

CHOOSING WISELY IN GRAN BRETAGNA. E IN ITALIA?

Responsabile Editoriale
Renato Cozzi

Come altri Paesi a economia avanzata, anche il Regno Unito (UK) deve confrontarsi con un aumento importante della spesa sanitaria e una variabilità eccessiva nell'uso di interventi medici e chirurgici, simile a quella riscontrata negli Stati Uniti, benché meno accentuata in termini assoluti.

Per fare fronte a questi problemi senza aumenti ulteriori del carico fiscale, anche UK sta cercando di ridurre inefficienze e sprechi tramite un approccio più manageriale alla gestione del proprio Servizio Sanitario Nazionale (NHS), sottolineando il ruolo delle linee-guida sia nel processo diagnostico che terapeutico e verificando la loro applicazione mediante revisione a livello locale e nazionale.

Nonostante diversi punti a favore, questo approccio, mutuato in parte dal *marketing* e dalla ricerca su popolazioni, è a volte difficile da conciliare con la cura del singolo individuo, che, specialmente quando anziano, è spesso poco rappresentato negli studi su cui si basano le linee-guida. Inoltre, il frequente ricorso alla tecnologia, quando non sia adeguatamente guidato dall'esame clinico, può diventare spesso inefficiente e anzi contribuire a un aumento di diagnosi non utili per il paziente e a un'eccessiva prescrizione di farmaci.

Il dibattito sul ruolo della medicina e sui **rischi di un'eccessiva medicalizzazione** non è nuovo. Attualmente, sotto la spinta del gruppo di Dartmouth e dell'*American Board of Internal Medicine* con il movimento *Choosing Wisely*, è entrato di prepotenza nel dibattito culturale di molte nazioni, tra cui anche la Gran Bretagna, un Paese tradizionalmente lento nell'accettare innovazioni provenienti dall'esterno.

Ciò che è insolito, piuttosto, è l'attenzione che la classe politica sta prestando a questo movimento. È raro che un incontro medico su questo argomento sia stato aperto dal Primo Ministro e chiuso dal Ministro della Salute in carica e che tra gli oratori ci fossero persone di grande prestigio (come Fiona Godlee, direttore del *British Medical Journal*, BMJ) e competenza (per l'Italia Sandra Venero, cofondatore e segretario generale di *Slow Medicine* Italia). È utile sottolineare alcuni aspetti distintivi della Gran Bretagna rispetto ad altri Paesi, come la presenza di un ente nazionale preposto, per mandato legislativo, alla valutazione della tecnologia sanitaria e dei farmaci (*National Institute for Clinical Excellence*, NICE) che sin dal suo inizio nel 1999 ha individuato oltre 800 interventi sanitari da disincentivare. Un secondo aspetto è che tutti i medici, sia di medicina generale che ospedalieri, sono «connessi», su carta e, sempre più, *on line*, dal BMJ, la cui diffusione capillare consente, ogni settimana, un dibattito molto esteso. Come NICE, anche il BMJ è in accordo con le politiche di *Choosing Wisely*, come testimonia già da alcuni anni la serie *"too much medicine"* e, più di recente, la pubblicazione di una sorta di documento ufficiale di nascita del movimento in UK (3). La pubblicazione di questo documento è tanto più importante se si considera che negli Stati Uniti, dove il movimento ha avuto origine, in un'indagine telefonica solo il 21% di un campione di 600 medici promosso dall'*American Board of Internal Medicine* conosceva *Choosing Wisely* e che, più recentemente, i risultati iniziali di sette raccomandazioni promosse dal movimento sono stati definiti come «marginali».

Da ultimo, ma non meno importante, in UK la maggior parte dei medici si riconosce nell'appartenenza al *Royal College of Physicians* e altri collegi, che svolgono un ruolo più ampio di quello degli Ordini dei Medici in Italia, e che sono interpellati nelle scelte di politica sanitaria (anche se non sempre ascoltati come vorrebbero).

Nel lavoro sopra citato viene ripreso l'invito di *Choosing Wisely* secondo cui ogni *Royal College* deve evidenziare elenchi di 5 pratiche da porre in discussione, concordando che questa posizione critica debba essere non solo compresa ma anche condivisa dal paziente (è stato suggerito il termine *Choosing Together*, che può rappresentare meglio le finalità del movimento). Gli autori definiscono come **«imperativo etico» la capacità del medico di comprendere e comunicare appieno i risultati numerici** e la differenza tra rischio relativo e rischio assoluto, perché è evidente che **la decisione del malato può variare in relazione alla maniera con cui i risultati vengono presentati**.

Un ulteriore avvertimento sottolineato nell'articolo è che il messaggio di *Choosing Wisely* può essere camuffato da scelte di facciata, in cui le liste *"top 5"* sono costituite da interventi di rilevanza marginale nella pratica. Per evitare ciò, è particolarmente importante il ruolo dei *Royal Colleges*, soprattutto per l'influenza che possono esercitare sulle nuove generazioni di medici in formazione.



Piero Baglioni (Piero.Baglioni@wales.nhs.uk)

Department of Medicine, Diabetes & Endocrine Unit, Prince Charles Hospital, Merthyr Tydfil, Wales (UK)

Infine, c'è accordo unanime sul fatto che è fondamentale la collaborazione con i *media* per **evitare** (sospetto già sollevato) **che parlare di eccesso di medicalizzazione sia solo una strategia per coprire una manovra di tagli alla spesa sanitaria**. La riduzione dei costi può avere una ricaduta positiva in termini di ottimizzazione degli interventi diagnostici e terapeutici, ma non deve costituire né il movente iniziale né l'esclusivo obiettivo finale di una serie di scelte strategiche vitali per il futuro sviluppo dei sistemi sanitari.

Bibliografia

1. Garner S, Littlejohns P. Disinvestment from low value clinical interventions: NICEly done? *BMJ* [2011, 343: d4519](#).
2. Illich I. *Medical Nemesis*. Pantheon Boos, New York, [1975](#).
3. Malhotra A, Maughan D, Ansell J, et al. Choosing Wisely in the UK: the Academy of Medical Royal Colleges' initiative to reduce the harms of too much medicine. *BMJ* [2015, 350: h2308](#).
4. Morgan D, Dhruva SS, Wright SM, et al. Update on medical practices that should be questioned in 2015. *JAMA Internal Med* [2015, 175: 1960-4](#).
5. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ* [2012, 344: e3502](#).
6. NHS Confederation: key statistics on the NHS, 2016. www.nhsconfed.org (accesso on line 25-01-2016)
7. NHS atlas of variation in healthcare. 2010. www.rightcare.nhs.uk
8. Rashid A. The importance of choosing wisely. *J R Soc Med* [2016, 109: 36-7](#).
9. Rosenberg A, Agiro A, Gottlieb M, et al. Early trends among seven recommendations from the Choosing Wisely Campaign. *JAMA Intern Med* [2015, 175: 1913-20](#).
10. Rothberg MB, Scherer L, Kashef M, et al. The effect of information presentation on beliefs about the benefits of elective percutaneous coronary intervention. *JAMA Intern Med* [2014, 174: 1623-9](#).
11. Scott IA, Guyatt GH. Cautionary tales in the interpretation of clinical studies involving older persons. *Arch Internal Med* [2010, 170: 587-95](#).
12. Campbell D. Doctors to withhold treatments in campaign against 'too much medicine'. *The Guardian* [12/5/2015](#).
13. Welch HG, Schwartz L, Woloshin S. *Overdiagnosed; making people sick in the pursuit of health*. Beacon Press, 2012.