

Corso di aggiornamento per Animatori di Formazione in Medicina Generale

## **CONSUMISMO SANITARIO**

*20 Gennaio 2009*

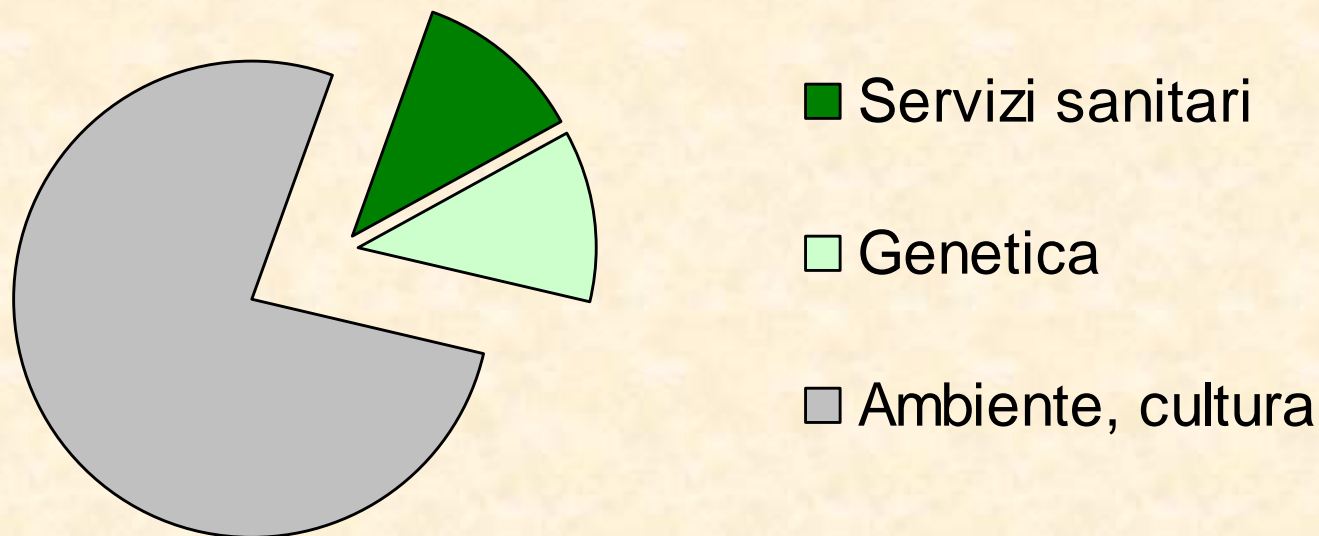
*Hotel Minerva, Via Fiorentina 4, Arezzo*

# **IL CONSUMISMO SANITARIO**

Roberto Romizi

Coordinatore Animatori di Formazione in Medicina Generale ASL 8 Arezzo

# I determinanti della salute



I determinanti della salute dipendono solo per il 10% dai servizi sanitari, mentre per il 90% dipendono dai fattori genetici, comportamentali, ambientali e socio economici

**Più salute – Meno sanità**

**Importanza attribuita da esperti ai 4 più significativi  
determinanti dello stato di salute nella riduzione dei casi  
delle 10 principali cause di morte**

**Contributo dovuto alla eliminazione completa dei fattori di rischio**

<b>Cause di Morte (ICD)</b>	<b>Biologici e genetici</b>	<b>Comportamentali (Stili di vita)</b>	<b>Ambientali</b>	<b>Assistenza Sanitaria</b>
1 – Tumori	30	40	20	10
2 – Cardiopatia ischemica	20	50	10	10
3 – Cerebrovascolopatie acute	25	40	20	5
4 – Altre forme di cardiopatia	32,5	32,5	17,5	7,5
5 – Bronchite, enfisema, asma	25	35	30	10
6 – Polmonite	15	25	35	20
7 – Tutti gli incidenti	5	52,5	35	10
8 – Incidenti automobilistici	5	60	20	5
9 – Diabete mellito	50	30	5	10
10 - Suicidi	15	50	20	5

*Fonte: Gunning-Schepers LJ – Hagen JH: Avoidable burden of illness: how much  
can prevention contribute to health? Soc. Sci. Med. 1987,24,945-51*

## ***NUOVI SCENARI***

- Rapida globalizzazione
- Nuova industrializzazione
- Forte urbanizzazione
- **Consumi non sostenibili**
- Crescita eccessiva della popolazione
- Trasporto internazionale di sostanze chimiche
- Aumentato uso delle biotecnologie
- **Riduzione delle normative a garanzia della salute pubblica**

## ***EMERGENZA AMBIENTALE***

- **Aumento sostanze chimiche pericolose: inquinamento dell'aria, dell'acqua e del suolo**
- **Cambiamenti climatici**  
(*Desertificazione, siccità, deforestazione, uragani, incendi, alluvioni*)
- **Perdita della biodiversità**

## ***EMERGENZA SOCIALE***

- **Aumento della povertà e delle disuguaglianze**

## ***DANNI ALLA SALUTE***

**Aumento delle patologie cronicodegenerative (immunomediate, neurodegenerative, endocrine, neoplastiche, respiratorie, metaboliche, cardiocircolatorie), delle malattie mentali, delle disfunzioni riproduttive e delle malattie infettive. Riemergono le patologie tropicali.**

***La transizione epidemiologica***

## LA TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA

**Nei Paesi sviluppati è aumentata la speranza di vita e sono diminuite le patologie acute da cause esogene grazie a:**

- miglioramenti igienici dell'ambiente di vita e di lavoro
- rifornimento idropotabile e costruzione di fognature
- smaltimento dei rifiuti
- disponibilità di alimenti in quantità adeguate e qualitativamente salubri e sicuri
- uso di vaccini, antibiotici e altri presidi terapeutici
- miglioramento socioeconomico
- aumento del livello di istruzione, della cultura generale, della presa di coscienza del diritto alla salute.

