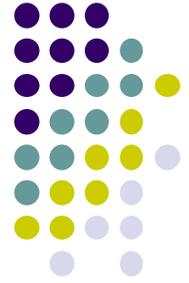
B) La giustizia in modalità SLOW:

Dal “governo clinico” alla “*governance*” (la decisione partecipata da tutti i portatori di interesse)



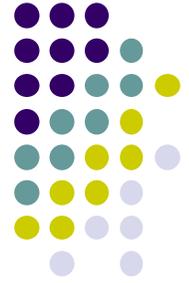
Risorse non solo economiche

(cfr. la famiglia come “capitale sociale”)



La ricerca del “modo giusto” di praticare la medicina:

(analogia con il movimento di Slow Food)



SLOW FOOD:
non solo un movimento *anti*
Fast Food (McDonald)
ma una filosofia *per* il
“buon vivere”
(e ancor più: la proposta di una
produzione e consumo del cibo che
promuova una società più giusta!)



Lo stesso presupposto di fondo:

INDIGNARSI NON BASTA!

Bisogna resistere con **scelte quotidiane consapevoli**

Reagire al senso di impotenza (anche se ci sentiamo lilipuziani di fronte a “Big Food”...)



Che fare per contrastare il declino dell'agricoltura?

Wendell Berry: “Mangiare in modo responsabile”

Slow Food si propone come una filosofia da trasmettere ai consumatori: con le loro **scelte** possono influire sul futuro del pianeta



“Può sembrare un inganno affermare che scegliere se ordinare un medaglione di pollo o un hamburger vegetariano è una decisione importante(...)

Può sembrare incredibile, ma se prendiamo il disturbo di soffermarci sulla cosa, è difficile negare che le nostre scelte quotidiane plasmino il mondo”

Safran Foer: *Se niente importa*



Sul versante delle nostre responsabilità in quanto cittadini:

“Mangiare è un atto agricolo” (Wendell Berry)

Curarsi è un atto politico (Slow Medicine)



Potere/responsabilità:

la ricerca del “medico su misura”



Sul versante di chi esercita la cura:

Una professione basata su **tre promesse**:

1. “Farò il tuo bene” (medicina SOBRIA)
2. “Ti coinvolgerò nelle decisioni” (medicina RISPETTOSA)
3. “ Non ti lascerò indietro se non hai mezzi”
(medicina GIUSTA)