

Da “Spending Review” a “Choosing Wisely”

2012-07-09 10:07:59 Redazione SI

Choosing Wisely[®]

An initiative of the ABIM Foundation

Alfredo Zuppiroli

“Choosing Wisely” invita a scegliere saggiamente piuttosto che tagliare indiscriminatamente, a sostituire alla politica del razionamento quella della riduzione/abolizione degli sprechi. Sta anche ai medici promuovere un nuovo modello di sanità basato sulla sobrietà, sull’appropriatezza e sull’efficacia.

Va di moda, di questi tempi, parlare di “spending review”. Purtroppo, come ha ben sottolineato su questo sito [Nerina Dirindin](#), non si rileva alcun tentativo di spendere meglio, si cerca solo di spendere meno. Le decisioni del governo dei “tecnici” in tema di spesa sanitaria mostrano la povertà intellettuale e la miopia politica che le sottende. Eppure, un’altra politica sarebbe possibile, addirittura doverosa, a patto che si volesse invertire l’attuale deriva, che ha fatto della contabilità e compatibilità finanziaria un totem cui tutti dobbiamo incondizionata deferenza. **Nessuno infatti sa o vuole ripensare alla radice un modello di salute, e conseguentemente di sanità, basato sui consumi e non sull’appropriatezza e sull’efficacia, che fatalmente nessun sistema di welfare, anche in contesti diversi nello spazio e nel tempo dall’odierna situazione italiana, potrebbe sostenere.**

Sta anche a noi medici cominciare a invertire la rotta. Il mito che noi siamo degli innocenti spettatori dell’incremento dei costi sanitari non regge più. Due anni fa Howard Brody lanciava dalle pagine del *New England Journal of Medicine* un appello[1] ai medici, alle società scientifiche, a compilare una “Top Five list”, cioè un elenco di cinque procedure diagnostiche o terapeutiche comunemente utilizzate nella pratica clinica, e particolarmente costose, per le quali vi fosse la dimostrazione che non determinano beneficio significativo. Mi sembra un modo molto semplice per cominciare a risparmiare, senza privare i pazienti delle cure realmente efficaci, tutta un’altra prospettiva rispetto a quella dei tagli lineari!

L’appello è stato raccolto, tanto che due anni dopo, nella primavera del 2012, è stata lanciata la campagna “Choosing Wisely” (scegliere con saggezza) da parte dell’*American Board of Internal Medicine Foundation*[2]. Nove società scientifiche (ed altre otto hanno annunciato per l’autunno il loro contributo) hanno individuato le “Five Things Physicians and Patients Should Question”, **invitando pazienti e medici a discutere sull’appropriatezza di una certa indagine diagnostica o di un determinato trattamento terapeutico.** Certo, sappiamo bene come non sia facile passare dal mondo della letteratura scientifica al mondo reale dei singoli pazienti. I risultati dei trial clinici rappresentano una popolazione “media”, per cui il singolo paziente può derogare sia nel senso di non ricevere quel beneficio che è stato riscontrato nella media della popolazione generale sia nel senso di trarre beneficio da un trattamento risultato inefficace per la media dei pazienti. Ma certamente questa è una strada da perseguire, **perché ci invita a scegliere “saggiamente” piuttosto che tagliare indiscriminatamente, a sostituire alla politica del razionamento quella della riduzione/abolizione degli sprechi**[3].

Certo, la delicata questione dei costi deve essere affrontata eliminando sprechi, abusi, addirittura le frodi – Brody stima che tutto questo “valga” dal 10 al 30% della spesa in Sanità – con un impegno tanto maggiore alla luce del progresso tecnologico e dell’invecchiamento della popolazione. Si tratta di un preciso obbligo etico e deontologico per i clinici, che non possono non interrogarsi sulla futilità di un intervento diagnostico o terapeutico, che sia richiesto dai pazienti o proposto da altri colleghi, più o meno consapevoli e/o

interessati. **Dobbiamo avere il coraggio di parlare di quel razionamento occulto che di fatto una politica priva di una bussola, che non sia quella dell'ossessione per i costi, sta realizzando.** Se chi “decide” (pensiamo all'etimologia latina di questo verbo...) di fatto “taglia” solo i costi senza preoccuparsi degli esiti, riduce l'economia da scienza della “decisione” tra opzioni diverse a gestione contabile, che di fatto avalla scelte lontane da un minimo di correttezza e di equità. E dovremmo smetterla con l'obiezione che di fronte alle scelte sul singolo paziente i costi devono passare in secondo piano: come la metteremo, quando le risorse saranno davvero terminate, con quegli altri pazienti in carne ed ossa che saranno privati delle cure, e per i quali, se non individualmente, certamente collettivamente abbiamo lo stesso grado di responsabilità?

