



XIX  
CONGRESSO  
NAZIONALE AMD

Roma, 29 maggio - 1 giugno 2013  
Rome Marriott Park Hotel

TAVOLA ROTONDA  
LA MEDICINA CENTRATA SULLA PERSONA

L'illusione della salute e le trappole della medicina

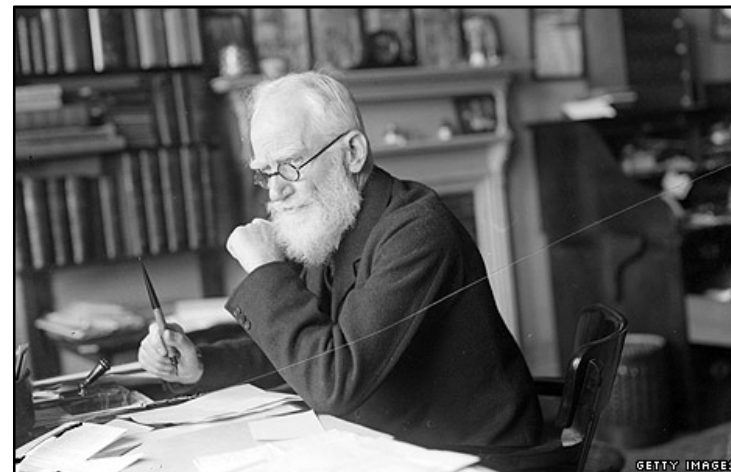
Antonio Bonaldi - Presidente di Slow Medicine

# Ritorno al paziente



*Un centinaio di anni fa, George Bernard Shaw criticava aspramente la professione medica perché riteneva cospirasse contro i pazienti.*

*Oggi, i sistemi sanitari centrati sulla malattia e sui medici, sono costosi, pieni di sprechi, frammentati e spesso indifferenti ai bisogni dei pazienti, suscitando simili ire. [BMJ - May 2013](#)*



# Too much medicine

- Il 51% di oltre 3.000 trattamenti di uso corrente non è di dimostrata efficacia. *Clinical Evidence Nandbook - BMJ 2012*
- Il NICE ha individuato oltre 800 prestazioni sanitarie che dovrebbero essere immediatamente sospese. *NICE “do not do raccomandations”*
- L`80% dei «nuovi» farmaci immessi sul mercato sono copie di quelli già in commercio, solo il 2,5% rappresenta un progresso terapeutico. *Prescrivere 2012*
- I Check up non riducono la mortalità, non prevengono alcuna malattia, non evitano ricoveri, disabilità o ansia. *Cochrane Database Syst Rev: BMJ 2012*
- Il 30% dei costi della sanità USA è attribuibile a test e trattamenti inutili. *Brody: NEJM 2012*



# In nome della salute: ti dichiaro malato

## Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy

Evidence is mounting that medicine is harming healthy people through ever earlier detection and ever wider definition of disease. With the announcement of an international conference to improve understanding of the problem of overdiagnosis, **Ray Moynihan, Jenny Doust,** and **David Henry** examine its causes and explore solutions

*BMJ 2 june 2012*

Vi sono prove consistenti che la medicina possa danneggiare le persone sane, attraverso l'individuazione precoce di malattie e anomalie che sarebbero rimaste silenti, creando nuove patologie e abbassando le soglie di normalità di molti parametri biologici: pressione arteriosa, glicemia, lipidemia, colesterolemia, densità ossea, ....



