



**La SLOW MEDICINE
UNA CURA SOBRIA, RISPETTOSA E GIUSTA**

ANDREA GARDINI

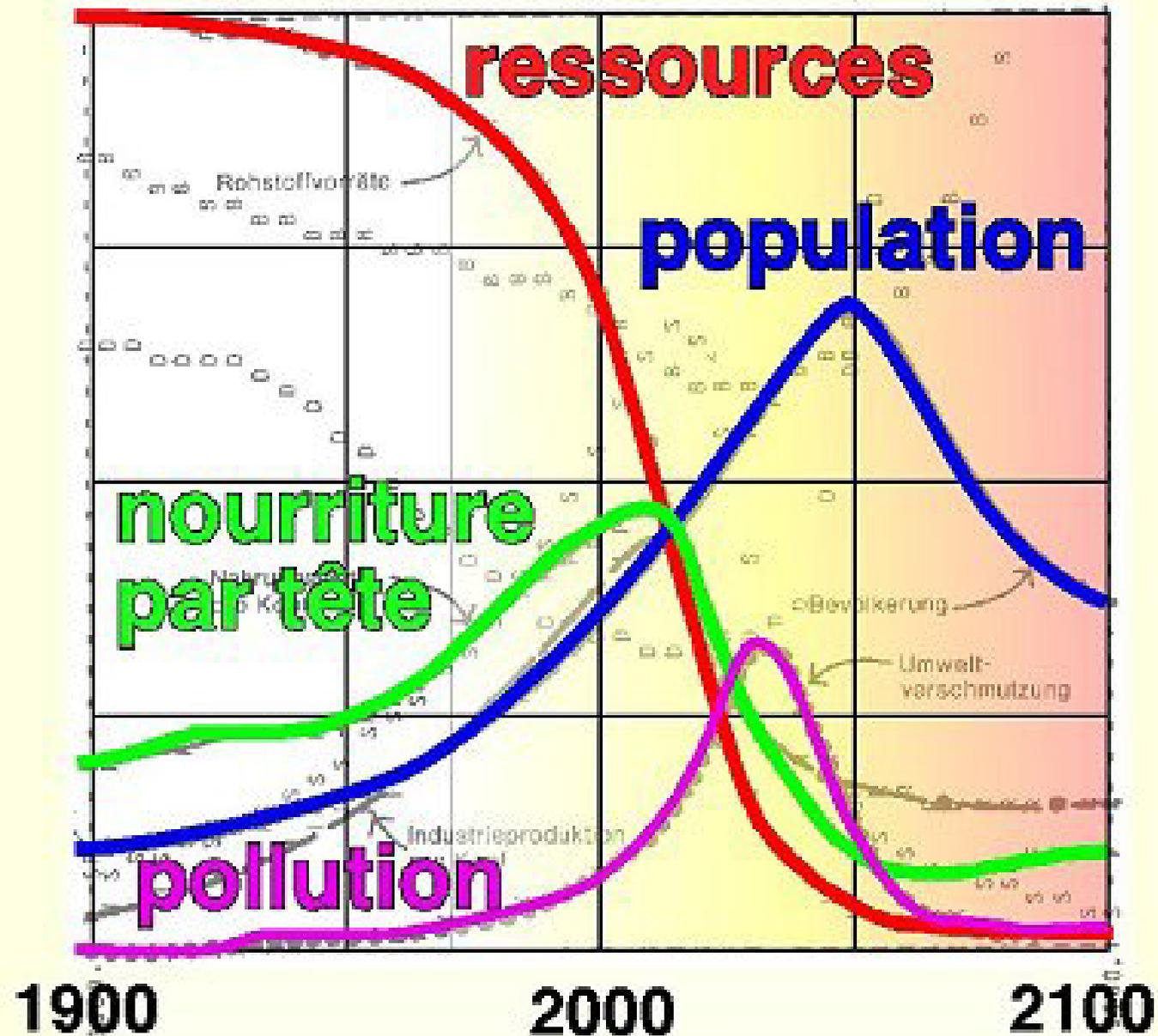
Direttore Sanitario AOU Ferrara

Presidente Siquas-VRQ

Co-Fondatore SLOW MEDICINE



the limits to growth, world model, “standard run, 1968”

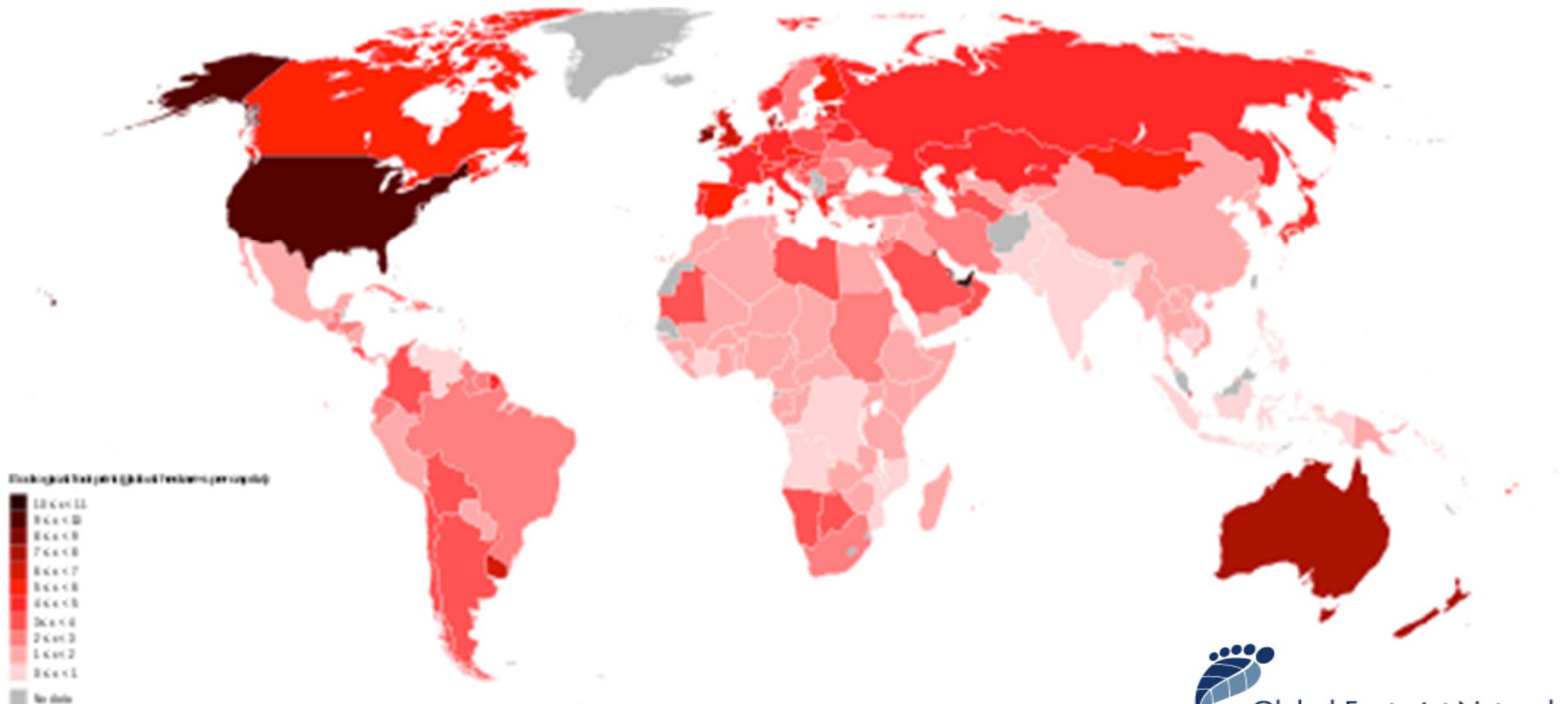


L'impronta ecologica è un indice statistico utilizzato per misurare la richiesta umana nei confronti della natura.

Essa mette in relazione il consumo umano di risorse naturali con la capacità della Terra di rigenerarle.