**E' aumentata la mortalità e morbosità da malattie cronicodegenerative.**

## **Aumento sostanze chimiche pericolose**

Soprattutto negli ultimi decenni l'uomo ha prodotto e immesso nella biosfera una quantità immensa di molecole artificiali (metalli pesanti, interferenti endocrini, pesticidi, diossina, ecc...), ma anche agenti fisici (radiazioni ionizzanti e non ionizzanti) e biologici (transgenici e virus) che persistono nell'ambiente, si bioaccumulano negli esseri umani e causano trasformazioni genomiche nelle prime fasi dello sviluppo del feto e del bambino determinando un incremento delle patologie cronico-degenerative, immuno-mediate, neoplastiche, neuro-degenerative, endocrino-metaboliche, cardiocircolatorie.

## **LA PANDEMIA SILENZIOSA**

Fonte: Harvard School of Public Health; The Lancet.

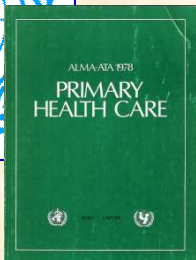
LA SALUTE  
COME  
DIRITTO

LA SALUTE  
COME  
MERCE

PER TUTTI

PER POCHI

1978



1948

2008

## Rapporto Oms 2008 sulla salute globale: tornare alle cure sanitarie primarie

Il rapporto Oms 2008 sulla salute globale, valuta criticamente le scelte organizzative, finanziarie e assistenziali dei Paesi ricchi e poveri di tutto il mondo. Il documento riporta una serie di carenze e lacune che hanno determinato una situazione di profondo squilibrio per ciò che riguarda lo stato di salute di numerose popolazioni, nei Paesi e tra i Paesi.





**Figure 1** The PHC reforms necessary to refocus health systems towards health for all



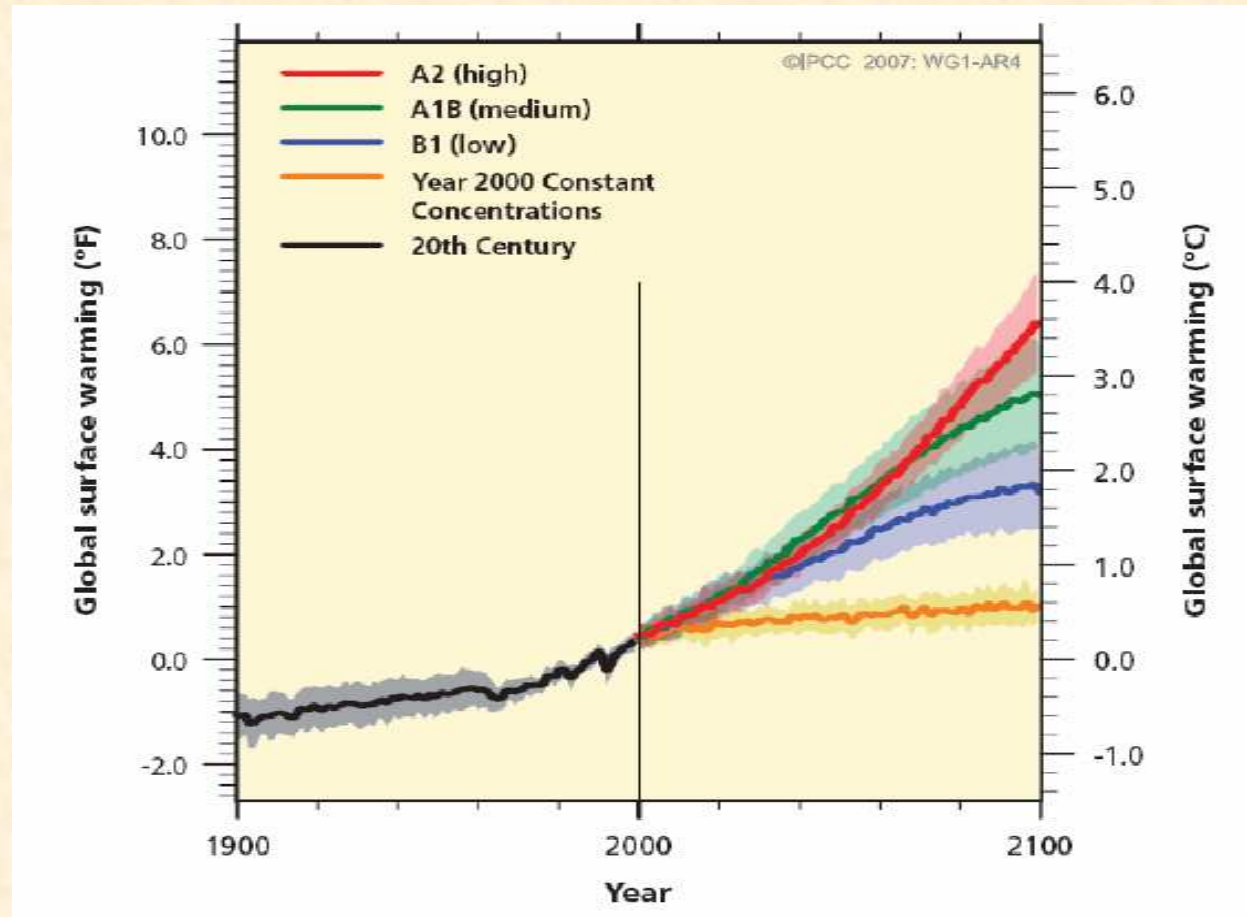
Oggi la **crisi finanziaria** sembra la principale emergenza che il pianeta si trova ad affrontare.

La **crisi ambientale**, la **crisi climatica** sono in realtà molto più gravi della crisi finanziaria: da questa ci si può riprendere, ma non dalle crisi ambientale e climatica.

*L'emergenza ambientale e l'emergenza sociale sono inscindibili e interdipendenti.*

## SCENARI DI RISCALDAMENTO GLOBALE

Il degrado del Pianeta sta subendo una forte ed imprevista accelerazione: si prevedono conseguenze gravi per tutte le forme di vita e **il suo rallentamento non può che passare da una svolta radicale nei modelli economici.**





Ma va.. Il clima è sempre cambiato! Sono fesserie!