# Trattare i pazienti non la glicemia

BMJ

BMJ 2011;343:d6898 doi: 10.1136/bmj.d6898 (Published 24 November 2011)

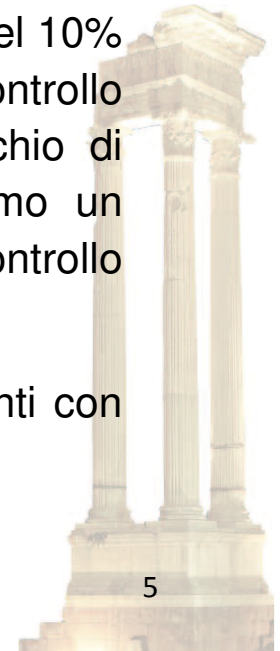
Page 1 of 20

## RESEARCH

### **Intensive glycaemic control for patients with type 2 diabetes: systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis of randomised clinical trials**

Abbiamo trovato prove insufficienti per confermare o escludere una riduzione del 10% del rischio di mortalità cardiovascolare e d'infarto non fatale, mediante il controllo intensivo della glicemia. Vi sono prove insufficienti della riduzione del rischio di complicanze microvascolari, retinopatia e nefropatia. Viceversa, confermiamo un incremento del 30% del rischio relativo di ipoglicemie severe associate al controllo intensivo della glicemia.

Di conseguenza, il trattamento e gli obiettivi del controllo glicemico dei pazienti con diabete di tipo 2 devono tener conto sia dei benefici che dei rischi.



# I nuovi farmaci migliorano gli esiti?

BMJ

29 aprile 2013

IEWS & REVIEWS

FROM THE FRONTLINE

## Bad medicine: the way we manage diabetes

Des Spence *general practitioner, Glasgow*

**Le strategie di marketing per il diabete seguono un modello noto:**

- 1. condurre ricerche discutibili e controllare i dati originali;*
- 2. convincere l'opinione pubblica che la malattia non è adeguatamente trattata e che bisogna agire con urgenza;*
- 3. reclutare diabetologi disponibili a presentare i dati in occasione di eventi promozionali, mascherati come formazione permanente;*
- 4. pagare i medici per passare ai nuovi farmaci, avviando ambigui studi internazionali di postmarketing;*
- 5. chiedere l'approvazione del NICE per spingere i medici a trattare il diabete con farmaci, in modo aggressivo.*



# Interventi da non fare: le “Top 5”

**Choosing Wisely**

*An initiative of the ABIM Foundation*

American Geriatrics Society



## Five Things Physicians and Patients Should Question

1

Dispositivi percutanei per la nutrizione artificiale (PEG) in pazienti con demenza avanzata; offrire nutrizione orale assistita.

2

Farmaci antipsicotici come prima scelta per trattare i sintomi comportamentali e psicologici della demenza.

3

Farmaci per mantenere l'emoglobina A1c < a 7,5% nei pazienti > 65 anni; preferibile un controllo moderato della glicemia.

4

Benzodiazepine o altri sedativi-ipnotici negli anziani come prima scelta per insonnia, agitazione o delirio.

5

Farmaci antimicrobici per trattare la batteriuria negli anziani, in assenza di sintomi d'infezione delle vie urinarie.

### 26 Società scientifiche fra cui:

Am. Academy of Family Physicians

Am. Academy of Neurology

Am. Academy of Pediatrics

Am. College of Cardiology

Am. College of Radiology

Am. Gastroenterological Association

Am. Geriatrics Society

Am. Society of Clinical Oncology

Am. Society of Nephrology

# Fare di più non significa fare meglio

In Italia **Slow medicine** ha avviato un'iniziativa analoga “**Fare di più non significa fare meglio**” a cui hanno aderito la FNOMCeO, IPASVI, Partecipasalute in rappresentanza dei pazienti/cittadini e molte Società scientifiche nazionali.