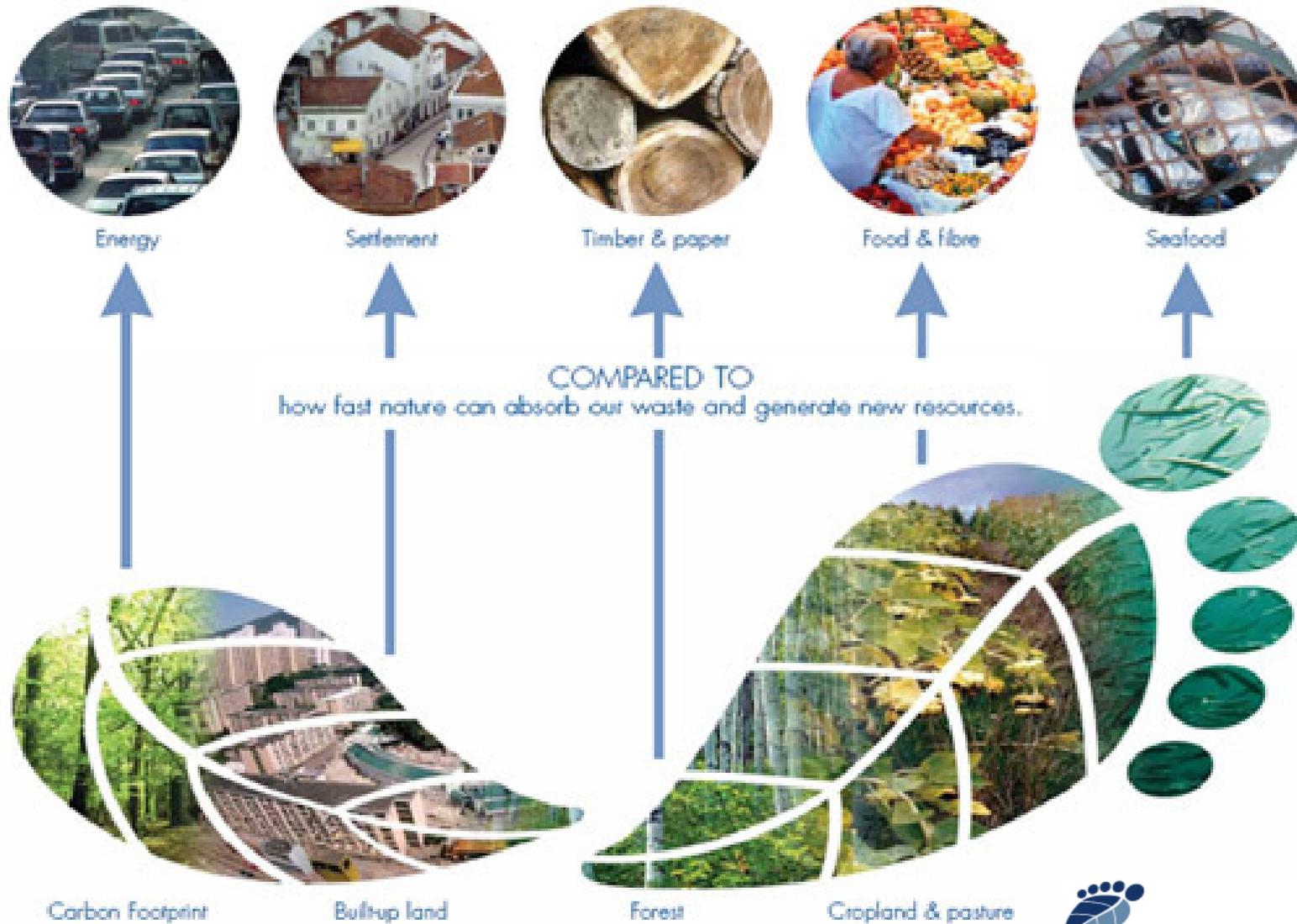
Mathis Wackernagel e William Rees.



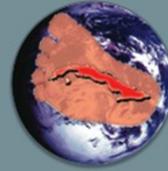
The Ecological Footprint

MEASURES

how fast we consume resources and generate waste



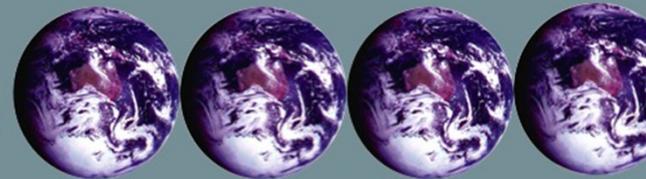
What this means...



If everyone lived like a Cuban
we could sustain current
population with the resources
of one planet earth

If everyone lived like
an Australian
we'd need

3.7 planets



COME SE NE ESCE?

Fattori chiave

- Sicurezza per bisogni essenziali: salute, cibo, casa, educazione
- Decentramento dei servizi essenziali
- Soluzioni per i trasporti a limitato consumo di carburante
- Stili di vita semplici, SOBRI
- Rivoluzione energetica e risparmio nei consumi” e

“senso della comunità”... (Mathis Wackernagel, 2010)



- 2 settimane nell'ottobre del 2008 \$6.500Tr
- PIL USA \$15Tr
- Indebitamento dei cittadini britannici pari a \$2.200 all'anno - per per gli interessi sul mutuo!
- La recessione colpisce la Sanità
- **IN ITALIA – 32 MILIARDI DI EURO IN 5 ANNI**

SPERANZE ED ESPERIENZE





UTRECHT. WHO/CBO WORKSHOP ON QUALITY ASSURANCE IN HEALTH CARE, 14-16 OTTOBRE 1982



Ospedale Gervasutta, Udine, 9 giugno 1985

WHO steering committee on Training for Quality Assurance

FONDAZIONE INTERNATIONAL SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE









ASC

XVI CONGRESSO DELLA SOCIETÀ ITALIANA
PER LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA - SIVR

LA QUALITÀ DEL SISTEMA
SANITARIO
Giornate di studio sulle
politiche, le strategie ed
i modelli a confronto

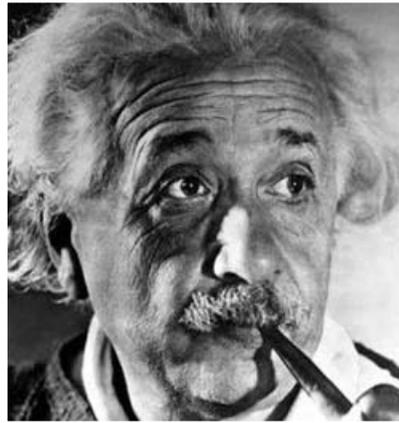
AsseI
Cittadella dell'ospitalità
15-18 novembre 2006