Esatto!

Ma io faccio una fortuna... e dovrei preoccuparmi?

Assolutamente!

**Il riscaldamento è INEQUIVOCABILE**

**E' molto probabile che sia a causa dell'uomo**

**L'EU ritiene che se il riscaldamento supera i 2°C il processo è CATASTROFICO per l'Europa**

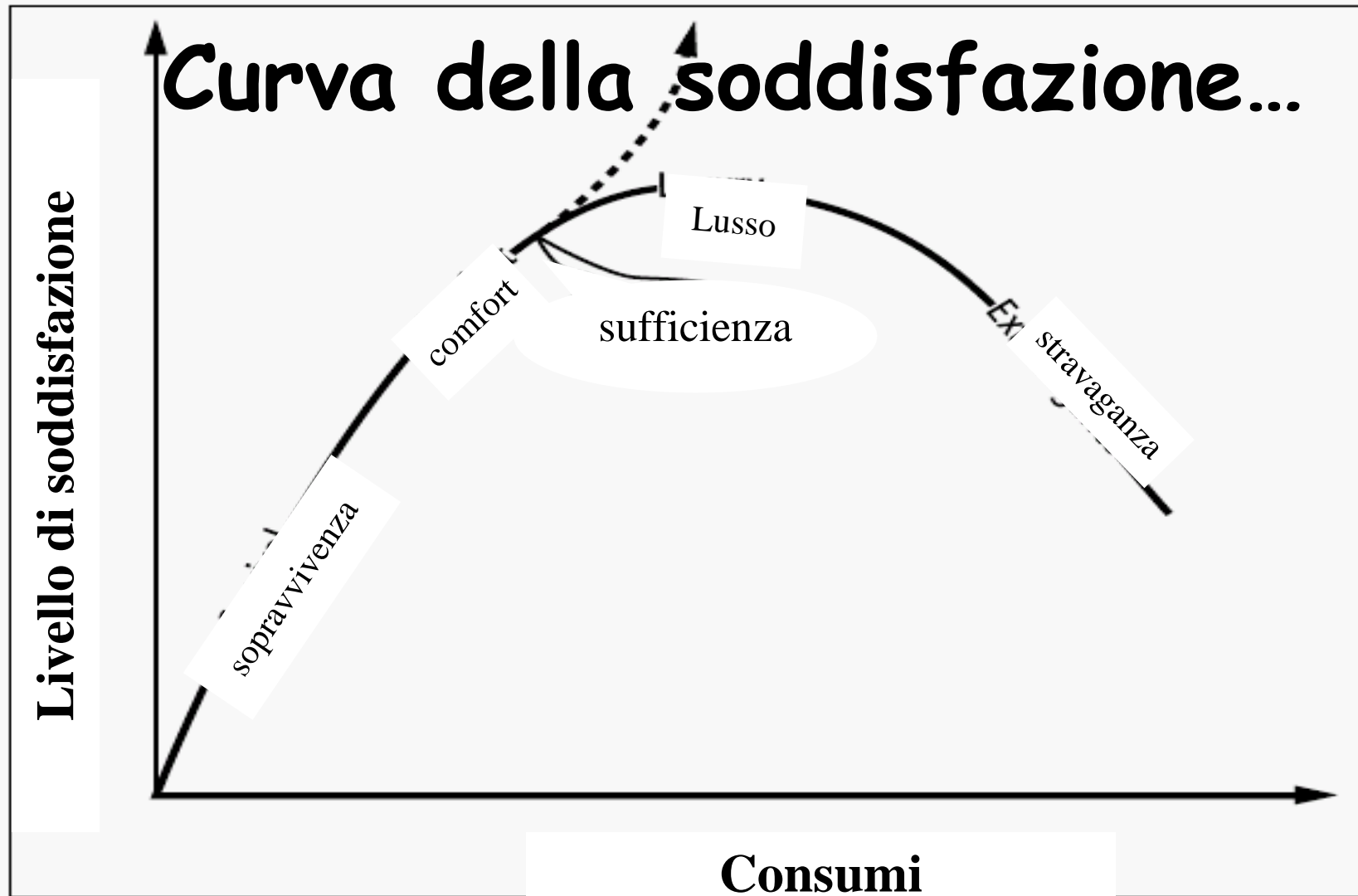
## **Consumismo (sindrome dello shopping)**

“Crescita” economica in funzione di prodotti sempre più inutili.

Non è la crescita economica che è necessaria ma lo sviluppo.

Il vero sviluppo può realizzarsi anche con crescita economica limitata, purché caratterizzato da una vita lunga e sana, buoni livelli di istruzione e uno standard di vita confortevole.

- **CONSUMARE:** logorare coll'uso, distruggere, ... mandare al male, rovinare, sciupare, sprecare - **CONSUMATORE:** che distrugge, sciupone (Vocabolario Zingarelli 1968)



Based on Dominguez and Robin (1992)

## CONSUMISMO E SOCIETA' DELLA DECRESCITA

Il progetto di una società della decrescita, sobria per scelta, è radicalmente diverso dalla decrescita negativa: un conto è scegliere la decrescita, altro è subirla.

Un rallentamento della crescita non voluto determina disoccupazione, divario sempre maggiore tra ricchi e poveri, abbandono dei programmi sociali, sanitari, educativi, culturali e ambientali.

Il “**consumismo sanitario**” può essere definito come l’uso di prestazioni sanitarie anche quando non c’è n’è bisogno.

La moderna medicina spreca immense risorse, miliardi di esami inutili, milioni di terapie inappropriate: *questa è la ragione vera per la quale la sanità costa sempre di più e diventa insostenibile.*



## Cause del consumismo sanitario

- disinformazione e malacomunicazione
- cultura diffusa del “diritto a tutto, subito e gratis”
- bisogni indotti dal mercato.

