

Less is more: una nuova visione della Medicina e della Sanità

Antonino Cartabellotta^{1*}

¹Presidente Fondazione GIMBE

L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age. Na.S.) ha recentemente condotto un studio pilota in quattro regioni (Lombardia, Marche, Sicilia, Umbria) per sondare cosa pensano i medici italiani della medicina difensiva¹. Oltre la metà (58%) di circa 1.500 medici ospedalieri intervistati, dichiara di praticare la medicina difensiva, un fenomeno che quasi tutti (93%) ritengono destinato ad aumentare. Tra le principali cause i medici indicano la legislazione sfavorevole (31%), il timore di essere citati in giudizio (28%) e le eccessive richieste, pressioni e aspettative di pazienti e familiari (14%). Gli stessi medici, consapevoli di "esagerare", suggeriscono due strategie per contrastare il fenomeno: una maggiore aderenza alle evidenze scientifiche (49%) e la revisione delle norme che disciplinano la responsabilità professionale (47%). La medicina difensiva genera il sovra-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie (farmaci, test di laboratorio, indagini strumentali, visite specialistiche, ricoveri) con un impatto economico per il SSN stimato dall'Age. Na.S. in 9-10 miliardi di euro/anno.

Il fenomeno della medicina difensiva può essere adeguatamente fronteggiato solo considerando il punto di vista dei vari stakeholders della sanità e tenendo conto che la sua espansione è avvenuta in un contesto culturale, professionale e sociale condizionato dall'imperativo *more is better*². Infatti, i sistemi sanitari di tutti i paesi industrializzati si sono progressivamente ipertrofizzati per offrire un numero sempre maggiore di prestazioni diagnostico-terapeutiche che incrementano la spesa sanitaria e aumentano la soddisfazione di cittadini e pazienti, senza tuttavia migliorarne lo stato di salute³.

Dal canto loro i medici avvertono il dovere professionale di aiutare i pazienti sfruttando l'intero "armamentario" a loro disposizione perché la morte e la malattia devono sempre essere combattute a ogni costo. Di conseguenza, il timore di conseguenze medico-legali per aver tralasciato qualcosa spinge i medici a prescrivere ogni possibile test diagnostico e a mantenere un approccio terapeutico molto aggressivo, senza tenere conto dell'appropriatezza, dei risvolti clinici per il paziente e di quelli economici per la società. Peraltro, i contenziosi da eccessi diagnostici e terapeutici sono in costante ascesa, testimoniando che la medicina difensiva, di fatto, non riesce nemmeno a raggiungere il suo obiettivo primario. Infine, sentenze giudiziarie discutibili e avvocati senza scrupoli hanno contribuito a incrementare il contenzioso medico-legale a cui i pazienti si aggrappano perché il

sistema si è dimostrato incapace di ridurre le aspettative nei confronti di una medicina mitica e di una sanità infallibile.

Per contrastare un'idea di salute che si allontana sempre più dal concetto di "assenza di malattia" e per diffondere una nuova visione della medicina e dell'assistenza sanitaria, da alcuni anni a livello internazionale si è progressivamente affermato il movimento *less is more*⁴ (in Italia sostenuto da Slow Medicine⁵), che si basa su alcuni principi fondamentali:

- **Test diagnostici e trattamenti inappropriati causano danni reali.** Accanto alla certezza che tutti i trattamenti, farmacologici e non, possono causare effetti avversi anche molto gravi, il sovra-utilizzo (*overuse*) dei test diagnostici, anche se minimamente invasivi, può determinare complicanze anche severe, oltre che generare per il paziente perdite di tempo, interruzione delle attività quotidiane e preoccupazioni ingiustificate per la propria salute. Ad esempio, i test di imaging aumentano i rischi da radiazioni (infertilità, cancro) e, attraverso il fenomeno della *overdiagnosis*⁶, comportano ulteriori interventi diagnostico-terapeutici non necessari, che a loro volta aumentano i rischi per il paziente e i costi per il servizio sanitario.

- **Integrare le evidenze in tutte le decisioni.** Secondo il movimento *less is more* il medico deve definire, attraverso il processo decisionale condiviso (*shared decision making*⁷), un percorso di cura individualizzato, tenendo conto delle migliori evidenze scientifiche, valutando le condizioni cliniche del paziente e rispettandone preferenze e valori⁸. Le evidenze scientifiche devono sempre orientare la scelta di test diagnostici e trattamenti per-

Citazione. Cartabellotta A. *Less is more: una nuova visione della Medicina e della Sanità*. Evidence 2014;6(11): e1000096.

Publicato 30 novembre 2014

Copyright. 2014 Cartabellotta. Questo è un articolo open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Fonti di finanziamento. Nessuna.

Conflitti di interesse. AC è il Presidente del GIMBE, organizzazione no-profit che svolge attività di formazione e ricerca sugli argomenti trattati nell'articolo.