SIQuAS

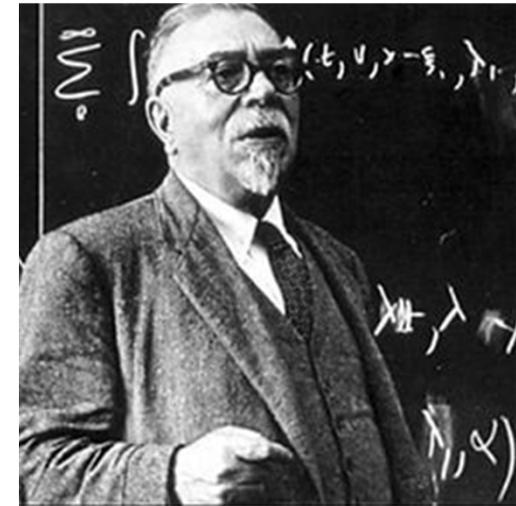




Heisenberg



Albert Einstein



Norbert Wiener



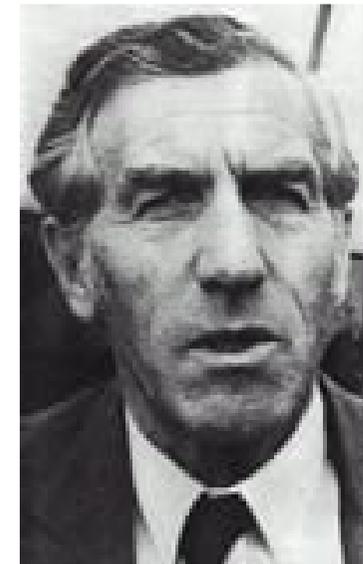
Gregory Bateson



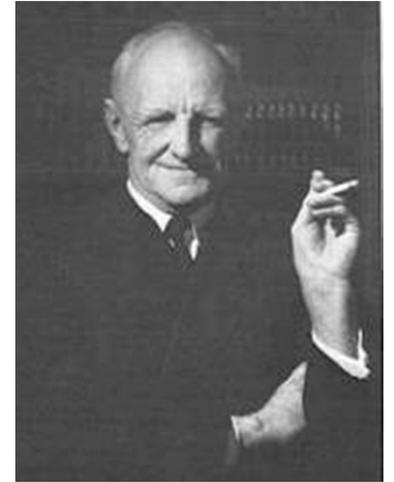
Niels Bohr

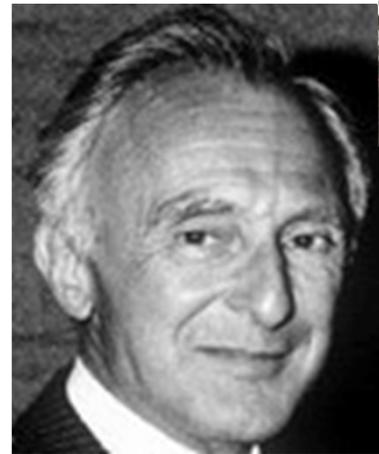
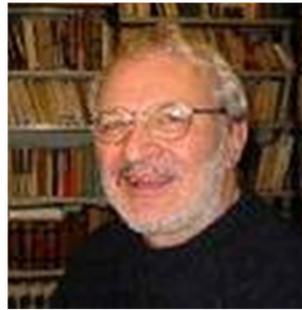


Ludwig von Bertalanffy



Paul watzlawick





QUALITA' centralità cittadino

**Carta servizi: Partecipazione alla progettazione, per particolari patologie, tutela, comfort /accoglienza,
Monitoraggio esperienze / reclami**

BRITISH MEDICAL JOURNAL, 30 OTTOBRE 2013
“ PATIENT POWER”
VS
ALLIANCE WITH PATIENTS

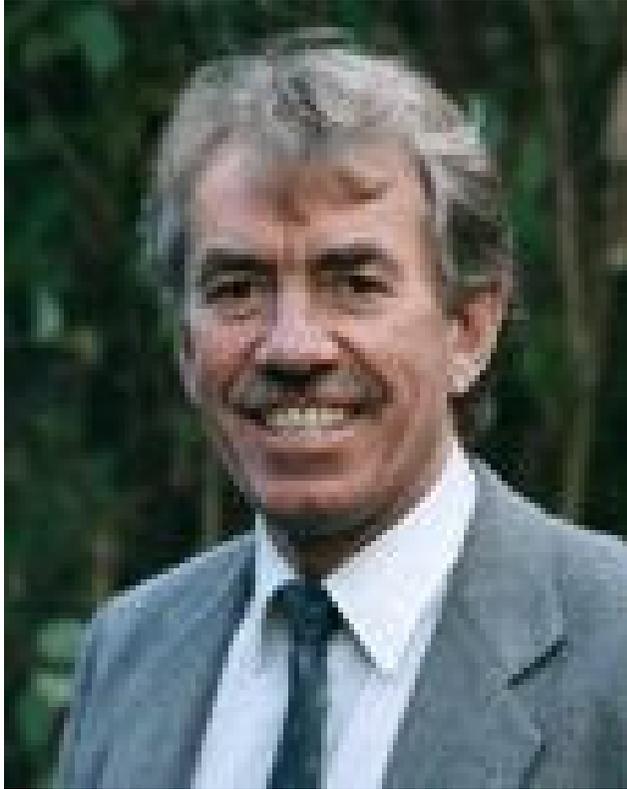


QUALITA' organizzativa

Sviluppo organizzativo Q oriented; Leadership, Analisi organizzativa sistemica, Progettare, misurare, valutare, feedback, budget per obiettivi di salute e risorse, sistemi formativo, informativo, e premiante

L'ORGANIZZAZIONE (SANITARIA) COME METAFORA, MITO E TIC : MORGAN, MINTZBERG E KETS DE VRIES





GARETH MORGAN
IMAGES
LE METAFORE
DELL'ORGANIZZAZIONE
FRANCO ANGELI
1993

ORGANIZZAZIONE SANITARIA COME : (G.Morgan, 93)

- **UN SISTEMA CULTURALE (famiglia, tribù)**
- **UNO STRUMENTO DI POTERE / DOMINIO (B.B.B.+P.+R+...)**
- **UN SISTEMA POLITICO (di mediazione per il bene comune)**
- **FLUSSO CONTINUO ED EVOLUZIONE (Eraclito)**
- **UNA PRIGIONE PSICHICA (. Platone, M. Kets de Vries)**
- **UNA MACCHINA (Federico di Prussia, Ia industrializz; Ford, Taylor, Impero delle multinazionali)**
- **UN SISTEMA VIVENTE APERTO (Bateson, Palo Alto, Selvini, Boscolo, Gaja Hypothesis, Capra, Vaccani, Tonelli)**
- **UNA RETE NEURONALE (di sistemi e sottosistemi correlati)**



Henry Mintzberg,
seminario 3 aprile 2007,
Università di Salerno

In conclusione ci sono almeno 5 bisogni di riforma



1. Riformare la leadership e mutarla in management diffuso
2. Riformare lo stile di “care” delle istituzioni sanitarie (prendersi cura di) rispetto all’attuale attitudine alla “cure” (propinare loro dei “trattamenti”), prendendo spunto dallo stile degli infermieri (nursing care) più che dallo stile dei medici (treatment)...smetterla di “run hospitals” (gestire, letteralmente “farli correre”), ma **COMPRENDERLI** (understand them)....
3. Riformare l’organizzazione come “engaging” impegno di professionisti uniti, secondo le modalità consuete della scelta da parte di un essere umano di “impegnarsi” per la salute dell’uomo e delle comunità
4. Riformare la competizione perchè bisogna invece favorire la cooperazione
5. Riformare le pratiche con l’attenzione ai bisogni delle comunità



MANFRED KETS DE VRIES
MILLER
L'ORGANIZZAZIONE NEVROTICA
Cortina, 1999

I Cinque tipi di comportamento nevrotico
(da M. Kets de Vries, D. Miller , 1999)

