

Quando fare tanto è troppo, fare meno è meglio

Enrico Valletta, Giovanna La Fauci
 UO di Pediatria, Ospedale "G.B. Morgagni - L. Pierantoni", AUSL di Forlì

Abstract

When doing a lot is too much, doing less is better

Appropriate use of resources in providing health care services is of great interest for health care systems all over the world. In developed countries overdiagnosis, overinvestigation and overtreatment are increasing phenomena. Private economical interests, physicians and patients seem to share a variable degree of responsibility. An excess of medicalization not only absorbs a considerable amount of available resources but it likely involves a great number of healthy people with mild problems eventually threatening their health. The complexity of medicine is today such that at large investments proportionally correspond less advantages for a decreasing number of people. The "diminishing marginal returns" theory tries to explain decreasing productivity of medicine.

Quaderni acp 2013; 20(1): 29-33

Key words Complexity. Appropriateness. Health care system. Medicalization. Marginal returns

Il tema dell'appropriatezza nell'impiego delle risorse e dell'erogazione dei servizi è di grande interesse per i sistemi sanitari in tutto il mondo. Nei Paesi sviluppati si configurano sempre più spesso i fenomeni dell'eccesso di diagnosi, d'indagine e di trattamento ai quali contribuiscono in diversa misura interessi economici privati, classe medica e i pazienti stessi. In sintesi un eccesso di medicalizzazione che, oltre ad assorbire una parte importante delle risorse disponibili, rischia di coinvolgere impropriamente e creare danno a larghe fasce di popolazione sana o con patologie lievi. La complessità della medicina è ormai tale per cui a grandi investimenti sembrano fare riscontro vantaggi proporzionalmente sempre minori e per un numero sempre più ristretto di persone. La teoria del "rendimento marginale decrescente" cerca di spiegare il fenomeno della ridotta produttività della medicina.

Parole chiave Complessità. Appropriatezza. Sistema sanitario. Medicalizzazione. Rendimento marginale

*"... quel vizio che ti ucciderà
 non sarà fumare o bere,
 ma il qualcosa che ti porti dentro,
 cioè vivere..."*

(Francesco Guccini,
 Canzone della bambina portoghese, 1972)

Un tema sta emergendo con chiarezza nella più autorevole letteratura scientifica internazionale. Riguarda i Sistemi sanitari dei Paesi occidentali e sviluppati, ma coinvolge già le nazioni che, non più "in via di sviluppo", si apprestano a compiere i passi definitivi verso la modernizzazione sociale, economica e tecnologica (*threshold countries*). Si tratta del fenomeno dell'eccesso di diagnosi (*overdiagnosis*, *overinvestigation*), di medicalizzazione (*overmedicalisation*) e di trattamento (*overtreatment*) che sta

arruolando fasce sempre più ampie di popolazione nelle fila di coloro che sarebbero affetti da malattie acute o croniche o che presenterebbero una condizione di rischio potenziale per la propria salute.

L'etichetta di malattia, spesso permanente, che ne segue accompagnerà le persone per tutta la loro vita, inducendole a sottoporsi a indagini e a terapie da cui la gran parte di loro non trarrà giovamento, incidendo pesantemente sulla loro qualità di vita e disperdendo una quantità enorme di risorse altrimenti impiegabili. Il risultato è che la quasi totalità della popolazione adulta risulta oggi essere affetta da almeno una condizione cronica [1]. C'è consapevolezza che un eccesso di "medicina", con l'obiettivo di portare vantaggio a un numero sempre più pic-

colo di persone realmente malate, rischia di creare danno a un numero sempre più elevato di persone sostanzialmente sane o che trarranno ben poca utilità dal sapere di essere affetti da una qualsiasi condizione patologica lieve [2-3].

Il fenomeno dell'*overdiagnosis* è così pervasivo dall'aver indotto, tra gli altri, *BMJ* (*Medicalisation*), *JAMA*, *Archives of Internal Medicine* (*Less is More*) e *Archives of Disease in Childhood* a ospitare regolari rubriche e interventi su questo tema [4]. È stata lanciata una campagna internazionale di sensibilizzazione (*Choosing Wisely*, www.choosingwisely.org), sostenuta dalle maggiori società scientifiche di medicina generale e specialistica statunitensi ed europee, che ha portato alla stesura di una lista di 45 indagini, trattamenti o servizi alla salute che andrebbero ripensati perché a forte rischio di inappropriata [5-6]. Nel 2013 si terrà negli USA (Hanover, New Hampshire) un evento internazionale dal titolo "Preventing Overdiagnosis" che affronterà la questione in termini non solo scientifici, ma anche economici, etici e di politica sanitaria. I responsabili di questo scenario sono diversi. Vediamone alcuni.