- Cardiologi – ANMCO
- Diabetologi - AMD
- Dietologi – ADI
- Medici di medicina generale – SIMG Torino
- Neuroradiologi – AINR
- Oncologi - CIPOMO
- Psicogeriatrici - AIP
- Radiologi - SIRM
- Radioterapisti - AIRO



Save the date

**2° Convegno Nazionale**  
30 novembre 2013 - Torino

**Fare di più non significa fare meglio**  
*Pratiche ad alto rischio di inappropriatezza  
e salvaguardia dei presidi della cura slow*

*Slow Medicine dedica parte dell'attività del 2013 alla individuazione, in collaborazione con società scientifiche, associazioni di professionisti e di cittadini, delle **5 pratiche ad alto rischio di inappropriatezza** che, nei diversi ambiti della cura, continuano ad essere proposte ed utilizzate. Parallelamente si vogliono individuare buone pratiche di cura a rischio di estinzione—**presidi della cura slow**— che i professionisti che aderiscono a Slow Medicine si impegnano a mantenere nel loro intervento quotidiano. Il **secondo convegno nazionale** sarà l'occasione per presentare i primi risultati e per condividere l'impegno per la salvaguardia dei presidi e per l'eliminazione di pratiche inappropriate nei diversi ambiti della cura.*

Slow Medicine - Via Silvio Pellico 22—10125 Torino  
segreteria scientifica 335 266187  
info@slowmedicine.it www.slowmedicine.it



# Perché si tende a fare di più?

- Nuove tecnologie consentono di rilevare "anomalie" sempre più piccole, di dubbio significato clinico.
- Si ritiene che scoprire una malattia prima che si manifesti sia sempre utile.
- Le soglie di normalità di molti parametri biologici sono riviste al ribasso.
- Atteggiamenti culturali spingono a fare più esami e più trattamenti.
- Provvedimenti legali puniscono il mancato trattamento ma tollerano l'eccesso di interventi.
- La corsa alla specializzazione porta alla frammentazione dei saperi e delle cure.



Insomma, prima insiste di non essere ammalato! Adesso non vuole neppure ammettere di essere un paziente!

# Slow medicine



un nuovo approccio  
alla salute

# Che cos'è Slow Medicine?

Slow medicine è una rete di professionisti della salute e di cittadini che si riconoscono nei principi di una medicina **sobria**, **rispettosa** e **giusta**.



*Sobria Fare di più non vuol dire fare meglio.*

*Rispettosa Valori, aspettative e desideri delle persone sono inviolabili.*

*Giusta Cure appropriate e di buona qualità per tutti.*

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

## Il manifesto di Slow medicine



### Sobria *Fare di più non vuol dire fare meglio.*

La diffusione e l'uso di nuovi trattamenti sanitari e di nuove procedure diagnostiche non sempre si accompagnano a maggiori benefici per i pazienti.

Interessi economici e ragioni di carattere culturale e sociale spingono all'eccessivo consumo di prestazioni sanitarie, dilatando oltre misura le aspettative delle persone, più di quanto il sistema sanitario sia poi in grado di soddisfarle. Non si pone inoltre sufficiente attenzione all'equilibrio dell'ambiente e all'integrità dell'ecosistema.

Una medicina sobria implica la capacità di agire con moderazione, gradualità, essenzialità e di utilizzare in modo appropriato e senza sprechi le risorse disponibili. Rispetta l'ambiente e salvaguarda l'ecosistema.

*La Slow Medicine riconosce che fare di più non vuol dire fare meglio.*

### Rispettosa *Valori, aspettative e desideri delle persone sono diversi e inviolabili.*

Ognuno ha il diritto di essere quello che è e di esprimere quello che pensa.

Una medicina rispettosa è capace di accogliere e tenere in considerazione i valori, le preferenze e gli orientamenti dell'altro in ogni momento della vita.

I professionisti della salute agiscono con attenzione, equilibrio e educazione.



*La Slow Medicine riconosce che valori, aspettative e desideri delle persone sono diversi e inviolabili.*

### Giusta *Cure appropriate e di buona qualità per tutti.*

Una medicina giusta promuove cure appropriate, cioè adeguate alla persona e alle circostanze, di dimostrata efficacia e accettabili sia per i pazienti che per i professionisti della salute.

Una medicina giusta contrasta le disuguaglianze e facilita l'accesso ai servizi socio-sanitari, supera la frammentazione delle cure e favorisce lo scambio di informazioni e saperi tra professionisti.