Provenienza. Non commissionato, non sottoposto a peer-review

* E-mail: nino.cartabellotta@gimbe.org

ché, nonostante il fascino delle innovazioni tecnologiche e farmacologiche, poche di queste novità hanno un reale impatto sulla salute. Ovviamente nessuna fiducia incondizionata nelle evidenze, sia perché l'efficacia di molti trattamenti non è mai stata adeguatamente valutata, sia perché i pazienti inseriti nelle sperimentazioni cliniche hanno caratteristiche troppo diverse da quelli assistiti nel mondo reale. Peraltro, accanto all'*overuse*, non sempre viene offerto al paziente quanto necessario in relazione alle evidenze disponibili, determinando il fenomeno del sotto-utilizzo (*underuse*), altra potenziale fonte di sprechi⁹.

• **Rispettare preferenze e aspettative dei pazienti.** Quando il medico propone al paziente le possibili opzioni terapeutiche si assiste spesso a un disallineamento delle aspettative. Alcune volte pazienti e familiari chiedono di tentare qualunque strada, mentre i medici ritengono che sia inutile e rischioso procedere; in altri casi sono i medici a proporre obiettivi terapeutici aggressivi, senza rispettare le preferenze del paziente che desidererebbe lasciare che la malattia faccia il suo decorso. La verità è che in condizioni critiche tutti i pazienti hanno soprattutto bisogno di speranza, che assume la fisionomia di un nuovo farmaco, di un intervento chirurgico sperimentale, di terapie non convenzionali, di ulteriori consulti. Il medico si trova spesso impreparato per gestire queste esigenze della persona malata e, non riuscendo a mettere in campo l'empatia, non gli resta che prescrivere con il solo obiettivo di rassicurare il paziente, oggi sempre più spesso preda di venditori di speranze senza scrupoli.

• **Ottimizzare le scarse risorse disponibili.** Se i tagli lineari alla Sanità rischiano di erodere il diritto costituzionale alla tutela della salute, la consapevolezza che le risorse non sono infinite deve indurre a limitare gli sprechi, evitando interventi sanitari inefficaci e inappropriati per mantenere la qualità dell'assistenza e contribuire alla sostenibilità del SSN¹⁰. In questo processo, è indispensabile promuovere tutti gli interventi di prevenzione non medicalizzata, inclusi quelli volti a modificare le determinanti sociali della salute, dal *value* molto elevato ma largamente sotto-finanziato.

L'approccio *less is more*, vessillo di una Medicina responsabile e parsimoniosa¹¹, sembra oggi l'unica via per raggiungere il triplice obiettivo che tutti i sistemi sanitari dovrebbero perseguire¹²: migliorare l'esperienza di cura del paziente, migliorare lo stato di salute delle popolazioni e ridurre il costo pro-capite per la spesa sanitaria. Nel percorrere la lunga e faticosa strada tracciata dal movimento *less is more*, occorre sempre ricordare agli innumerevoli scettici e detrattori che "L'articolo 32 della Costituzione tutela il diritto alla salute dei cittadini italiani, ma non garantisce loro un accesso illimitato e indiscriminato a servizi e prestazioni sanitarie"¹³.

BIBLIOGRAFIA

1. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.) Medicina difensiva - Sperimentazione di un modello per la valutazione della sua diffusione e del relativo impatto economico. Disponibile a: www.agenas.it/medicina-difensiva-quanto-ci-costa. Ultimo accesso: 30 novembre 2014
2. Glasziou P, Moynihan R, Richards T, Godlee F. Too much medicine; too little care. *BMJ* 2013;347:f4247.
3. Cartabellotta A. Il paziente è soddisfatto? Sì, ma costa troppo e sta peggio. *Evidence* 2012;4(3): e1000010.
4. Redberg RF. Less is more. *Arch Intern Med* 2010;170:584.
5. Slow Medicine. Il progetto "Fare di più non significa fare meglio". Disponibile a: www.slowmedicine.it/fare-di-piu-non-significa-fare-meglio/48-fare-di-piu-non-significa-fare-meglio.html. Ultimo accesso 30 novembre 2014.
6. Cartabellotta A. Overdiagnosis: la faccia oscura del progresso tecnologico? *Evidence* 2012;4(2): e1000008.
7. Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *JAMA* 2014;312:1295-6
8. Cartabellotta A. Medicina centrata sul paziente: slogan retorico o metafora imperfetta? *Il Sole 24 Ore Sanità* 2012;27 marzo-2 aprile:17-8.
9. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA* 2012;307:1513-6.
10. Brook RH. The role of physicians in controlling medical care costs and reducing waste. *JAMA* 2011;306:650-1.
11. Tilburt JC, Cassel CK. Why the ethics of parsimonious medicine is not the ethics of rationing. *JAMA* 2013;309:773-4.
12. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)* 2008;27:759-69.
13. Fondazione GIMBE. Carta GIMBE per la Tutela della Salute e del Benessere dei Cittadini Italiani, 2014. Disponibile a: www.gimbe.org/carta. Ultimo accesso 30 novembre 2014.