La tecnologia

Le possibilità tecniche di ottenere immagini ed esplorare organi e distretti superano oggi le nostre capacità d'interpretare quello che vediamo. Indagini sempre più sensibili individuano variazioni dalla normalità sempre più sfumate o stadi di malattie così precoci da rendere impossibile una valutazione prognostica a lungo termine. Ecografia, tomografia, risonanza magnetica mettono in luce i cosiddetti "incidentalomi" addirittura nel 40% dei pazienti sottoposti all'esame per altri motivi [7]. Si tratta, per lo più, di situazioni benigne, ma che spingono a ulteriori indagini o a trattamenti non privi di rischio. La tecnologia chiama ulteriore tecnologia a conferma, le aziende che la producono non si tirano indietro, gli

Per corrispondenza:

Enrico Valletta

e-mail: e.valletta@ausl.fo.it

il punto su

investimenti aumentano e la complessità cresce fino a sfuggire alla comprensione del singolo medico. Occorrono più specialisti attorno a ogni singolo problema; anche la complessità dell'organizzazione sanitaria deve adeguarsi e le competenze cliniche di ciascun medico si impoveriscono progressivamente di fronte a una tecnologia prevaricante.

Le interferenze improprie

Le aziende produttrici di materiale sanitario, le case farmaceutiche, le assicurazioni influenzano pesantemente il mondo sanitario. Considerazioni puramente economiche spingono verso un continuo ampliamento delle fasce di popolazione da diagnosticare e/o curare o influenzano le scelte di politica sanitaria. Un uso inappropriato delle risorse diagnostiche e terapeutiche può essere indotto da incentivi finanziari o dai meccanismi di rimborso delle spese. In Svizzera gli adulti con assicurazione privata sono più a rischio di essere sottoposti a interventi chirurgici, mentre negli USA i bambini assicurati privatamente ricorrono più spesso a prestazioni inappropriate di pronto soccorso [3]. Il rischio di *overtreatment* è quindi dipendente dalle scelte in tema di economia sanitaria e dal livello di esposizione degli operatori al "mercato della salute".

I medici e le associazioni scientifiche

La loro capacità di indurre comportamenti inappropriati attraverso linee guida non basate sulle evidenze è enorme. L'80% delle spese per la sanità dipende dalle scelte tecniche dei medici [5]. Il conflitto di interessi all'interno dei panel di esperti che definiscono i cut-off di malattia, le soglie terapeutiche o i programmi di screening costituisce un elemento dirompente di distorsione [8]. Una modesta variazione nella soglia di definizione dell'ipertensione, dell'ipercolesterolemia o del diabete gestazionale è in grado di traghettare da un giorno all'altro sulla sponda degli "ammalati" centinaia di milioni di persone che fino a ieri erano considerate sane – e che forse avrebbero continuato a esserlo per il resto della loro vita. Analogo discorso vale per l'implementazione di screening per patologie oncologiche (mammella, prostata, polmone, colon) che, se estesi a fasce di popolazione non selezionate sulla base

dell'evidenza scientifica, possono tradursi in un numero elevato di diagnosi inappropriate quanto drammatiche di (pseudo) malattie che non avrebbero costituito alcuna seria minaccia in termini di aspettativa e qualità di vita [9]. Esiste poi un conflitto d'interesse intrinseco con la specifica attività di ciascun medico/specialista/esperto le cui scelte saranno comprensibilmente influenzate dal desiderio di dare crescente rilevanza alla propria disciplina. È questo un conflitto ineliminabile che può essere affrontato solo in termini etici e di professionalità individuale e collettiva [10]. La medicina difensiva e la constatazione che è molto più semplice prescrivere che instaurare una relazione e un confronto con il paziente sulle cose che è saggio (*wise*) fare o non fare, hanno tutte un peso nel sostenere l'eccesso di medicalizzazione.

I pazienti e le associazioni dei pazienti

La salute è nelle mani dei pazienti molto più di quanto essi stessi ne siano consapevoli. Nel suo editoriale di presentazione del documento sul futuro della professionalità medica, Harold C. Sox afferma che "... *the center of patient care is not in the physician's office or the hospital. It is where people live their lives, in the home and the workplace. There, patients make the daily choices that determine their health*" [10]. C'è naturalmente un problema di competenze per la salute (*health literacy*) e di sviluppo (*empowerment*) di queste capacità.