*La Slow Medicine promuove cure appropriate e di buona qualità per tutti.*

# L'approccio lineare di causa-effetto: le malattie acute

- Esordio improvviso e inaspettato
- Sintomi clinicamente ben definiti
- Causa specifica da agente patogeno esterno
- Cura e guarigione con “*restitutio ad integrum*”



## La salute per l'OMS

Stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia o di infermità.

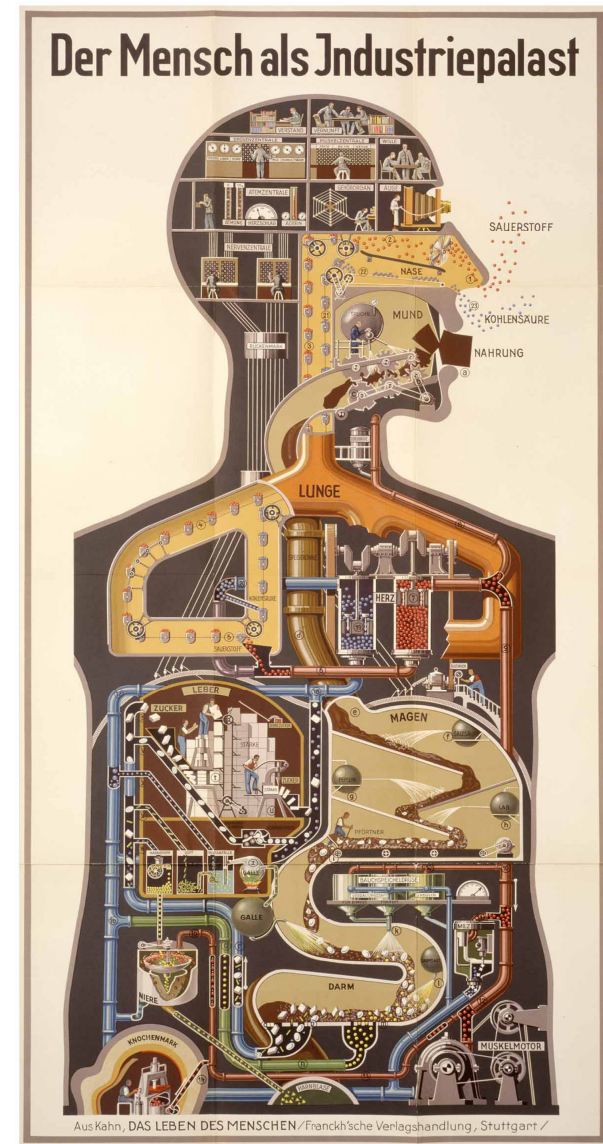
*La scoperta dei microbi come fonte di malattia e del modo di combatterli con antibiotici e vaccini apriva le speranze alla prospettiva di poter viver in un mondo senza malati.*

# La medicina meccanicistica

Secondo l'approccio meccanicistico (riduzionista) il paziente è considerato come una macchina.

L'interesse è rivolto principalmente verso lo studio dei meccanismi fisiopatologici delle malattie e lo sviluppo di tecnologie per la diagnosi e per il controllo dei sintomi.

Le cure sono affidate ad un numero crescente di specialisti, ognuno dei quali confina il proprio interesse su singoli organi e tende ad applicare, in modo standardizzato, le conoscenze acquisite su pazienti affetti da una singola patologia.



# Guardare oltre il tunnel

La medicina meccanicistica tende a studiare ogni organo in modo isolato dal contesto a cui appartiene: il particolare prende il sopravvento sull'insieme.

- Eccesso di dettagli di natura tecnica
- Moltiplicazione degli interventi
- Attenzione esasperata alle procedure
- Frammentazione delle cure



# Più prestazioni sanitarie o più salute?

La medicina si comporta come se tutte le malattie avessero una causa biologica e fossero trattabili con farmaci e chirurgia.