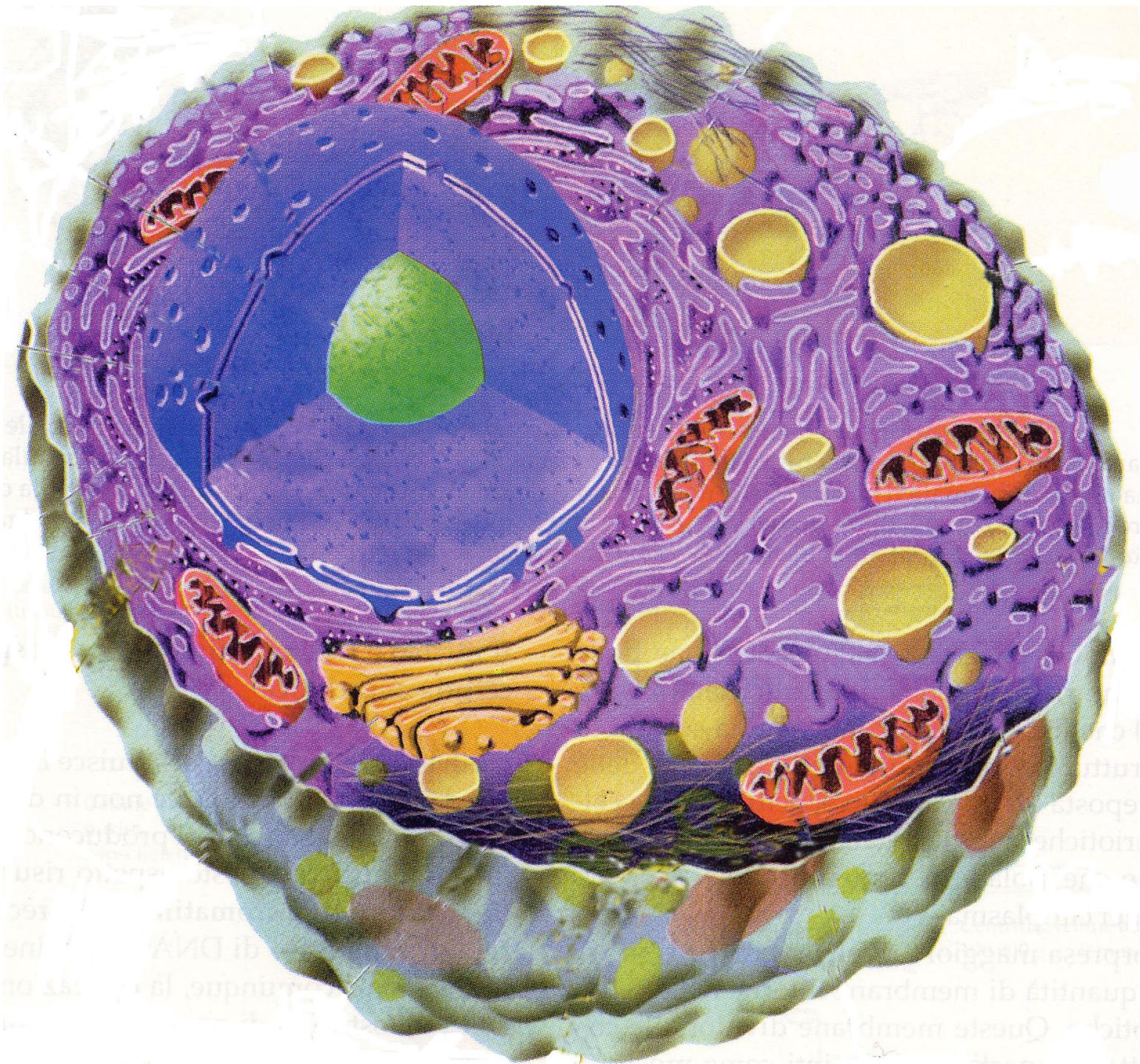
PARANOIDE

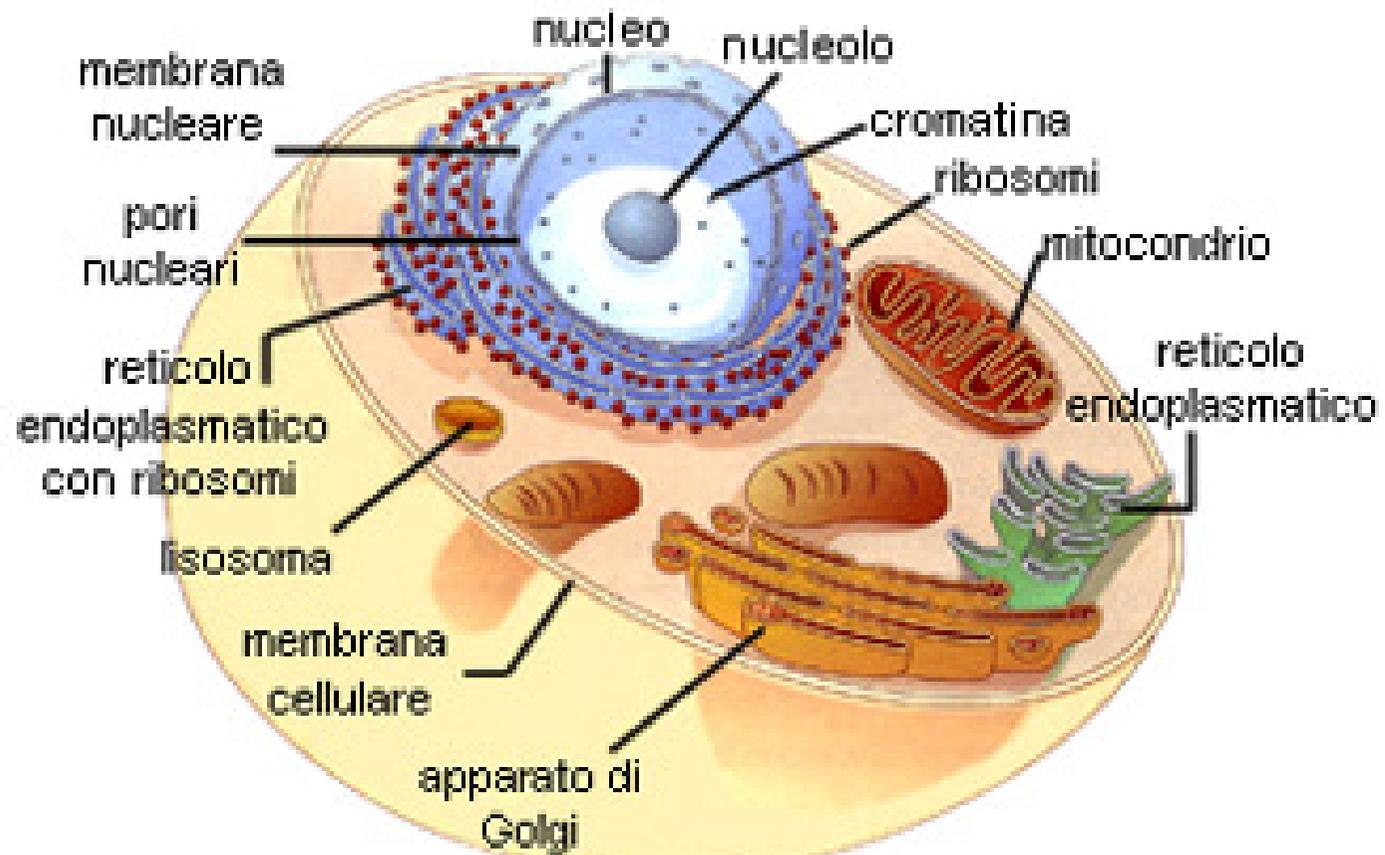
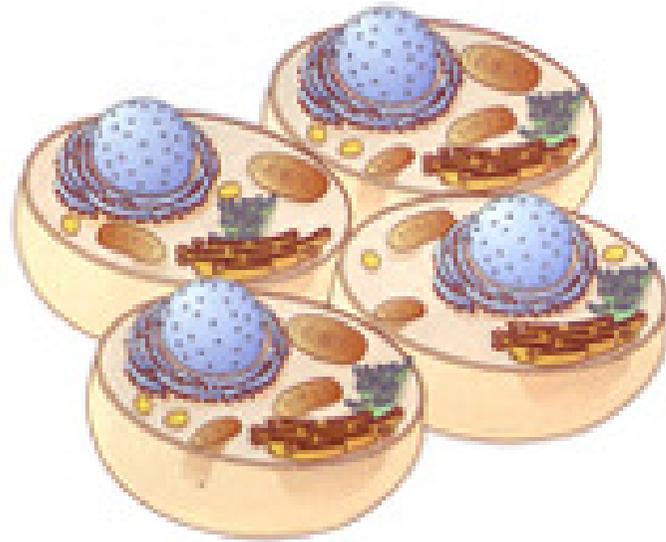
OSSESSIVO

ISTERICO

DEPRESSIVO

SCHIZOIDE





IL SISTEMA DI SAPERI NEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI'



QUALITA' professionale

Epidemiologia, Ricerca clinica, Revisioni sistematiche EBM Technology assessment- Linee-guida, profili d'assistenza Audit clinico infermieristico e organizzativo, Gruppi Collaborativi, Peer Review, Commissioni professionali, Formazione di base/permanente e revisione crediti e credenziali, Indicatori, Ricooscimenti professionali.

