

Presentazione

Tradurre le idee di Victor Montori senza tradirle non è facile, anche per il lessico particolare usato in questo libro. Partiamo dalla convinzione principale: la medicina è diventata un'industria e la sua finalità – prendersi cura delle persone malate – è stata messa da parte. Montori parla di *corruzione* della missione originale e la scelta di questa parola non è senza significato. Risalendo alla radice di questo termine il quadro si fa più chiaro perché diversi autori riconducono l'etimologia alla contrazione di due parole latine: *cor* e *ruptus*. Il cuore della medicina sarebbe dunque frantumato e nella perdita dell'integrità ritroveremo il peccato originale dell'assistenza sanitaria.

Dalle parole scelte traspare la passione dell'autore: nessuna remora nell'usare il termine *amore* né nel sostenere che la relazione tra il medico e la persona assistita debba somigliare a *un ballo elegante*. L'*avidità* che caratterizza i sistemi sanitari dovrebbe trasformarsi in *solidarietà*. L'obiettivo è una medicina capace di dare il minor fastidio possibile al malato, non aggiungendo alcun carico non necessario che si sommi a quelli che già comporta la malattia. Montori ha iniziato a sollecitare una medicina a minimo impatto (*minimally disruptive medicine*) già nel 2009, invitando a una riflessione che riguardasse tutti i livelli dell'as-

sistenza: dai più semplici (è proprio necessario svegliare così presto i malati ricoverati in ospedale? Che bisogno c'è di mantenere la prescrizione di così tanti farmaci negli ultimi anni di vita dell'anziano?) ai più complessi (quali disagi comporta la frammentazione dell'assistenza in tanti setting diversi spesso mal collegati tra loro? Perché non valorizzare il ruolo di una figura che potrebbe accompagnare il malato nel percorso di cura assicurando la coerenza e continuità che si stanno perdendo?). I primi e ormai molto citati contributi di Montori hanno certamente accompagnato e in molti casi favorito il nascere di iniziative importanti come il programma *Choosing wisely* della Fondazione dell'American Board of Internal Medicine, le campagne *Less is more* portata avanti dal *JAMA Internal Medicine* e *Too much medicine* del *BMJ*, l'iniziativa informativa *Overuse 101* curata dal Lown Institute, la collaborazione *Wiser Healthcare* coordinata da diverse università australiane, il movimento *Slow medicine* nato in Italia e presente ormai in molte nazioni. Si tratta dunque di scegliere in maniera consapevole per prendere le distanze da ciò che non è necessario, inefficace o non desiderato dal paziente, riducendo il consumo di prestazioni senza modificare – se non migliorandola – la qualità della vita della persona.

Come si è arrivati al punto in cui siamo oggi? In primo luogo, sostiene Montori, l'attenzione della medicina si è spostata prevalentemente sulle persone in salute, trasformando in malattie condizioni che non erano considerate tali, dalla timidezza (accademicamente ribattezzata fobia sociale) alla calvizie fino alla riduzione del desiderio sessuale. Questo è avvenuto per l'effetto tout court del cosiddetto *disease mongering* – o *mercificazione delle malattie* – e della progressiva riduzione delle soglie diagnostiche che ha creato legioni di persone pre-ipertese o pre-diabetiche, invariabilmente sottoposte a terapia. Come se, per regolare il traffico stradale, i vigili sanzionassero anche chi guida a una velocità inferiore ma prossima al limite fissato. Finisce per stare discretamente in salute solo chi non abbia sostenuto tutti gli esami possibili e immaginabili. Come anche chi abbia de-

ciso di non ricorrere a qualcuno dei sempre più diffusi dispositivi di monitoraggio *wearable*: pensiamo per esempio ai rilevatori del ritmo cardiaco che, quando utilizzati, sembra siano capaci di raddoppiare il numero di diagnosi di fibrillazione atriale. Il risultato? Crescita delle prescrizioni di farmaci anticoagulanti e antiaritmici, aumento delle prestazioni ambulatoriali e dell'impianto di pacemaker in persone in realtà portatrici di fibrillazione atriale silente non sintomatica. Non a caso, lo studio che ha recentemente dato questi risultati – senza dimostrare che il trattamento successivamente messo in atto sia in grado di avere un impatto positivo su un esito rilevante per la persona – è stato finanziato da un'azienda produttrice di un nuovo anticoagulante orale.

Altro volano di produzione di malattia è il ricorso sempre più diffuso e frequente agli screening. Argomento delicato perché oggetto di studio in molti ambiti diversi e complesso da condividere con quanti sono convinti che scoprire precocemente una condizione di malattia – reale o potenziale – sia comunque più vantaggioso rispetto a una diagnosi che segua il manifestarsi della sintomatologia.