I servizi sanitari hanno soprattutto funzioni riparatrici e spiegano solo il 10% della mortalità prevenibile. Il rimanente 90% è associata a stili di vita, fattori ambientali, sociali e culturali, predisposizione genetica e ... caso.

*Stephen M: bridging the divide between health and health care - JAMA 2013*

Michael Crow, Presidente dell'Arizona State University, ha proposto una radicale riforma del National Institute of Health (NIH), trasferendo parte dei finanziamenti, prevalentemente centrati sugli aspetti molecolari e genetici delle malattie, verso lo studio dei fattori sociologici e comportamentali associati alla salute.

*Crow M: Time to rethink the NIH - Nature 2012*

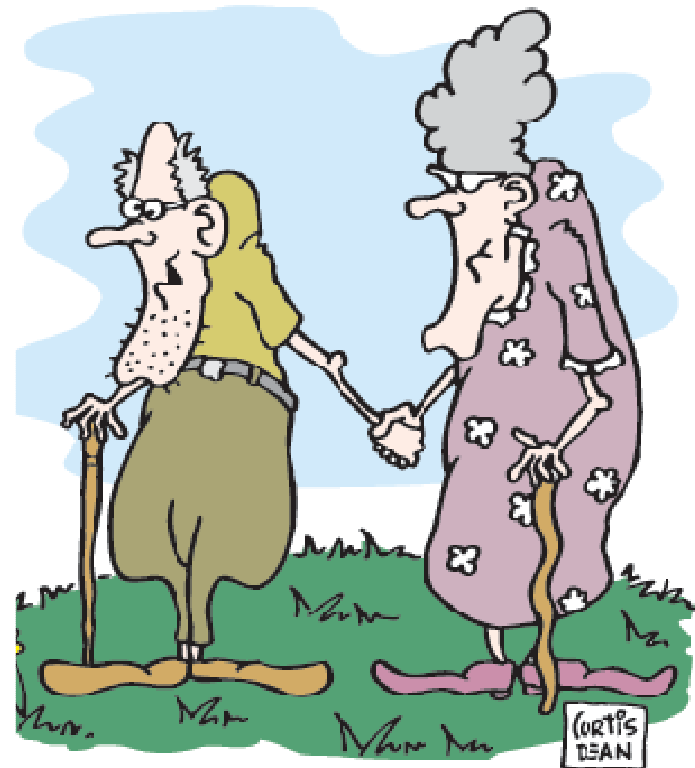




# L'approccio sistemico: le malattie croniche

- Esordio subdolo
- Manifestazioni cliniche variegate (Sindromi)
- Ruolo indefinito di fattori di rischio di tipo biologico, ambientale e sociale
- Guarigione impossibile

La salute come assenza di malattia e di infermità diventa un'illusione.



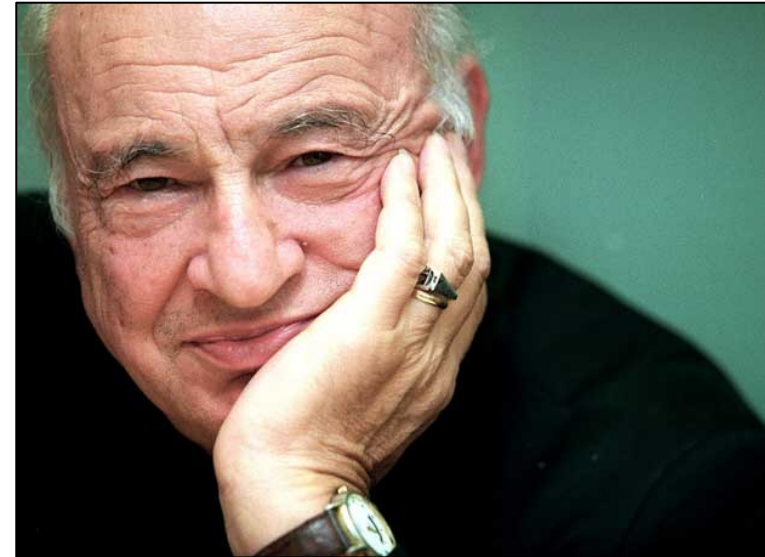
© Curtis D. Tucker 2009

# Dai sistemi lineari ai sistemi complessi

La maggior parte dei problemi non riconosce una singola causa. Essi sono: multidimensionali, carichi di valori, ambigui, instabili, aperti e non risolvibili una volta per sempre.