FARE RICERCA (IN MEDICINA)

“LA FORZA DEL DISEGNO SPERIMENTALE” (da M. BOBBIO. Clinical Trials, CSE, 1997)

A. STUDI DI TIPO OSSERVAZIONALE

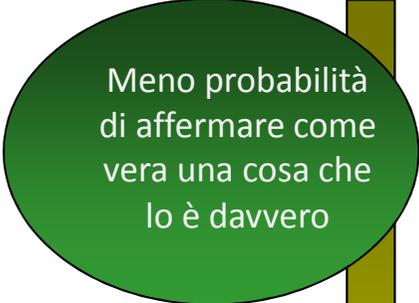
(Il confronto avviene fra soggetti che si distinguono per una caratteristica non deliberatamente provocata per essere valutata)

1. L'ESPERIENZA PERSONALE SPORADICA (Su uno o più casi), O OPINIONE
2. STUDI RETROSPETTIVI CASO/CONTROLLO

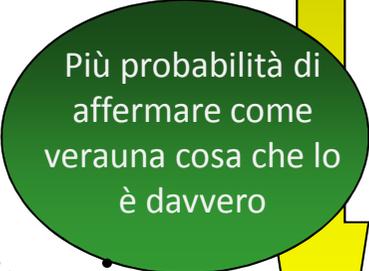
B. STUDI DI TIPO SPERIMENTALE

(Il ricercatore introduce un trattamento e programma una serie di controlli per verificare se il trattamento ha modificato uno o più parametri clinici o strumentali)

1. STUDI PROSPETTICI CHE DESCRIVONO CASI SENZA CONTROLLO
2. STUDI PRIMA - DOPO
3. STUDI SU CASI CON CONTROLLO
4. STUDI CLINICI NON RANDOMIZZATI
5. **STUDI CLINICI RANDOMIZZATI non in cieco**
6. **STUDI CLINICI RANDOMIZZATI IN CIECO**
7. **REVISIONI SISTEMATICHE**



Meno probabilità di affermare come vera una cosa che lo è davvero



Più probabilità di affermare come vera una cosa che lo è davvero

AUTORIZZAZIONE-ACCREDITAMENTO

QUALITA'
organizzativa

Sviluppo organizzativo Q oriented; Leadership, Analisi organizzativa sistemica, Progettare, misurare, valutare, feedback, budget per obiettivi di salute e risorse, sistemi formativo, informativo, e premiante

DISEASE MANAGEMENT (percorsi assistenziali) RISK PREVENTION - APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

QUALITA' centralità
cittadino

Carta servizi: Partecipazione alla progettazione, per particolari patologie, tutela, comfort /accoglienza, Monitoraggio esperienze / reclami

SICUREZZA E PREVENZIONE DEL RISCHIO CLINICO:

Monitoraggio Regionale Reclami, PROGETTI per: lesioni decubito, Infezioni ospedaliere, cadute, chirurgia, farmaci, emoderivati/emocomponenti, suicidi, contenzione fisica, trasmissione HIV/epatite fra cittadini/pazienti/personale. Lotta al dolore

QUALITA'
professionale

Epidemiologia, Ricerca, EBM - Revisioni sistematiche
Technology assessment- Linee-guida, profili d'assistenza
Audit clinico infermieristico e organizzativo, Commissioni professionali, Sistemi formativo, informativo, premiante

CENTRO DOCUMENTAZIONE Avedis Donabedian
(www.ars.marche.it/cdq)

Development and spread of healthcare quality improvement methodologies

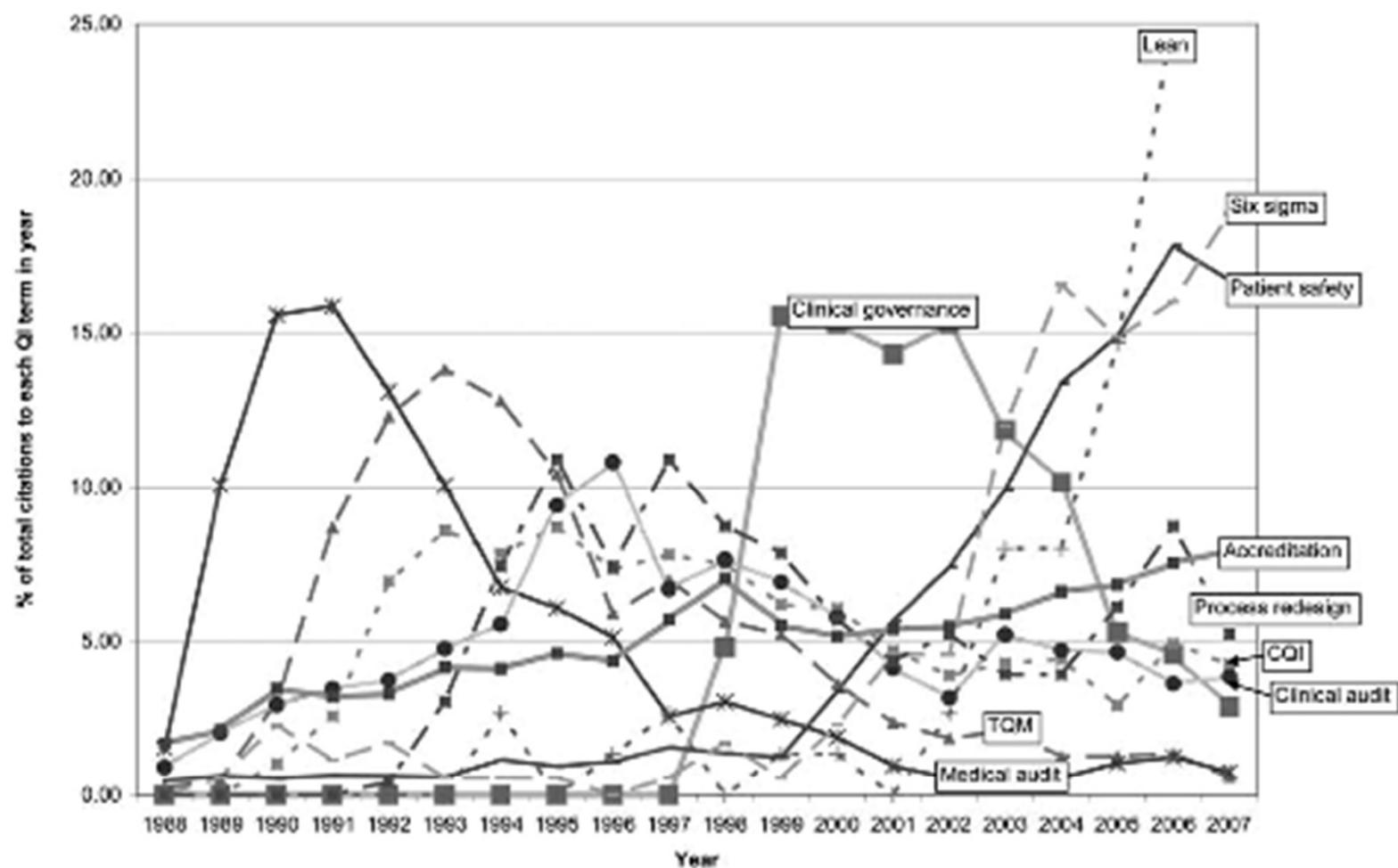


Figure 1 The distribution by year of the total use of each of the 10 common QI terms in citation titles/abstracts on Medline/HMIC 1998–2007 (see online supplementary material for a colour version of this figure).

ISO 9000 ?

**DEGENERAZIONE
BUROCRATICA DELLA
QUALITA'**

PERCORSI DIAGNOSTICO
TERAPEUTICI?

INDICATORI DI
PERFORMANCE ?

JOINING COMMISSION ?