Anche in questo caso il risultato è l'aumento della medicalizzazione della vita quotidiana per la sovradiagnosi e l'extradiagnosi (che si verifica quando una persona è sottoposta a percorsi diagnostici che vanno oltre quanto sarebbe considerato appropriato considerando la sua biologia e biografia) e il conseguente sovratrattamento.

Perché si è arrivati a questa situazione? Perché conviene a molti dei portatori di interesse presenti nella sanità, stakeholder che sono riusciti a convincere i cittadini che la medicalizzazione del vivere quotidiano sia in grande misura protettiva e che quindi convenga anche a loro. La rete di interessi coinvolge ovviamente l'industria: farmaceutica, dei dispositivi medici, delle apparecchiature diagnostiche, della robotica chirurgica, alimentare e del fitness. Ma anche l'industria turistica (che ha nei congressi medici un'importante fonte di profitti) e dei media (che omette di comunicare costi, sicurezza, qualità delle

prove e alternative delle “innovazioni” quotidianamente vendute ai lettori). Organica alla rete anche parte della medicina accademica (come hanno dimostrato gli studi sui comunicati stampa di università e centri di ricerca costantemente caratterizzati da un’enfasi ingiustificata sui risultati degli studi oggetto delle *press release*) e talvolta alcune istituzioni (basti pensare alla frequenza con cui emergono conflitti di interesse in figure apicali di enti regolatori o di sanità pubblica, come anche al diffondersi del fenomeno delle *revolving doors* che vede disinvoltamente passare funzionari pubblici alle dipendenze di industrie che fino al giorno prima rappresentavano l’oggetto della loro valutazione).

È possibile che sia proprio questo intreccio di convenienze ad aver trasformato un *mercato* (quello ben descritto da Gianfranco Domenighetti nel libro intitolato proprio “Il mercato della salute”) nella *industria* di cui scrive Montori. Nei mercati decentralizzati di un tempo (che potremmo definire “artigianali”) era certamente presente il rischio del cosiddetto *azzardo morale*, espressione che definisce il rischio che l’agente (il medico) approfitti di una condizione di asimmetria informativa per prendere decisioni o compiere delle scelte non vantaggiose per il paziente nell’interesse del quale dovrebbe agire. Gli incentivi all’azzardo morale erano tuttavia assai meno forti di oggi, in quanto il medico non riceveva alcuna pressione se non da se stesso e, comunque, era minore la gamma degli interventi possibili. Oggi le cose sono molto diverse. Nel privato, al mercato si sono sostituiti gruppi di imprese sempre più oligopolistiche: la prospettiva non è più quella caratterizzata da attori individuali decentralizzati ma quella in cui sono protagoniste grandi aziende spesso collegate tra loro. Al contempo, il processo di trasformazione del sistema economico che privilegia sempre di più gli aspetti finanziari rispetto a quelli produttivi influenza anche le scelte delle organizzazioni sanitarie private, che devono rispondere agli azionisti garantendo tassi di profitto elevati ricercati attraverso la minimizzazione dei costi e l’espansione delle quote di mercato.

La trasformazione dell'assistenza sanitaria in attività industriale è fonte di molti problemi. La ricerca della minimizzazione dei costi comporta fra l'altro la standardizzazione dell'approccio al malato (con la conseguente riduzione dei compiti di ascolto e di cura); il passaggio dalla scelta in merito agli "interventi per questa persona malata" alla decisione degli "interventi per pazienti di questo tipo"; una minore flessibilità (o addirittura una rigidità) nelle procedure cui i pazienti devono sottostare e la sottovalutazione dei problemi vissuti da malati *unglamorous* portatori di condizioni croniche non sufficientemente remunerative per il Sistema sanitario. Al contrario, perseguire la massimizzazione dei profitti e l'aumento progressivo delle quote di mercato da parte degli attori privati comporta fra l'altro – come abbiamo già detto – la creazione di una domanda per interventi più vantaggiosi per il Sistema ma non per il malato.

In questo quadro, la valutazione dell'*innovazione* ha una particolare importanza. Già molti anni fa, il bioeticista Daniel Callahan sottolineava come l'innovazione sia una condizione necessaria alla creazione di profitti in sanità. Negli anni che sono seguiti, l'aumento dell'informazione (ma non sempre della *health literacy*) dei cittadini ha fatto diventare la componente tecnologica uno degli strumenti per il mantenimento di quella asimmetria informativa indispensabile allo stabile esercizio del potere da parte dei professionisti sanitari. Quando si parla di medicina, la dimensione del progresso viene celebrata molto spesso a prescindere dall'effetto che può avere sulla cura dei malati e l'introduzione eccessivamente precoce di tecnologie porta all'aumento esponenziale di quei troppo frequenti *medical reversals* di cui hanno scritto Prasad e Cifu.