Ogni persona è simultaneamente un “oggetto” fisico, biologico, fisiologico, mentale, sociale e culturale e risponde in modo differente, ma non disgiunto, a ciascuno dei sistemi cui appartiene.

*Klein E:CO 2004*



*“Mentre progredisce la conoscenza delle parti, si aggrava la nostra ignoranza del tutto”*

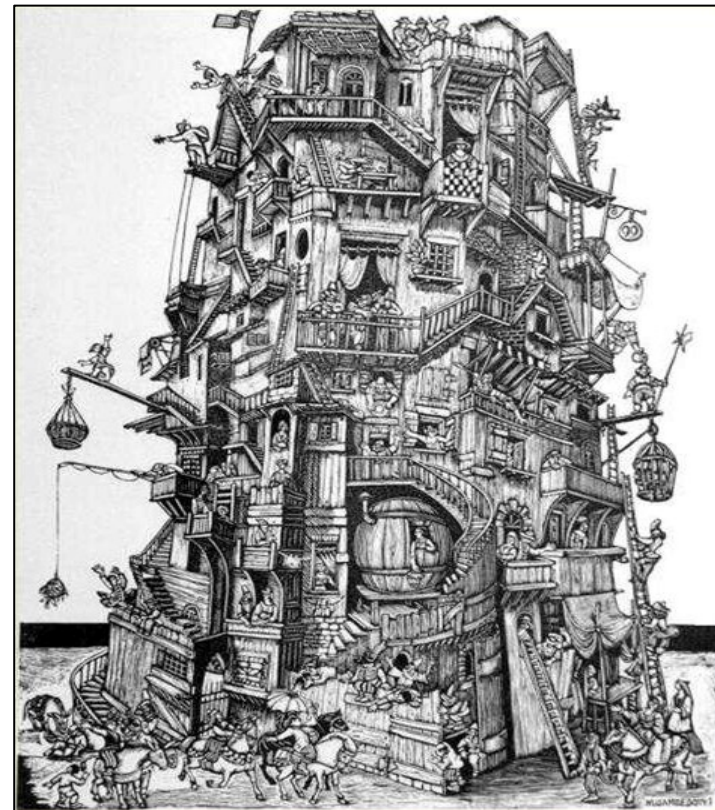
*Edgard Morin*



# L'attenzione si sposta dagli oggetti alle relazioni

Ogni singolo elemento è parte di un sistema complesso, le cui proprietà sono il risultato dell'interazione tra i diversi elementi, anche se non direttamente collegati.

- Multidisciplinarietà
- Pluralità dei linguaggi
- Connessione tra saperi
- Dialogo tra scienze tecniche, sociali e umanistiche
- Attenzione alla persona