## DISINFORMAZIONE e MALACOMUNICAZIONE

- informazione farmaceutica. Si calcola approssimativamente che per lo sviluppo di un nuovo farmaco sia speso in proporzione per la ricerca 9 dollari e 90 dollari in promozione commerciale. In un recente articolo di JAMA, la conclusione cui è arrivato il redattore capo del NEJM è che i medici non possono più basarsi sulla letteratura medica per un'informazione valida ed affidabile.
- Opinion-leader. Il rapporto tra industria e consumismo sanitario si sviluppa grazie alla determinante mediazione degli opinion leader che sono pagati in modo diretto e indiretto dalla multinazionali farmaceutiche.
- specialisti e non solo: *“in questa categoria è frequente incontrare un pollo di batteria nutrito dalla più tenera età professionale con un mangime sintetico monoculturale e ipertecnologico”*. Il medico monocoloro vede tutto dal punto di vista della sua specializzazione.
- fattori culturali: arbitrio di prescrizione (presunzione di prescrivere in scienza e coscienza).
- inconsapevolezza: un'alta percentuale di medici non conosce per esempio il rischio da esposizione radiologica.

# **DISINFORMAZIONE E MALACOMUNICAZIONE**

IL “CONSUMISMO SANITARIO” SI ADOPERA PER CREARE BISOGNI ATTRAVERSO:

- CAMPAGNE DI STAMPA,
- ASSOCIAZIONI DI MALATI,
- GIORNATE NAZIONALI,
- CREAZIONE DI CENTRI E ASSOCIAZIONI SCIENTIFICHE,
- CREAZIONE DI NUMERI, DATI E RICERCHE

## **CULTURA DIFFUSA DEL DIRITTO A TUTTO SUBITO E GRATIS**

Il paziente arrogante pretende tutto anche il superfluo perché lo ritiene un suo diritto.

Si lamenta spesso impropriamente. C'è una aspettativa esagerata.

Insegue il mito dell'eterna giovinezza e il miraggio di una vita eterna.

*Cercare informazioni mediche è in ordine di frequenza la terza attività on line.*

*Almeno 4 milioni di italiani cercano informazioni sulla salute in internet.*

## BISOGNI INDOTTI DAL MERCATO

L'INDUSTRIA DELLA SALUTE, quella farmaceutica, quella dei produttori di macchinari medicali, quella delle cliniche private convenzionate e non, delle aziende ASL (?!), delle assicurazioni deve reclutare sempre più clienti che consumino pillole, che facciano esami, ricoveri, visite, interventi. Ed oltre che i malati vanno reclutati anche i sani! Il messaggio dei media è ormai esplicito: *il ricorso all'industria della salute deve essere fatto dai "sani" prima che si ammalinino perchè corrono un rischio più o meno remoto, trasformandoli spesso in malati.*

- L' Azienda USL non è finalizzata al profitto; è una azienda etica il cui valore è la salute.
- Il mercato è diverso: c'è conflitto tra chi ha per obiettivo il profitto (privato) e chi la salute (SSN).
- La sanità deve essere pubblica per un problema etico, privata semmai nella gestione.

***La salute non è merce!!!***

## **IL CONSUMO DI SALUTE**

- 27 aprile 2005 - fonti: *Heath I. Who needs health care – the well or the sick? BMJ 2005; 330: 954-956 Lindley K J et al. Consumerism in healthcare can be detrimental to child health: lessons from children with functional abdominal pain. Arch Dis Child 2005; 90:335-337*

Prevenire è meglio che curare? Non sempre. Lo dimostrano giornate della prevenzione per qualsiasi disturbo, campagne gratuite di screening e comunicazioni che trasformano fattori di rischio quali, per esempio, l'innalzamento della pressione arteriosa o del livello di colesterolo nel sangue, in malattie. L'obiettivo? Convincere sempre più persone sane che assumere farmaci e sottoporsi a esami e controlli – oggi – possa evitare la malattia – domani – e possa allungare la durata della vita.

Una strategia vincente e premiata, se, come riporta il British Medical Journal, il 70 per cento della popolazione inglese acquista medicine per migliorare il proprio stato di salute o per prevenire l'insorgere di numerose malattie.

Da SIMGNEWS 86 2005 (by Intermedia & Giustini)

## **L'INDUSTRIA DELLA SALUTE E IL CORRELATO CONSUMISMO SANITARIO DETERMINANO *LA FINE DELLA RICERCA INDIPENDENTE***

- I costi della ricerca sono elevati e non sono sostenuti dai governi ma dalle multinazionali.
- Non ci si può fidare più di tanto delle prove sulla efficacia e sulla sicurezza dei farmaci o sulla reale utilità di un certo esame perchè compaiono solo le verità gradite al mercato!
- Nel caso in cui sono coinvolte nella ricerca anche istituzioni pubbliche come Università ed Ospedali le regole sono comunque dettate dall'industria, come il fatto di non pubblicare i dati se questi sono sfavorevoli sul piano commerciale.
- Nella scala delle priorità vi è una preferenza assoluta per lo studio di farmaci, mentre si trascurano tutti gli altri approcci che potrebbero giovare alla salute.



## Quanto possiamo fidarci di



## **Il consumismo sanitario determina la crisi del servizio sanitario.**

- Negli ospedali crollano le giornate di degenza ed esplode il numero dei medici che hanno complessivamente spostato la loro attività dalla cura alla diagnosi precoce.
- L'aumento delle liste di attesa è da attribuirsi al consumismo sanitario correlato a spesso inutili check up e procedure di diagnosi precoce: la libera professione intramoenia sta favorendo la figura dello “specialista di famiglia”.

*Anche taluni servizi vengono inventati e fatti sorgere dal nulla prescindendo dalla loro reale efficacia.*

# IL CONSUMISMO SANITARIO, L'IMPERATIVO TECNOLOGICO, E LA CULTURA DIFFUSA DEL “DIRITTO A TUTTO, SUBITO E GRATIS”

determinano

lo SPERPERO DI RISORSE: negli Usa la spesa per la salute è oggi al 15% del prodotto interno lordo e continua a crescere anche negli altri paesi occidentali.