IN SANITA'
GLI UNICI OBIETTIVI
CHE DANNO UN SENSO
ALLE AZIONI DI RIFORMA
SONO GLI

OBIETTIVI DI SALUTE

AL CUI SERVIZIO
DEBONO ANDARE TUTTE LE
AZIONI,
ANCHE QUELLE DESTINATE A
GARANTIRE IL CORRETTO UTILIZZO DELLE RISORSE

(S. Tonelli, 2001)

Does improving quality save money?

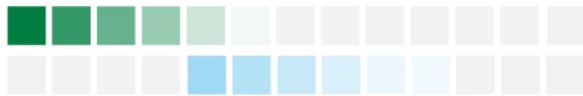
A review of evidence of which improvements to
quality reduce costs to health service providers

Dr John Øvretveit
September 2009





**XX Congresso Nazionale SIQuAS-VRQ
QUALITÀ È SOSTENIBILITÀ**



Grado 27 - 29 maggio





“ Tris d’assi...”

XX Congresso Nazionale SIQuAS-VRQ
QUALITÀ È SOSTENIBILITÀ



Grado 27 - 29 maggio



J.Ovretveit – C.Shaw- N.Klazinga

Photo By Mario Baruchello

Stime

- 100.000 infezioni nosocomiali (5.000 decessi) in Inghilterra/anno (40 milioni) €1,4 miliardi i costi (UK Hoc rprt 2000)
- USA \$17,4 miliardi in costi per nuovi ricoveri evitabili di pz anziani, (50% prevenibili con un miglior coordinamento) (Jenks et al 2009)
- 40% dei farmaci non necessari (Studio Rand USA)
- €330 milioni in medicine restituite alle farmacie per lo smaltimento ogni anno nell'UK (BMJ 2002)
- 25% degli esami radiologici non necessari (UK Royal College of Radiologists)
- €415miliardi/anno "sprecati per procedure mediche obsolete ed inefficienti negli USA", Studio Juran : I costi delle cure di cattiva qualità supereranno probabilmente \$1 trilione entro il 2011
- 25% delle giornate di ricovero e delle procedure cliniche sono inappropriate

OVRETVEIT: GRADO 2010

Crisi di credibilità per la qualità

- Attività onerosa- distoglie tempo e risorse dall'assistenza al paziente
- Investire in una migliore assistenza futura?
- E' giunto il momento di revocare il credito: dov'è il rendimento atteso in termini di migliori outcome e costi ridotti?
- Da *"un miglior ritorno sugli investimenti"*

a.... *"come tutelare la qualità con questi tagli di bilancio?"*

Institute of Medicine
Crossing the Quality Chasm
A new Health System for
the 21st Century
1 MARZO 2001

SISTEMA DI CURE

REGOLE DEL
SISTEMA DI
SUPPORTO
ECONOMICO

LE ORGANIZZAZIONI
LE ASSOCIAZIONI
FACILITANO LE
CURE
CENTRATE SUI
BISOGNI DELLE
PERSONE

MEDICI ED
INFERMIERI
OPERANO IN
GRUPPI
INTER
DISCIPLINARI DI
ALTA
QUALIFCAZIONE

ESITI:
SICUREZZA
EFFICACIA
EFFICIENZA
PERSONALIZZ.
TEMPESTIVITA'
EQUITA'

SEI SFIDE OBBLIGATORIE:

- PROGETTARE PERCORSI DI CURA CON I PAZIENTI
- USARE BENE LE TECNOLOGIE INFORMATICHE
- GESTIRE BENE LE CONOSCENZE E LE COMPETENZE
- CURARE LO SVILUPPO DI EQUIPES AD ALTA QUALIFCAZIONE
- COORDINARE I PERCORSI DI CURA ATTORNO AI BISOGNI DEL PAZIENTE E PROGETTARE I SERVIZI ED I LUOGHI DI CURA CHE GLI SERVIRANNO NEL CORSO DEL TEMPO



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria



APPROPRIATEZZA

Evitare:

• **SOVRAUTILIZZO**

• **SOTTOUTILIZZO**

• **SCORRETTO UTILIZZO**

Institute of Medicine

Crossing the Quality Chasm

A new Health System for the 21st Century

1 marzo 2001

SOVRAUTILIZZO di test e trattamenti

- SPRECO di RISORSE

- **ERRORE CLINICO**

- danni **diretti** da test e trattamenti inappropriati (radiazioni ionizzanti, effetti collaterali farmaci, interazioni tra farmaci)
- danni da **falsi positivi e sovradiagnosi** di test inappropriati ansia e stress, ulteriori test anche invasivi, trattamenti interventistici e chirurgici inappropriati

Lettera, 19 febbraio. Un ortopedica pediatrica di grande esperienza scrive:

Circa un mese fa mi viene richiesto un parere da una collega pediatra su un bambino di 3 anni che si è presentato in Pronto soccorso per la comparsa di una tumefazione dura e non dolente alla clavicola sinistra. I genitori negano che ci siano stati traumi, ma riferiscono che nelle due settimane precedenti il bambino lamentava dolore se alzava il braccio.

Io, senza vedere gli esami radiografici dico che si tratta di una frattura della clavicola che spesso nel bambino si manifesta così, perché i segni sono molto sfumati ed il trauma può passare misconosciuto

La collega si meraviglia della mia diagnosi fulminea perché lei in realtà aveva fatto fare una RM (in narcosi per l'età), seguita da una TC con contrasto, perché il radiologo non si capacitava della diagnosi banale e voleva una conferma, richiesta anche a me, che fosse proprio una frattura in via di guarigione. Io confermo e dico di non fare nulla perché oramai è avviata. Alla guarigione, al massimo un controllo clinico dopo un mese (intendevo dire in ortopedia).

Ahime, qualche giorno dopo vengo nuovamente approcciata dalla collega pediatra che mi dice testualmente "Ricordi il bambino con la bozza nella clavicola, sospetta frattura? Domani ripete la RM, se vuoi guardarla...te lo dico perché ti avevamo coinvolto così per tua curiosità..:" E io rispondo "ma perché?" è una frattura!, che sta guarendo, non importava fare un'altra narcosi, un'altra RM, la diagnosi era già fatta..." mi risponde che dopo un mese era ancora lì la bozza e lei non si fidava! Alla fine mi arrendo e lascio perdere. Il giorno dopo guardo la RM, per curiosità come ha detto lei, e orrore, scopro che non solo ha ripetuto la RM ma anche la TC con contrasto! Spinta dalla volontà di troncare questo gioco assurdo al rialzo vado in pediatria e una specializzanda mi dice che il radiologo ha visto una linea di frattura meno visibile e che la vorrà vedere entro un mese e se la tumefazione non sarà scomparsa, ripeteranno il tutto. Purtroppo occorreranno 6/7 mesi prima di osservare una diminuzione della bozza palpabile. Che rappresenta il callo riparativo.....

INTRODUZIONE ALLA SLOW MEDICINE

UN MANIFESTO DELLA SLOW MEDICINE

di Andrea Gardini

Trieste, Novembre 2009

Slow medicine: la nascita



o 11 dicembre 2011





Sobria Rispettosa Giusta

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.



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.



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 ri-

solubili: quello del carcinoma mammario, per esempio, che individua molto precocemente famiglie e soggetti a rischio, suscita interrogativi talora drammatici sulla condotta terapeutica da seguire.

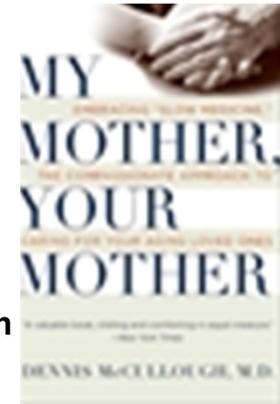
Nella pratica medica quotidiana sono numerosi gli esempi di processi patologici ad eziologia infettiva in cui l'accelerazione apparente della guarigione, ottenuta con i moderni mezzi terapeutici, contrasta con i più lenti ritmi biologici di recupero e convalescenza dell'organismo intero, che devono comunque 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



My Mother, Your Mother: Embracing “Slow Medicine,” the Compassionate Approach to Caring for Your Aging Loved Ones.

book, published by HarperCollins in 2008, www.mymotheryourmother.com/ .