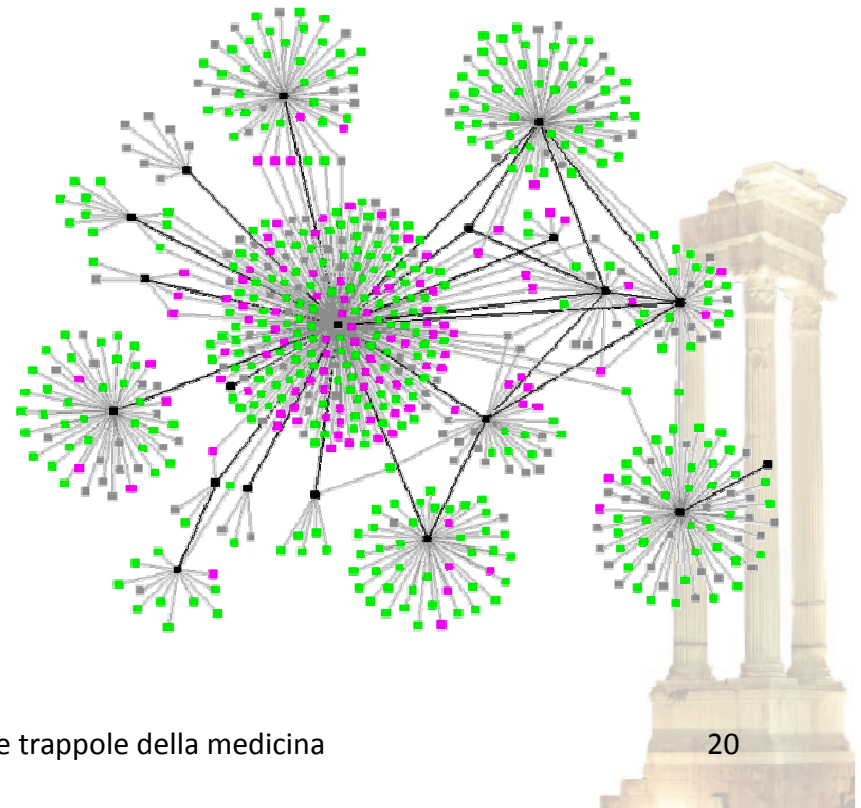


# Specializzazione e integrazione: il legame che crea

**Specializzazione** (innovazione) e **integrazione** (cooperazione), rappresentano i requisiti attraverso i quali si sviluppano ed evolvono i sistemi complessi: fisici (ambiente), biologici (animali) e sociali (città, organizzazioni, borsa, internet, ..).

Alti livelli di specializzazione generano elevata vulnerabilità nei confronti dei cambiamenti.

Integrazione senza specializzazione genera sistemi poco evoluti, ma capaci di adattarsi ad ogni ambiente.



# Lavorare insieme - Rompere l'isolamento

Vi sono prove consistenti che lavorare in teams multidisciplinari migliora le modalità di adozione delle decisioni, il coordinamento dell'assistenza, gli esiti clinici, la soddisfazione del paziente e degli operatori.

*Taylor: BMJ 2010*

*Il più importante strumento per superare le tradizionali barriere che tendono a frammentare i processi di cura è la cooperazione tra professionisti.*