# **Il consumismo sanitario e il conseguente spreco determinano:**

- danni alla salute
- danni all'ambiente
- iniquità

# DANNI ALLA SALUTE

- effetti collaterali da farmaci
- effetti collaterali da diagnostica
- effetti collaterali psicosociali

## Effetti collaterali da farmaci

- Esempio della terapia ormonale delle donne in menopausa che aumenta il rischio di cancro al seno e non determina la sperata protezione cardiovascolare.
- Malattie iatrogene: sono un big killer. In Italia oscillano tra 14000 decessi annui segnalati dall'associazione degli anestesisti fino ai 50000 segnalati da altre agenzie.
- In Gran Bretagna il 4 per cento dei ricoveri in ospedale è dovuto alle reazioni avverse dei farmaci, con un costo annuale per il Sistema Sanitario di 466 milioni di sterline, quasi 700 milioni di euro (2005).

# Effetti collaterali da diagnostica

Alcuni esempi:

- 1) la radiodiagnostica
- 2) la MOC
- 3) screening per i tumori della prostata
- 4) l'abbassamento dei valori del limite oltre il quale comincia la malattia

## EFFETTI COLLATERALI PSICOSOCIALI

Effetti ansiogeni senza un reale miglioramento dell'aspettativa di vita, squalificazione del sistema legato alla malasanità.



# DANNI ALL'AMBIENTE

Si intende inquinamento e conseguenti danni alla salute.

L'enorme quantità di medicine che terminano tra i rifiuti o nelle falde acquifere sono un importante problema di salute.

La crescente documentazione sugli effetti a basse dosi rende i farmaci un'area prioritaria dal punto di vista della salute legata a fattori ambientali.

Ricercatori, amministratori, farmacisti e medici devono considerare la persistenza, il bioaccumulo e la tossicità dei farmaci al fine della riduzione dell'impatto ambientale dei farmaci stessi e dei conseguenti danni alla salute.

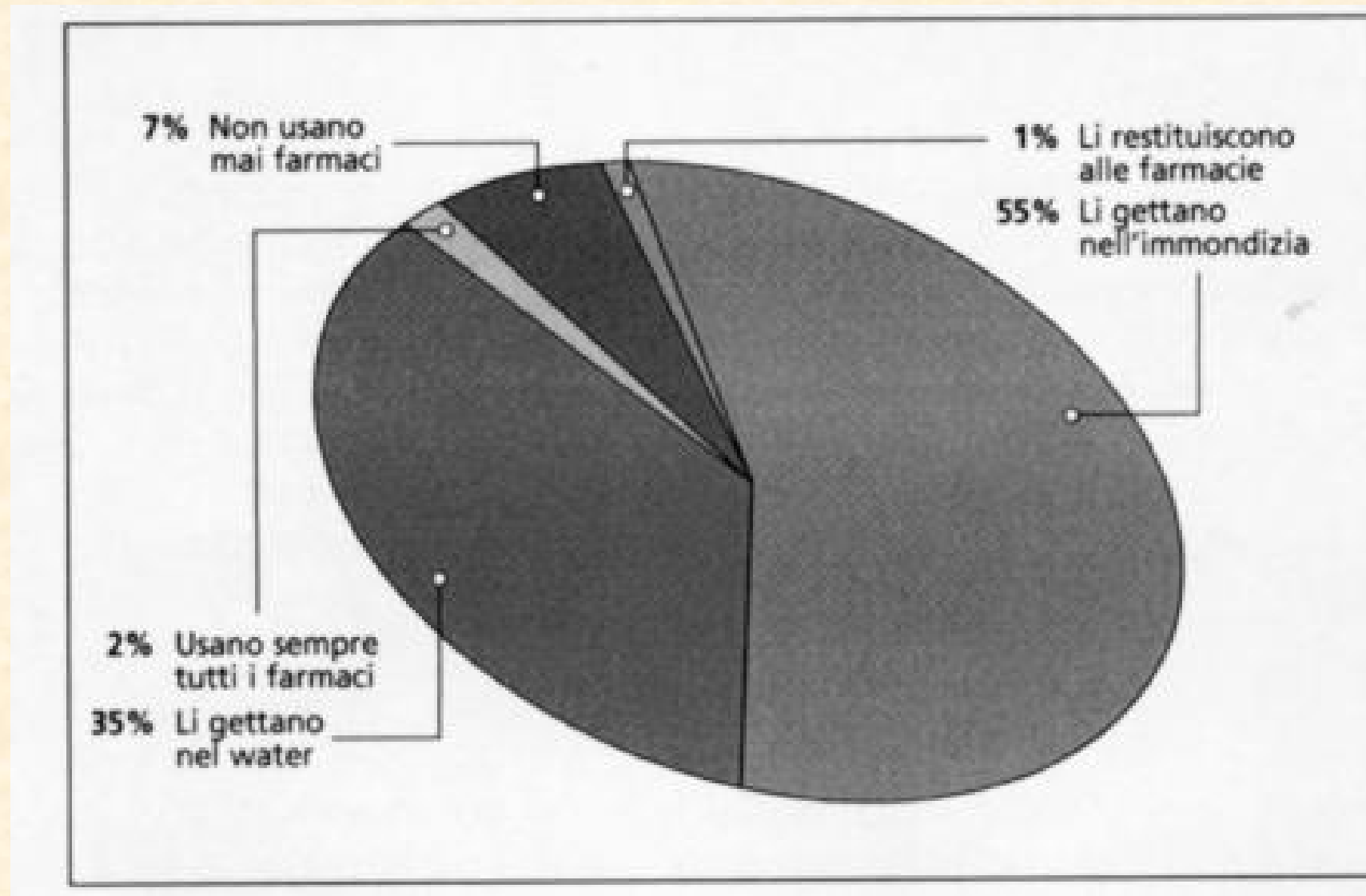
*Il problema dei farmaci e della salubrità ambientale è un'area emergente.*

