- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.204 Sat, 12 Jul 2025, 04:30:04

Invito ad una "slow medicine"

Alberto Dolara

Unità Operativa di Cardiologia, Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze

Key words:
Methodology; Total-quality management.

In clinical practice, hyperactivity is often unnecessary. Adopting a strategy of "slow medicine" may be more rewarding in many situations. Such an approach would allow health professionals and particularly doctors and nurses, to have a sufficiently long time to evaluate the personal, familial and social problems of patients extensively, to reduce anxiety whilst waiting for non urgent diagnostic and therapeutic procedures, to evaluate new methods and technologies carefully, to prevent premature dismissals from hospital and finally to offer an adequate emotional support to the terminal patients and their families.

(Ital Heart J Suppl 2002; 3 (1): 100-101)

© 2002 CEPI Srl

Ricevuto l'1 ottobre 2001; accettato il 18 ottobre 2001.

Per la corrispondenza:

Dr. Alberto Dolara

Unità Operativa di Cardiologia Azienda Ospedaliera Careggi Viale Pieraccini, 17 50139 Firenze E-mail: cardiologia2@ao-careggi.toscana.it

"… la fretta
che l'onestade ad ogni atto dismaga …"
Dante - Purgatorio - Canto III

Nell'attuale società la spinta costante, anche se non sempre giustificata, all'accelerazione di tutti gli aspetti della vita quotidiana determina inevitabilmente la nascita di movimenti di opinione e/o il verificarsi di atti concreti che tendono a contrastarla. Analogamente a quanto avviene nell'alimentazione, atto biologico fondamentale (*fast vs slow food*), perché non prendere in considerazione anche per l'attività sanitaria, ed in particolare quella medica, un concetto di "slow medicine"? Prescindendo dagli interventi diagnostico-terapeutici che hanno carattere di urgenza, l'applicazione di tale concetto potrebbe essere utile nella pratica clinica, come illustrato da alcuni esempi.

È ormai accertato che nel settore preventivo l'introduzione di uno screening precoce può indurre stati di ansia e procedure terapeutiche inappropriate se l'evento previsto ha solo carattere di probabilità. Il riscontro di positività all'antigene prostatico specifico può indurre interventi non necessari con esiti funzionali a volte pessimi, mentre è noto il riscontro di focolai carcinomatosi nella prostata di soggetti asintomatici deceduti per altre cause; è ormai accertato che lo screening per la diagnosi precoce di carcinoma pancreatico ha validità praticamente nulla dal punto di vista terapeutico. L'introduzione degli screening genetici può rendere questo fenomeno più evidente e suscitare in alcuni casi perplessità ed interrogativi etici non facilmente risolvibili: quello del carcinoma mammario, per esempio, che individua molto precocemente famiglie e soggetti a rischio, suscita interrogativi talora drammatici sulla condotta terapeutica da seguire.

Nella pratica medica quotidiana sono numerosi gli esempi di processi patologici ad eziologia infettiva in cui l'accelerazione apparente della guarigione, ottenuta con i moderni mezzi terapeutici, contrasta con i più lenti ritmi biologici di recupero e convalescenza dell'organismo intero, che devono comunque essere sempre considerati nell'interesse del paziente. Ciò può valere anche per le patologie degenerative: un episodio improvviso di insufficienza coronarica da coronaropatia, pur brillantemente risolto in tempi rapidi mediante angioplastica coronarica, non richiede poi l'intervento di una "slow medicine", cioè di una paziente e costante eliminazione o riduzione dei fattori di rischio e modifica degli stili di vita per prevenire recidive? Il verificarsi di uno shock cardiogeno richiede misure efficaci e rapide, ma per l'inserimento del paziente in una lista di attesa per trapianto cardiaco sono di solito necessarie indagini preliminari complesse ed una valutazione attenta con adeguato periodo di follow-up considerando i possibili risultati di terapie mediche alternative. L'incauto ed affrettato proporre al paziente il trapianto di cuore, può provocare ansie ingiustificate ed aspettative non realizzabili.

L'applicazione di nuove metodiche richiede una particolare attenzione: un esempio tra i tanti è quello della metodica di chiusura dei difetti settali interatriali oggi possibile mediante tecnica percutanea, che

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.204 Sat, 12 Jul 2025, 04:30:04

evita traumatici interventi cardiochirurgici e degenze prolungate in ospedale; i cardiologi più prudenti suggeriscono tuttavia che non è necessario avere fretta nell'applicare tali procedure a bambini che non abbiano necessità urgente di chiusura del difetto: viene fatto osservare che impiantare un corpo estraneo per chiudere un difetto ben tollerato in un soggetto che ha una lunga aspettativa di vita, contrasta con la mancata conoscenza degli effetti a lunga distanza di materiale estraneo all'organismo.