*Donald Berwick*



Berwick - President of IQI Boston

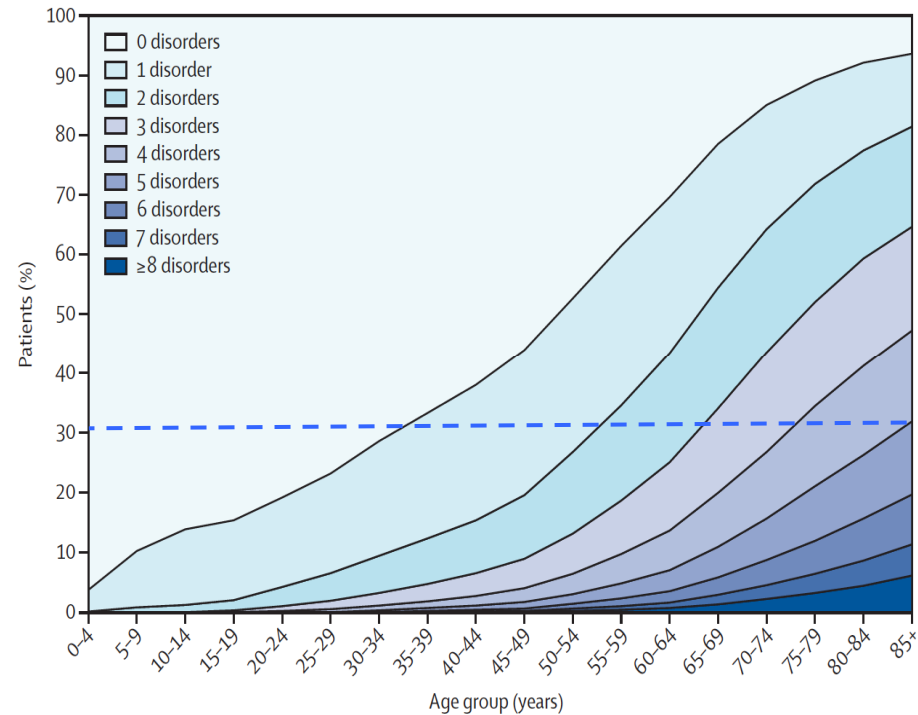
# I pazienti sono sempre più complessi

- L'80% delle consultazioni del medico di famiglia riguarda pazienti affetti da due o più malattie croniche.

*Salisbury: BrJ Gen Pract 2011*

- Un paziente con BPCO, ipertensione, diabete tipo 2, osteoartrite e osteoporosi dovrebbe assumere 12 farmaci, in 19 somministrazioni giornaliere e attenersi a decine di consigli comportamentali, alcuni dei quali in contraddizione l'uno con l'altro.

*Boyd: JAMA 2005*



Oltre un terzo delle persone con più di 85 anni soffre di 5 patologie.

*Barnett: Lancet 2012*

# Ridisegnare i servizi sanitari

Nonostante la maggior parte dei pazienti sia affetto da più patologie, i servizi sanitari e la ricerca sono disegnati per prendere in considerazione un problema per volta. Restano, quindi, aperti molti interrogativi per chi eroga le cure e per chi sviluppa la ricerca.

- Come interagiscono le diverse malattie e i diversi trattamenti sullo stesso paziente?
- Come liberare i clinici dalle tradizionali forme organizzative e favorire l'integrazione delle cure tra professionisti, servizi sanitari e sociali, famiglia e volontariato?
- Come misurare gli esiti delle cure e la qualità della vita?
- Come promuovere la partecipazione del paziente nelle decisioni e nelle cure?



# Rispettare le preferenze del paziente

- In media al paziente è concesso di parlare per 18 secondi prima di essere interrotto.

*Beckman: Annals of Internal Medicine: 1984*

- La maggior parte dei problemi possono essere interpretati da diversi punti di vista, anche contrapposti, ma non sbagliati. Il paziente deve essere ascoltato, informato e deve partecipare alle decisioni che lo riguardano.





# Curare è più che somministrare un principio attivo

La cura, oltre all'effetto specifico del trattamento, comprende la relazione con il paziente e l'insieme degli stimoli ambientali, sensoriali e sociali che circondano la terapia.

Contesto di cura, empatia, rispetto, aspettativa di un beneficio, possono modificare favorevolmente il decorso della malattia, in modo indipendente dal principio attivo che viene somministrato.



# Il paziente informato è il miglior decisore

- Il 20% degli anziani subisce un intervento chirurgico nell'ultimo mese di vita.

*Kwok: Lancet 2011*

- Il 60% dei pazienti ritiene che le cure ricevute non avevano tenuto conto delle loro preferenze.

*Covinsky: J Am Geriatr Soc 2000*

- I pazienti terminali affetti da tumore ben informati scelgono interventi meno invasivi. A parità di sopravvivenza, i costi più elevati sono associati ad una peggiore qualità di vita.

*Zhang: Arch Intern Med 2009*



# Allargare gli orizzonti

Prendere consapevolezza che in medicina oltre all'approccio meccanicistico esiste un approccio sistemico.

- Promuovere la cooperazione e il dialogo tra discipline, professionisti e pazienti
- Tenere conto dei diversi punti di vista
- Essere pronti ad esplorare nuovi orizzonti.