## GLI INGLESI ANALIZZANO L'ACQUA PER INDIVIDUARE I FARMACI DISCIOLTI

“Potrebbero portare gravi danni ai feti

A partire dal prossimo anno il Governo britannico farà effettuare delle analisi sull'acqua potabile per verificare l'eventuale presenza di farmaci, finiti inavvertitamente negli scarichi. Si sospetta che i farmaci potrebbero aver contaminato le acque dei fiumi. Un'equipe di tecnici controllerà i punti di prelievo dell'acqua potabile e saranno anche effettuati controlli sull'acqua passata per i cicli di trattamento. I pericoli maggiori, avvertono gli scienziati, arrivano dalle medicines anti-cancro, pericolose per la loro elevata tossicità, difficilmente solubili, anche dopo le operazioni di trattamento. Le medicine citotossiche, speciali farmaci anti-cancro che impediscono la divisione cellulare, se assorbite dall'organismo, risultano estremamente dannose soprattutto per le donne in stato di gravidanza dal momento che porterebbero gravissimi danni al feto”.

## Indagine USA: cosa fanno i consumatori dei farmaci scaduti



*Per eliminare i farmaci scaduti senza inquinare l'ambiente, esistono appositi contenitori per la raccolta differenziata collocati in farmacia o in alcune piazzole predisposte alla raccolta di rifiuti.*



# INIQUITÀ

Le enormi risorse assegnate alla sanità non bastano per tutti perché gli sprechi impediscono di prendersi cura dei meno abbienti. E' lo spreco che rende impossibile cure gratuite per tutti. Tagli obbligatori e malessere sociale sono effetti e non cause del fallimento di una sanità gratuita.

Attenzione nel prendere decisioni sulle risorse che sono limitate, si tolgono risorse ad altri: è un problema etico.

*La solidarietà non può comprendere tutto: necessario e superfluo.*

## Iniquità

### Povertà e Medici di Medicina Generale

Meeting di Londra su “Povertà e salute”

1998

- Banca Mondiale, “responsabile per aver costretto i governi a ridurre gli investimenti per la salute pubblica, in nome dell’aggiustamento strutturale dei bilanci”;
- Medici e pazienti indotti a rivolgersi al settore privato;
  - Grave danno alla salute, specie dei **poveri**;
- Implementazione delle cure specialistiche, con uso della tecnologia medica più avanzata e costosa.

Fonte: British Medical Journal Mod.

# CRITICITA' - PROVOCAZIONI

- Campagne educative
- I limiti dell'epidemiologia
  - Buone pratiche
  - Effetto soglia
- Percezione del rischio
- La grande distrazione

*ALIBI ALLA SOLUZIONE "VERA" DEI PROBLEMI*

# CAMPAGNE EDUCATIVE

*Utili ma non sufficienti*

**Poiché un vero intervento di prevenzione primaria, basato sulla riduzione/eliminazione dei fattori di rischio ambientali, risulta difficile e complesso si preferisce rivolgersi a favore di scelte relativamente più semplici, meno impegnative, indolori, come le campagne educative.**

**Appare incongruo basare la maggior parte degli interventi di prevenzione delle malattie cronico-degenerative sulla “correzione” di stili di vita...**

Peraltro una maggiore informazione, pur doverosa, non comporta l'automatica modifica dei comportamenti (fumo, incidenti stradali, ecc...)



L'“Ideologia” sanitaria attuale è sempre più condizionata dagli interessi economici e da una prassi medica sempre più commerciale e ipertecnologica ed è sempre più incentrata su diagnosi, terapia e prevenzione secondaria e sempre meno interessata agli aspetti partecipativi della tutela della salute e agli aspetti di prevenzione primaria.

*L'unica prevenzione primaria che viene tuttora indicata come valida è quella che concerne le scelte individuali fatte passare per scelte pienamente autonome, e cioè **l'alimentazione e l'esercizio fisico**.*

*Ai cittadini si attribuisce la responsabilità della propria salute, attenuando quella politico-istituzionale che mostra le carenze in materia di prevenzione primaria.*



## LIMITI DELL'EPIDEMIOLOGIA

**Molti studi hanno limiti importanti:**

- **considerano solo UN fattore nocivo** (radon, fumo da sigaretta, diossina...);
- **non considerano la sinergia tra inquinanti** (pur nei limiti di legge);
- **si analizzano poche malattie;**
- **la popolazione esposta è *diluata*, la popolazione di riferimento è inadatta;**
- ***il follow-up* è troppo breve vs la lunga latenza delle patologie;**
- **c'è enfasi sulla non significatività statistica;**
- **c'è distorta interpretazione e comunicazione dei risultati;**
- **non c'è considerazione del Principio di Precauzione, ...**

***E soprattutto arriva sempre troppo tardi!***

**... il progresso tecnologico risolverà tutti i problemi...**

## **Buone pratiche**

- alcune – quelle concernenti il I Mondo – utili ma non sufficienti [della serie migliorare il parco macchine, ridurre l'uso di pesticidi, insegnare alle mamme a mettere i detersivi sull'armadio perché così il bambino non lo può bere con facilità, “ambulatorio verde”, ...];

- altre – quelle concernenti il III Mondo – assolutamente inapplicabili perché la vera causa è lo sfruttamento (che va ad inasprirsi e non a migliorare).

*... lo sviluppo sostenibile rischia di diventare arma semantica...*

# Effetto soglia

# Percezione del rischio

*Opinione comune è che in fondo la situazione non è così grave*

## **La grande distrazione**

La società nella quale viviamo fa sì che una partita di calcio o un fatto di cronaca assurgano al rango di argomenti dominanti, e si presti la minima attenzione o si ignorino i grandi problemi che minacciano la stessa possibilità di vita sul nostro pianeta.

Non viene prestata la dovuta attenzione al degrado ambientale, o al deterioramento del nostro sistema assistenziale o al dissolversi progressivo del senso di solidarietà.