Evitare test o trattamenti inutili è un nostro preciso dovere professionale almeno per due ragioni: la prima, per non privare i pazienti delle risorse di cui realmente necessitano, la seconda perché test e trattamenti possono non solo essere inutili, ma anche dannosi. “Primum non nocere” diventa allora un imperativo categorico, ed in questa direzione sta ben lavorando il movimento di *Slow Medicine*[4]. Se i medici americani sono sempre più consapevoli che una pratica professionale orientata a scelte supportate dalle Linee Guida e dunque ad evitare interventi inutili è lo strumento necessario per estendere la copertura assicurativa a quei milioni di cittadini che non ce l'hanno[5], noi italiani dobbiamo renderci conto che una prospettiva del genere è necessaria anche per evitare di andare nella direzione opposta, cioè quella di togliere la copertura universale che il nostro SSN sta assicurando dal 1978. E' paradossale: mentre pochi giorni fa la Corte Costituzionale americana ha dato il via libera alla riforma sanitaria voluta da Obama[6], noi rischiamo di seguire il pessimo esempio del governo Cameron nel Regno Unito[7]. All'argomentazione demagogica e populista che il governo non si deve intromettere tra il medico ed il paziente, è tempo di rispondere noi medici, facendoci “governo” di una relazione che se ovviamente implica aiuto e cura nei confronti del singolo individuo ha anche pesanti risvolti socio-economici.

Noi clinici non dovremmo mai smettere di porci le seguenti domande, per capire poi la risposta più corretta[8]. Chi trae beneficio quando si prescrive un test diagnostico? Il paziente, il laboratorio, l'industria privata, l'organizzazione? E chi ci perde in salute, quando allochiamo le risorse economiche in questo test? Dobbiamo riscoprire il valore del giudizio clinico, di quel pensiero critico che è il fulcro della pratica di una buona medicina. Dobbiamo ricordarcelo noi, e comunicarlo all'esterno, che più medicina non significa migliore medicina, che le nuove tecnologie vanno usate con attenzione e saggezza, che una spesa sanitaria in continua crescita è insostenibile per qualunque sistema sanitario pubblico basato sulla fiscalità generale. In questo senso si sta sempre più orientando il *BMJ*, attivamente impegnato contro quella “Overdiagnosis” per la quale la Medicina, invece che migliorare le condizioni dei malati, rischia di peggiorare quelle dei sani[9-10]. Ed è di pochissimi giorni fa l'annuncio della conclusione dello studio EVINCI, promosso dalla Società Europea di Cardiologia, secondo il quale un uso appropriato della diagnostica non invasiva per il dolore toracico di sospetta origine coronarica potrebbe portare a risparmiare addirittura il 75% della procedure invasive[11].

In conclusione, una riflessione è doverosa. Anche la grande stampa quotidiana ha sposato le finalità della campagna *Choosing Wisely*, in particolare il *New York Times* le ha dato un grande risalto, aprendo un dibattito che ha visto oltre 500 commenti da parte dei suoi lettori. Molti hanno contestato la campagna orientata a scegliere saggiamente, accusandola di restare nell'astratto luogo delle buone intenzioni teoriche, mentre la realtà vede nel contenzioso giudiziario, e nella conseguente medicina difensiva, una tra le cause più importanti di eccesso di prestazioni. È dunque necessario un profondo ripensamento dei modelli concettuali di salute e malattia, di medicina e sanità. Senza un cambiamento di paradigma non potremo che dar ragione a quel lettore del *NYT*, chirurgo in Florida, che testualmente commenta “Non ho mai visto un medico citato in giudizio per aver prescritto una risonanza magnetica, ma ne ho visti tanti per non averlo fatto”.

Alfredo Zuppiroli, Dipartimento cardiologico, Azienda Sanitaria di Firenze

Bibliografia

1. Brody H. Medicine's Ethical Responsibility for Health Care Reform — The Top Five List. *N Engl J Med* 2010;362:283-5
2. [Choosing Wisely](http://Abimfoundation.org). Abimfoundation.org
3. Brody H. From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance. *N Engl J Med* 2012; 366:1949-51
4. Bert G. [Slow Medicine, che cos'è?](http://SaluteInternazionale.com) Salute Internazionale, 14.06.2012

5. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. JAMA 2012;307:1513-6.
6. Maciocco G. Obamacare. [La riforma è salva](#). Salute Internazionale, 29.06.2012
7. Cattaneo A. [La \(contro\) riforma del NHS è legge](#). Salute Internazionale, 17.05.2012
8. Palfrey S. Daring to Practice Low-Cost Medicine in a High-Tech Era. N Engl J Med 2011; 364:e21March 17
9. Moynihan R. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. BMJ 2012;344:e3502
10. Godlee F. Preventing overdiagnosis BMJ 2012;344:e3783
11. European Society of Cardiology. EVINCI results could lead to 75 percent reduction of invasive procedures for patients with suspected CAD [press release]