Come uscire da questa situazione? La riflessione di Montori ritiene ovviamente necessario un cambiamento complessivo delle politiche sanitarie. Ma, ancor prima, sollecita un ripensamento nelle modalità della cura. La presa in carico della persona deve rispettare le sue aspettative, le sue fragilità e forse soprattutto i tempi: "per prendersi cura delle persone i clinici devono permettersi di rallentare" resi-

stendo alle pressioni di chi li vorrebbe più efficienti perché capaci di svolgere un più alto volume di attività remunerative. Mettere al centro dell'assistenza la redditività si traduce in meno tempo dedicato al malato, in minore attenzione, nella rinuncia a quelle "piccole gentilezze" che qualificano e rendono prezioso un rapporto. La riduzione del tempo della cura può spingersi fino al suo azzeramento e qui troviamo una delle più intriganti intuizioni di Montori: il malato cronico reso spesso suo malgrado in tutto o in parte autosufficiente non è "empowered" ma, al contrario, è trasformato in strumento di assistenza a basso costo per il sistema sanitario.

Il doppio binario lungo il quale si articola la riflessione dell'autore è sostenuto anche dalla presenza di storie come quella di Maria Luisa, l'anziana signora di origine peruviana che non riusciva a seguire una dieta che aiutasse a controllare la propria malattia renale perché – emigrata in Alaska – il regime suggeritole dal medico era troppo lontano dai sapori della cucina latinoamericana. Storia che si intreccia con quella di Ana – sua nipote e studentessa di Medicina – che ripensa tempi e modi della cura alla nonna. Un esempio chiarissimo di come la medicina narrativa sia quella capace di raccontare la vita del malato ma anche il "vivere da medico" e di come la *narrative medicine* possa rivelarsi uno strumento prezioso per la pratica di quella evidence-based medicine che ha formato Montori negli anni trascorsi alla McMaster University.

L'analisi di Victor Montori si basa sulla situazione della sanità statunitense, caratterizzata da un sistema differente da quello italiano soprattutto perché prevalentemente in mano privata. Questo rende l'accesso alle cure ancora più difficile che in altri Paesi perché condizionato dalla disponibilità di una totale o parziale copertura assicurativa del malato. Altra differenza rilevante è nella relativa minore attenzione alle cure primarie del sistema statunitense rispetto a servizi sanitari come quelli italiano o inglese in cui alla medicina generale è riconosciuta un'importanza strategica. Questi e altri fattori rendono quello americano uno dei sistemi sanitari meno affidabili essendo

caratterizzato da un'alta mortalità evitabile, forti disuguaglianze e spesa assai elevata. Nonostante queste profonde differenze, il libro di Montori può essere una lettura utile anche per chi è interessato – da cittadino, da professionista sanitario o da decisore politico – al futuro della sanità del nostro Paese, in particolare quando i vincoli di bilancio pubblico sono sempre più stringenti e la retorica a favore di una gestione del SSN ispirata a meccanismi incentivanti di tipo privatistico continua ad avere non pochi seguaci. Per concludere, prima ancora di chiederci se aver trasformato la medicina in un'industria importante così presente nel nostro quotidiano garantisca una migliore salute o una vita più lunga, dovremmo domandarci se non ci abbia tolto la serenità. “Se ti prepari per qualunque disgrazia, lo fai a danno della tua felicità”, ha avvertito Iona Heath al congresso internazionale sulla sovradiagnosi nell'agosto 2018. Serve invece una medicina che sappia giudicare quando fermarsi, trovando un punto di equilibrio tra le aspettative di benessere delle persone e le ragionevoli possibilità di poterle soddisfare. Non è facile e per questo serve una rivoluzione o – con le parole di Montori – una *ribellione* che non può che essere promossa dai malati, dai cittadini.

Nonostante il possibile equivoco che potrebbe generarsi leggendo il sottotitolo del libro (*A patient revolution* è una... “rivoluzione paziente?”) la ribellione è urgente, anche perché – come ha scritto Paul Glasziou – passiamo così tanto tempo a spaventare i sani che non ci prendiamo cura di chi sta male davvero.

Luca De Fiore

Direttore de Il Pensiero Scientifico Editore

Elena Granaglia

Professore ordinario di Scienza delle Finanze

Dipartimento di Giurisprudenza

Università degli Studi Roma Tre