*Al di sopra della massa si erge un potere tutelare che si fa carico di assicurare i divertimenti collettivi a patto che i cittadini non pensino che a divertirsi.*

*I media giocano un ruolo essenziale distraendo l'attenzione del pubblico.*



## **CHE FARE?**

- **Ruolo delle organizzazioni mediche**
- **Scelte dei singoli medici**



## **Ruolo delle Organizzazioni mediche**

- Sollecitare le **autorità governative** affinché la **salute** sia individuata come **priorità** delle loro azioni.
- Assistere la preparazione di **leggi** e programmi, esprimendosi pubblicamente sui principali argomenti.
- Prendere la difesa dei pazienti-**advocacy**.
- Implementare gli esistenti **codici etici per medici** includendo le responsabilità nei confronti dell'ambiente (per esempio la conservazione delle risorse, le politiche dei consumi) ma anche dell'equità, della pace, ecc...

**POSSIBILI PROPOSTE PER CONTRASTARE IL CONSUMISMO SANITARIO E  
DIFENDERE IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE:**

- 1) sviluppare la ricerca scientifica pubblica per valutare, secondo metodi scientifici, quali procedure devono essere mantenute e/o introdotte nella pratica clinica, assistenziale ed in ambito preventivo
- 2) potenziare la “vera” prevenzione primaria (disincentivando invece la prevenzione secondaria della maggior parte degli screening di cui non è stata dimostrata l’efficacia).
  - *Attraverso una valutazione preventiva, pagata dall’industria, del rischio biologico connesso alle sostanze immesse nell’ambiente (REACH)*
  - *Attraverso la promozione del Principio di Precauzione contro il conservatorismo scientifico*

## **Privilegiare la Prevenzione Primaria**

Ogni sostanza deve essere adeguatamente testata per il suo potenziale cancerogeno e teratogeno, prima di essere immessa nel mercato e nell'ambiente. Lo studio, pur fondamentale, delle evidenze epidemiologiche, non consente una tempestiva azione di prevenzione.

La prima linea di difesa contro le patologie cronicodegenerative è o dovrebbe essere la **prevenzione primaria**: la riduzione, cioè, dell'esposizione collettiva ai sempre più ubiquitari patogeni ambientali.

*La vera PREVENZIONE è quella che rimuove le cause patogene.*

# PRINCIPIO DI PRECAUZIONE

E' un approccio alla gestione dei rischi che si esercita in una situazione d'incertezza scientifica, che reclama un'esigenza d'intervento di fronte ad un rischio potenzialmente grave, senza attendere i risultati della ricerca scientifica.

Il principio contrasta l'atteggiamento di “stare a vedere cosa succederà prima di prendere provvedimenti” per non turbare interessi in gioco diversi da quelli di salute.

- *Trattato Istitutivo dell'UE, art. 174, comma 2 (Maastricht, 1992)*
- *Conferenza ONU Ambiente e Sviluppo – Principio 15 ( Rio de Janeiro, 1992)*

## **POSSIBILI PROPOSTE PER CONTRASTARE IL CONSUMISMO SANITARIO E DIFENDERE IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

- 3) contrastare la cultura economicistica in ambito sanitario e socio-assistenziale e favorire quella dell'appropriatezza e delle prove di efficacia

*Un sistema si valuta attraverso una lista di priorità che guidi le allocazioni: attenzione però che la scienza non falsifichi se stessa per promuoversi!*

- 4) contrastare la logica della privatizzazione, che rischia di portare alla affermazione della cultura del libero mercato e a garantire solo un nucleo ridotto di servizi gratuiti non garantendo più l'intero percorso di diagnosi e cura e tanto meno la ricerca e la prevenzione primaria.

## **La privatizzazione della sanità non è la risposta: gli Stati Uniti insegnano**

Sul Canadian Medical Association Journal dell'ottobre 2007, Marcia Angell confronta le caratteristiche e i risultati dei sistemi sanitari statunitense e canadese. Fino ai primi anni settanta i due sistemi erano molto simili e l'aspettativa di vita era di circa un anno maggiore in USA. Da quando, nel 1972, entrò in vigore in Canada il Medical Care Act, i due sistemi incominciarono a divergere. Il sistema USA divenne sempre più costoso lasciando un numero sempre maggiore di americani non assicurati (circa il 15%, pari a 46 milioni di persone). Ma anche per chi è assicurato molti servizi non sono garantiti. I cittadini americani ricevono meno servizi: meno visite, meno tempo in ospedale, meno infermieri, meno posti letto, hanno solo un po' più di dottori e molti più dispositivi per la risonanza magnetica nucleare (RMN). Anche i risultati differiscono in modo significativo: 2.5 anni di aspettativa di vita in meno in USA, maggiore mortalità infantile e maggiore mortalità prevenibile. La Angell mostra, numeri alla mano, che la privatizzazione attuata negli Stati Uniti ha portato a risultati peggiori spendendo molto di più. Il mito della privatizzazione della sanità come strumento per attuare un risparmio, si dimostra clamorosamente falso. Oltre a tutto aumenta in modo intollerabile le disuguaglianze.

*Fonte: Nograzie, pago io! [www.nograziiepagoio.it](http://www.nograziiepagoio.it)*

## **POSSIBILI PROPOSTE PER CONTRASTARE IL CONSUMISMO SANITARIO E DIFENDERE IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

5) Assicurare la dichiarazione di eventuali conflitti di interessi da parte di ricercatori e consulenti

- Chi utilizza il suo prestigio scientifico per esprimere un parere dovrebbe essere obbligato a pubblicizzare i propri legami economici e di carriera con lo sponsor.

- Il problema è ancora peggiore quando ad essere sponsorizzate sono le società scientifiche che scrivono le linee guida per un determinato campo medico.

- Solo l'8% delle facoltà mediche degli istituti di ricerca statunitensi e il 7% delle riviste mediche scientifiche obbligano i ricercatori a dichiarare la provenienza dei fondi ricevuti.