Dennis McCullough, M.D.

Associate professor of community and family medicine at Dartmouth Medical School

...My vision of better care for elders in late life is not a call for a nostalgic return to some imagined romantic past when the lone family doctor sat by the bedside by candlelight tending the ill. It is, rather, a stern and impassioned call to help families struggling to care for their aging and frail elders; to preserve quality of life even in the face of difficult and accumulating diseases; and to mend elders' neglect by modern health-care “systems.”

In “slow medicine” family, friends, and neighbors teamup with an elder and with health-care providers—including visiting nurses and other home-based care providers—to improve the quality of care and avoid inappropriate, sometimes harmful care. Excellent chronic care attends to the day-to-day needs and conditions of the patient—by offering emotional support and social stimulation, supplying better nutrition, and making sleeping, moving, bathing, dressing, and voiding easier.



Editorial

Slow Medicine

J. Ladd Bauer, M.D.

In 2002, a cardiologist in Italy, home of the slow food movement, published a paper in a cardiology journal advocating the idea of “slow medicine,” as a way of thinking about appropriately holding off the use of heart devices.¹ In the United States, the usual attitude propels advocacy of increasing use of devices in as many situations as possible. This is “fast medicine” in cardiology, and it is highly profitable to the device manufacturers, to the “nonprofit” hospitals, and to the specialist doctors, who also love the admittedly fascinating technical side.

The idea of “fast medicine” is ingrained into American health culture, even in alternative medicine, whether one is a doctor or a patient. American culture in general is built, for better or worse, on “getting ahead.” The idea of “slowing” medicine seems at first glance to be against everything we hold dear in the West—against progress, against expeditious care, even against “life.” Yet there are situations where the automatic responses of current medical intervention are not for the best.

We’re involved when a child has an ear infection and we go for a powerful antibiotic right away to “treat” it, or if we have a minor heart arrhythmia with occasional slight symptoms and opt for a \$100,000 procedure to “fix” it, despite the attendant risks, or when we want rare plant materials from the other side of the world for a minor condition. We’re involved if we make no effort to understand the multidimensional costs of our choices, as practitioners and as patients, to ourselves, our neighbors, our descendants, and to the earth and sky cradling us.

The growth of the fast food industry led to a McDonald’s showing up in Rome by the Spanish Steps, igniting Italian outrage and the birth of the Slow Food Movement in the 1980s. Over the past 20 years, this has become a popular movement in the developed world, to encourage the slow, local, and caring cultivation, preparation, and sharing of good healthy food. Slow Food has become an antidote for fast food’s depredations on nourishment and the environment.

Cresce il bisogno di «slow medicine»

Un vigoroso uomo di 80 anni scopre di avere un cancro alla prostata. Il chirurgo lo vorrebbe operare subito, ma lui prende tempo, si consulta e alla fine decide per una cura ormonale, che non promette di eliminare su due piedi il malanno, ma non comporta i rischi immediati e lo stress dell'intervento chirurgico. Per scelte di questo genere, che si fanno tutti i giorni, è stato lanciato ora il termine azzecato di "slow medicine", che mette bene a fuoco come si tratti di una diversa filosofia di cura, non di rinuncia. Ed è uno slogan vincente: negli Stati Uniti sta diventando un bestseller il libro dedicato alla slow medicine da Dennis McCullogh, medico di famiglia e geriatra al Dartmouth Institute, un vero pensatore per un approccio più morbido e meno tecnologico alla salute. Il concetto è semplice e convincente, come quello di slow food coniato una ventina d'anni fa. Mentre per certa medicina ipertecnologica e ospedaliera conta fare in fretta e soprattutto fare tutto quello che è possibile, senza mai arrendersi all'inevitabile e spesso senza fermarsi a pensare il senso di quello che si intraprende; per la slow medicine prendere tempo non è una perdita, puntare alla qualità della vita anziché a una improbabile guarigione è realismo, rinunciare a un esame sapendo già che non si farebbe comunque alcun intervento è il segreto per evitare guai peggiori dei possibili benefici. Come per la cucina, e al contrario del rock di Celentano, la lentezza in medicina è un valore che richiede più impegno e più studio rispetto al metodo "fast". Le corse in ospedale per l'improvviso aggravamento di un anziano la cui condizione è in realtà irreversibile servono spesso solo a far precipitare inutili sofferenze alla fine della vita. Grazie a mirabolanti progressi scientifici e tecnologici, la medicina degli ultimi anni è come una fiammeggiante Ferrari a cui ci siamo dimenticati di costruire i freni: a colpi di trapianti, riparazioni e rianimazioni raggiunge risultati spettacolari, ma non si ferma mai se non sbattendo contro il muro della morte. Una robusta iniezione di slow medicine può correggere questo difetto di progettazione, anche se in realtà non vi è nulla di nuovo: da tempo i medici di famiglia, gli infermieri e tutti coloro che seguono i malati vicini alla conclusione della vita sostengono questi concetti. Ma talvolta un solo slogan centrato può fare più di mille proclami. Termini astrusi e un po' sgradevoli, come "cure palliative" o "accanimento terapeutico", hanno più nociuto che giovato sinora alla causa della ragionevolezza, e non solo al termine della vita. Chissà che parlare di "slow medicine" non sia la giusta maniera per farci riflettere sul modo migliore di affrontare consapevolmente le scelte di salute, a tutte le età della vita.

Satoli Roberto



LA CHIOCCIOLA HA IL GOVERNO DEL LIMITE

CARLIN PETRINI

“Analogamente a quanto avviene nell'alimentazione perché non prendere in considerazione nell'attività sanitaria un concetto di “slow medicine”?

Alberto Dolara, It. Heart Journal
Suppl 2002, 3 (1), 100-101

Cosa significa sobrietà?



Equilibrio

Moderazione

Controllo

Gradualità

Essenzialità

Riflessione













Dieci criteri per orientarsi tra fast a slow medicine
a cura di Antonio Bonaldi

	FAST Disease oriented	SLOW Health Oriented
METODO	Basato sui principi della scienza classica	Basato sui principi dei sistemi complessi
MEDICO	Osserva e decide	Informa, guida e consiglia
PAZIENTE	Un corpo da indagare, che Funziona come una macchina	Una risorsa, unica e irripetibile che pensa, produce conoscenza, prova emozioni e sentimenti
OBIETTIVI	Orientati alla ricerca / controllo dei sintomi	Basati su priorità, aspettative e preferenze del paziente
TRATTAMENTI	Centrati sulla correzione dei meccanismi fisiopatologici delle malattie	Centrati sull'insieme dei fattori che Influiscono sulla salute
CURE	Affidate a specialisti che lavorano, per lo più, in modo isolato	Affidate a professionisti che lavorano assieme e si scambiano informazioni

IL PROBLEMA PRINCIPALE, in alcuni Paesi d' EUROPA (XIX ISQua Conference,
Paris, 5-8.11.2002)

AGGIORNARE LO STILE DI LEADERSHIP DEI DIRIGENTI

Richard Grol, Chair Conference, 2002



VECCHIO, DANNOSO

- **Carenza di strategia
sostituita da
pianificazione improvvisata**
- **Gestione per routine burocratiche**
- **Paternalismo/familismo
(paradigma culturale imperante)**
- **Autoritarismo latente**
- **Autoreferenzialità**
- **Parlare non ascoltare**
- **Budget persistentemente
sulla spesa senza risultati di salute**
- **Divide et impera**
- **COMANDARE, RIDIPINGERE,
ASPETTARE, PUNIRE**

INNOVATIVO, UTILE

- **Strategia di gestione per
problemi, obiettivi, risultati
supportata da una
progettazione partecipata
da tutti gli attori del
processo**
- **Visione di sistema**
- **Tessitura di reti per processi
orientati ai cittadini**
- **Condivisione e partecipazione
alle scelte sulla base della
migliore evidenza**
- **Ascoltare e negoziare**
- **Budget su attività e spesa**
- **Costruire ponti fra diversi,**
- **Premiare i risultati di salute.**
- **GUIDARE, INNOVARE,
SCEGLIERE, AIUTARE**

Che fare?