Negli ospedali vi è una pressione costante per ridurre la durata della degenza; se le finalità sono del tutto condivisibili, ciò tuttavia contrasta con il tipo di assistenza attualmente richiesto da gran parte della popolazione ricoverata, costituita da anziani con malattie croniche. Siamo sempre sicuri che in questi casi la corsa alla dimissione precoce favorisca il paziente e riduca la spesa sanitaria? Si assiste molto spesso al fenomeno che questi pazienti, rapidamente dimessi da un reparto, sono altrettanto rapidamente ricoverati in altro reparto o in altri ospedali. Il risultato finale è da una parte lo sconcerto del paziente, il quale perde del tutto la continuità assistenziale e dall'altra l'aumento del numero dei ricoveri che annulla il vantaggio della riduzione della degenza. I ricoveri multipli per scompenso cardiaco rappresentano esempi tipici di tale situazione. Un moderato prolungamento della degenza potrebbe, e dovrebbe, accompagnarsi ad una dimissione "protetta", stabilendo fin dall'inizio un continuo rapporto con la famiglia del paziente, il medico di famiglia, lo specialista referente, stabilendo controlli ambulatoriali successivi e terapie domiciliari con accuratezza e determinazione ed offrendo al paziente misure efficaci di assistenza a lungo termine, dall'ottimizzazione della terapia alla riabilitazione. La pratica della "slow medicine" trova un'utile applicazione in questa evenienza.

Il problema delle liste di attesa, ritenuto così pressante dall'opinione pubblica da porlo addirittura come possibile elemento destabilizzante di un determinato sistema sanitario, e considerato risolvibile dai troppo enfatizzati Centri Unificati di Prenotazione, potrebbe avvalersi del concetto di una "slow medicine". Sono ancora troppo timidi i tentativi di marcare la distinzione tra liste di attesa "prioritarie", costituite da interventi diagnostici e terapeutici non differibili, da quelle "programmabili" nelle quali è del tutto ammissibile un determinato ritardo. Il concetto è drammaticamente evidente per alcune scelte terapeutiche come l'inserimento in lista di attesa per trapianto di organi. È quindi fondamentale l'opera del medico di famiglia, specialista e/o ospedaliero il quale può esercitare un'efficace azione di filtro placando l'ansia dei richiedenti attraverso un'adeguata capacità di ascolto e indirizzando la scelta tra le varie possibilità offerte dalle strutture sanitarie.

Il concetto di "slow medicine" ha implicazioni anche per quanto riguarda la fase terminale della vita, aspetto con il quale inevitabilmente si incontra l'attività sanitaria; la morte, come tutti i fenomeni biologici, è un processo in corso che inizia dalla nascita e procede in tempi diversi fino alla fine. Per la maggioranza dei pazienti è preceduta da una lunga malattia cronica. Se quindi la prevenzione di una morte evitabile richiede interventi rapidi ed adeguati, quasi sempre l'alleviamento delle sofferenze, l'aiuto alla famiglia ed il continuo colloquio con il paziente terminale richiedono tempo e coinvolgimento emotivo piuttosto che intempestive misure tecnologiche. Il concetto è vividamente illustrato da Bernard Lown, eminente cardiologo americano "inventore" della cardioversione ed organizzatore delle prime unità coronariche, nel suo bel libro autobiografico "L'arte perduta di guarire" (Milano, Garzanti Editore, 1997). La madre, di 96 anni e cardiopatica terminale, si era da tempo preparata nella sua casa ad una morte serena, ma l'arresto cardiaco, avvenuto in assenza temporanea del figlio, aveva scatenato l'attività di un'équipe di rianimazione. Lown, subito accorso, definisce orribile lo spettacolo ed afferma testualmente che "il ricordo della sua morte mi evoca dolore e lacrime, ma soffro ancora di più perché episodi di questo genere gettano un'ombra sulla mia professione".

Un invito alla "slow medicine" dovrebbe infine essere raccolto anche da quei ricercatori ed operatori dei mass media, che nell'ambito del settore biomedico tendono a rendere pubblici risultati eclatanti, non ancora passati al vaglio degli esperti, facendo talora apparire come realistica alla popolazione cui si rivolgono la possibilità, evidentemente utopica, di eliminare non solo tutte le malattie, ma anche la fine della vita.

In conclusione, se è vero – come è vero – che i problemi della sanità non sono solo organizzativi o economici, che quelli del paziente non sono esclusivamente sanitari, ma anche affettivi, familiari, economici e sociali, e che la loro comprensione richiede da parte degli operatori sanitari, tempo, capacità di ascolto, consultazione reciproca, valutazioni critiche ed aggiornamento continuo, l'invito ad una "slow medicine" appare del tutto giustificato.

Riassunto

L'iperattività è spesso non necessaria nella pratica clinica. L'applicazione di una "slow medicine" può portare a migliori risultati in molte situazioni. Essa permette agli operatori sanitari, ed in particolare a medici ed infermieri di avere tempo a sufficienza per esaminare i problemi personali, familiari e sociali dei pazienti, ridurre l'ansia di questi ultimi mentre attendono procedure diagnostiche e terapeutiche non urgenti, di valutare con attenzione procedure e tecnologie di avanguardia, prevenire dimissioni premature dall'ospedale ed infine offrire un adeguato sostegno emotivo ai pazienti terminali e alle loro famiglie.

Parole chiave: Metodologia; Qualità totale.