**POSSIBILI PROPOSTE PER CONTRASTARE IL CONSUMISMO  
SANITARIO E DIFENDERE IL SERVIZIO SANITARIO  
NAZIONALE**

I cittadini devono essere portatori sia di diritti che di doveri, recuperare il senso civico dei cittadini.



## **Ruolo delle Organizzazioni della Medicina Generale**

- **Verificare le linee guida e individuare le priorità contribuendo alle scelte (ruolo politico).**
- **Diventare la voce più forte a favore del SSN e del cittadino per individuare le prestazioni efficaci (le linee guida non vanno chieste solo alle società scientifiche specialistiche).**
- **Farsi carico del controllo integrato dei flussi di prevenzione, diagnosi e cura nel SSN.**

### **In realtà i MMG**

- **non sono regolatori ma strumento di altri;**
- **hanno un ruolo residuale rispetto ai decisori;**
- **non hanno la responsabilità delle decisioni;**

*C'è una schizofrenia tra i documenti che li vogliono al centro del sistema e i dati di fatto.*

## PROPOSTE PER I SINGOLI MEDICI

- Ridurre la prescrizione di esami inutili (ripetizione dell'esame fatto di recente, prescrizione di un esame che non cambierà nulla, ...)
- Gestire opportunamente il consenso informato.
- Promuovere una nuova cultura della responsabilità condivisa. In sanità curare e farsi curare non è compiacersi di prestazioni superflue ma capire che cosa c'è dietro ciascuna di esse e quali siano costi, rischi e impatto ambientale.
- Implementare la relazione medico-paziente.
- .....

## **ANAMNESI E RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE**

Ciò che paziente chiede è una relazione, un rapporto di ascolto al suo “essere” malato, mentre oggi il medico è assorbito dagli aspetti tecnici e dedica un orecchio sempre più distratto alla voce del paziente.

Già nel 1972 Giulio Maccacaro scriveva: “la raccolta dell’anamnesi, unica occasione di un vero incontro tra il medico ed il malato, è delegata dal professore all’aiuto, all’assistente, allo specializzando, allo studente interno, all’ultimo arrivato... ciò imprime allo studente l’idea che questo rapporto col malato è in fondo un rapporto accessorio, non necessario; questa idea lo studente la porterà sempre con sé, la porterà anche nell’ospedale, nell’ambulatorio, ovunque”.

**CENTRALITA'  
DELLA  
FORMAZIONE**

## **É sufficiente ed adeguato il curriculum didattico tradizionale?**

*“I curricula universitari non rispondono ancora in modo sufficiente ai bisogni emergenti dalle nuove circostanze con cui si devono confrontare i medici oggi”*

- Correlazione dei diversi livelli di salute con i fattori socio-economici, culturali e ambientali: i determinanti di salute.
- Transizione epidemiologica

(A. Stefanini Dip. di Med. E San. Pubbl. BO)

*“ Occorre tenere vivo il contratto sociale che esiste tra le facoltà mediche e la popolazione ”*

(American Association of Medical Colleges)

Parte centrale di questo contratto è formare studenti che diventino medici responsabili... che prendano parte con impegno alle attività che contribuiscono alla salute e al benessere dell'intera comunità e dei suoi membri.

# **Progetto di verifica di efficacia dell'attuale medicina accademica nel formare una figura professionale in grado di far fronte alle sfide del XXI secolo**

“British Medical Journal” e oltre 40 riviste mediche internazionali, ottobre 2004

Criticità individuate:

**Incapacità di servire il bene pubblico e mancanza di una prospettiva globale**

**Necessità di assumersi le responsabilità della salute globale**

I medici rappresentano per la società il punto di riferimento per la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie

Missione di tutti i medici è la promozione della salute e la prevenzione delle malattie.

**Health Promoting General Practitioners**



**Table 1: From Primary Medical to Primary Health Care**

<i>Conventional</i>		<i>New</i>
	<i>Focus</i>	
Illness		Health
Cure		Prevention, care and cure
	<i>Content</i>	
Treatment		Health Promotion
Episodic Problems		Continuous care
Specific problems		Comprehensive care
	<i>Organization</i>	
Specialist		General Practitioners
Physicians		Other personnel groups
Single-handed practice		Team
	<i>Responsibility</i>	
Health sector alone		Intersectoral collaboration
Professional dominance		Community participation
Passive reception		Self-responsibility

Adapted from Vuori (1985)<sup>25</sup>

Il nostro impegno non può comunque arrestarsi su di un'opera di contenimento e riparazione dei danni diretti e immediati degli agenti patogeni, ma deve anche proiettarsi su un'azione a monte di più ampio respiro, affinché la società nella quale viviamo modifichi le sue priorità in favore della salvaguardia della salute segnatamente dei bambini di oggi e delle generazioni future.

Invece di accettare una società basata sul mito della crescita economica, è possibile pensare a uno sviluppo che dia priorità alla qualità della vita e all'equità sociale, ponendo il mantenimento della salute al di sopra dell'interesse economico.

*Una rivoluzione culturale*

## **Obiettivi formativi del Corso sul Consumismo Sanitario**

- Riconoscere e comprendere che compito della professione è contribuire alle scelte attraverso l'individuazione delle priorità e la verifica delle linee guida.
- Dare strumenti di conoscenza critica, con i quali il MMG possa decodificare le domande improprie che i cittadini e i malati presentano, essendo questi ultimi influenzati da un'informazione non sempre trasparente e obiettiva.

## Obiettivi formativi del Corso sul Consumismo Sanitario

- Promuovere la costituzione di un “osservatorio” nei confronti delle distorsioni del sistema.
- Favorire l’affermarsi di fonti di informazione credibili, trasparenti e indipendenti (anche attraverso la Regione Toscana).
- Predisporre un decalogo sullo specifico a cura della medicina generale da apporre negli ambulatori.
- *Individuare una modalità operativa proficua per i corsi periferici.*

***GRAZIE***  
***PER***  
***L'ATTENZIONE!***