Sfatare alcune opinioni comuni

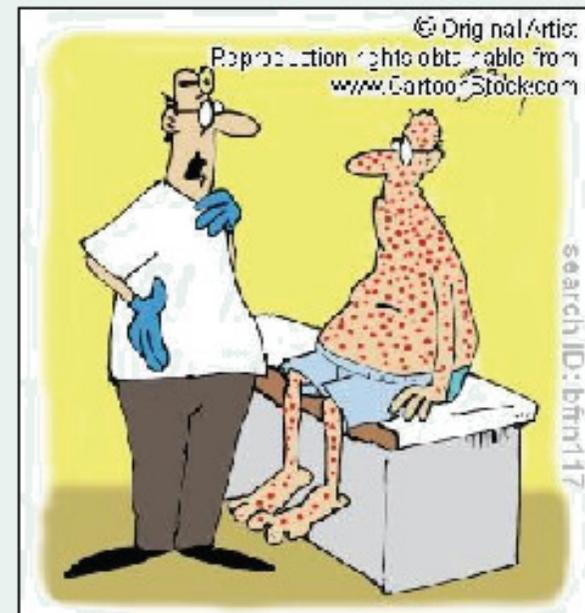
I sette veleni della Fast medicine



Sobria Rispettosa Giusta



Antonio Bonaldi: i sette veleni della fast medicine



Dobbiamo parlarne con calma ... non vorrei prendere una decisione troppo affrettata.



2011/08/08 6:54 pm

DOMANDE

1. QUALI SONO LE COSE INUTILI PER IL PAZIENTE CHE STO FACENDO DI ROUTINE O PER ABITUDINE?
2. CHE COSA GLI FACCIO FARE CHE GLI FA PERDERE TEMPO, SOLDI, DIGNITA', DECORO, FIDUCIA, SALUTE?
3. QUALI SONO I PROBLEMI CRONICI, INCANCRENITI NEL MIO COMPORTAMENTO PROFESSIONALE CHE GENERANO DISAGIO A ME ED AI MIEI PAZIENTI ?
4. SONO IN GRADO DI MONITORARE GLI EVENTI AVVERSI CHE OCCORRONO AI MIEI PAZIENTI IN SEGUITO ALLE MIE PRESCRIZIONI ?

5. SONO SICURO DI USARE I POSSIBILI STRUMENTI DELLA PROFESSIONE PER MIGLIORARE IL RAPPORTO CON I MIEI PAZIENTI?
6. HO DEFINITO CON PRECISIONE IL MANDATO DEL MIO LAVORO ED IL MIO RUOLO NELLA COMUNITA'? E' SUFFICIENTE RISPETTO ALLE COSE DI CUI C'E' BISOGNO? CHI SONO I MIEI ALLEATI?
7. GLI INTERVENTI CHE FACCIO SONO ALLA MIA PORTATA (RISORSE, CONOSCENZA, COMPETENZE TECNICHE, GESTIONALI, ABILITA')
8. QUAL'E' IL RAPPORTO FRA IL TEMPO CHE SPENDO AD ASCOLTARE I PROBLEMI CHE IL PAZIENTE MI PORTA E AD AIUTARLO A RISOLVERLI ED IL NUMERO DI PRESCRIZIONI CHE FACCIO?

9. TENDO A PROPORRE SOLUZIONI FARMACOLOGICHE A PROBLEMI COME LA TRISTEZZA, LA SOLITUDINE LA POVERTA', L'INCERTEZZA PER UNA VITA DIFFICILE?
10. MA PROPRIO TUTTE LE VISITE IN AMBULATORIO DEVONO CONCLUDERSI CON UNA PRESCRIZIONE DI FARMACI O DI ESAMI, ANCHE SE INDOTTA DA ALTRI SPECIALISTI?
11. MA IN FONDO, TUTTE LE PERSONE CHE VENGONO NEL MIO AMBULATORIO SONO "PAZIENTI"?
12. ALMENO PROVO A VALUTARE A DISTANZA GLI ESITI DEGLI INTERVENTI CHE FACCIAMO SUI PAZIENTI E DOCUMENTARLI SISTEMATICAMENTE ?

Ultima (?)domanda

- Curiamo malattie o sindromi?
- Se curiamo sindromi (di cui non conosciamo le cause) non sarebbe il caso di fare ricerca etiologica piuttosto che ricerca sui farmaci “me too”?



Il Pianeta TERRA, la Salute umana e i sistemi sanitari sono i contesti

Qualità è la partenza e l'arrivo, essa genera

sicurezza per pazienti e operatori e

sostenibilità del sistema che è il pensiero nuovo

Cure sobrie rispettose e giuste sono la definizione, ma anche l'obiettivo

Prevenzione e promozione della salute,
Comunicazione,
Riproduzione e prime età,
Età adulta (curare il malato e/o la malattia) e
Vecchiaia (curare quanto e come) gli ambiti di studio,
con altri tre filoni da esplorare in arrivo
(gestione slow delle organizzazioni, pazienti slow, ospedali ad
impatto zero sull'ambiente)

La prospettiva è sistemica.....: oggetti e loro relazioni
Gli strumenti sono quelli della qualità organizzativa,
professionale e vissuta dalle persone, counselling e narrative,
il tutto all'interno di un quadro scientifico classico, non new
age....
in cui le affermazioni non sono delle verità assolute,
possono essere delle opinioni motivate ma è pure meglio che
siano
dimostrate con osservazioni, misurazioni, dati e letteratura....





Slow medicine non è contro la tecnologia,
ma è a favore del suo
miglior utilizzo per il pianeta
e per la salute umana.

dopo tutto si tratta solo di
"buona medicina"
secondo il codice
deontologico e la lunga tradizione
di sapienza umana....nel 2014...

I PRESIDI SLOW MEDICINE



- Il nadololo e altri farmaci orfani
- La visita medica a domicilio
- I punti nascita che praticano il parto accompagnato dall'ostetrica in acqua o con altri mezzi per renderlo non medicalizzato.
- Le neonatologie che praticano attivamente (e non aggressivamente!) la promozione dell'allattamento al seno o evita ai neonati il dolore.
- Il clortalidone per il trattamento dell'ipertensione essenziale.
- la penicillina o simili per bocca nel trattamento della polmonite comunitaria (e non delle malattie virali!).
- I centri di diagnosi e cura e gli ospizi per gli anziani che non legano i pazienti al letto e non li imbottiscono di farmaci psicotropi.
- Le terapie intensive, anche neonatali, aperte ai parenti 24 ore su 24
- I country hospitals gestiti direttamente da infermieri per l'assistenza e dai medici di medicina generale per le cure mediche.
- I medici di medicina generale e gli infermieri che accompagnano le persone a morire a casa loro, con le cure palliative possibili.
- Una semplice fisiologica a flusso rapido per mantenere il circolo nelle emergenze, evitando pasticci con le amine vasoattive.
- tagliare gli antidepressivi, gli inibitori di pompa, le statine agli ottantenni...



- SALE
- ZUCCHERO



“Slow Medicine is the best medicine for the XXI Century”

Richard Smith BMJ Blog, 21 dicembre 2012





Sobria Rispettosa Giusta

**“SCEGLIERE CON SAGGEZZA
PERCHÉ IN MEDICINA FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO?”
Secondo convegno nazionale di Slow Medicine
Torino, 30 novembre 2013**



WWW.SLOWMEDICINE.IT

Dichiaro che negli ultimi due anni NON ho avuto rapporti diretti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario.

(art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 17 del Reg. Applicativo dell'Accordo Stato-Regione del 5 novembre 2009)