Il principio dell'autonomia delle scelte per la propria salute è basilare nel rapporto tra medico e paziente ma anche nel rapporto tra sistema sanitario e cittadini. Il ricorso improprio ai servizi di emergenza-urgenza sia per gli adulti che per i bambini – fenomeno in continua crescita in molti Paesi industrializzati – è testimone di una scarsa propensione dei cittadini a farsi carico del corretto funzionamento della sanità pubblica, ma anche del sentimento di diffusa inadeguatezza e impreparazione nei confronti di un'equilibrata gestione della propria salute. Sempre più spesso le associazioni dei pazienti sono coinvolte nelle decisioni cliniche o di sanità pubblica come portatrici di interessi (*stakeholders*) all'interno dei panel di esperti. Tuttavia rischiano di colludere con il sistema medicaliz-

zante e di non assolvere al loro compito quando cedono alla tentazione di avallare scelte che mirano a incrementare il numero delle diagnosi, e quindi dei pazienti, e quindi della propria area di influenza. C'è poi un problema vero e proprio di trasparenza dei finanziamenti ricevuti dalle aziende farmaceutiche che rischia di mettere in cattiva luce tutto il mondo dell'associazionismo in questo settore. Da un'indagine del "Mario Negri" emerge che il 29% (46/157) delle associazioni di pazienti riceve finanziamenti dall'industria del farmaco che, a sua volta, sostiene economicamente una o più associazioni di pazienti nel 76% (13/17) dei casi [11].

Eccesso di diagnosi nell'adulto e nel bambino

La letteratura è ricca di esempi di pratiche mediche che meritano di essere messe in discussione. Oltre a quelle già segnalate dalle 9 società scientifiche americane, sintetizziamo nella *tabella 1* quelle pertinenti all'ambito delle cure primarie [6-12]. Gli screening per alcune neoplasie (prostata, mammella, tiroide) sono oggetto di critiche per la loro capacità di evidenziare tumori la cui pericolosità potrebbe essere trascurabile o, comunque, non incidere sull'attesa di vita delle persone. Nel caso del cancro al polmone l'eccesso di diagnosi sarebbe pari al 15-25%.

L'eccessivo ampliamento delle definizioni di malattia e l'abbassamento delle soglie di trattamento suscitano legittime perplessità. Secondo l'attuale definizione di normalità della pressione arteriosa (120/80), 60 milioni di americani rientrano nei limiti della norma e 160 milioni sono oltre la norma. Basterebbe elevare il limite a 140/90 per affrancare 80 milioni di americani dal rischio teorico dell'ipertensione e di possibili trattamenti forse non necessari. Una modifica dei valori un po' più articolata in base all'età (50 anni) ne affrancherebbe 100 milioni senza vedere aumentare il rischio di morte [13]. Nel 2010 la revisione dei criteri che definiscono il diabete gestazionale ha fatto sì che il 20% (un raddoppio netto) delle donne gravide fosse dichiarato a rischio, con tutto quello che consegue in termini di indagini e trattamenti, a fronte di benefici ancora da dimostrare [14]. Negli Stati Uniti, oltre il 10% degli

adulti e circa i 2/3 di quelli sopra i 65 anni avrebbero, oggi, una malattia renale cronica, ma solo 1 su 1000/anno svilupperà un'insufficienza renale.

Il 30% dei soggetti classificati come asmatici in realtà non ha l'asma e i 2/3 di essi non ha neppure bisogno di terapia [2]. Sono occorsi 16 anni prima che uno studio randomizzato dimostrasse che il bypass coronarico chirurgico non apportava vantaggi ai pazienti con coronaropatia stabilizzata.

In quei 16 anni oltre un milione di pazienti/anno è stato sottoposto a un intervento rischioso senza che se ne conoscesse il reale rapporto costo-beneficio [15]. Negli anni Novanta, sempre negli USA, circa 650.000 pazienti/anno con osteoartrite del ginocchio sono stati sottoposti a pulizia artroscopica nonostante che non vi fosse evidenza dell'utilità dell'intervento [16].

Anche la pediatria ha le sue aree di discussione. L'intensivismo delle rianimazioni neonatali e pediatriche sta lasciando il posto a pratiche meno invasive con percepibili vantaggi soprattutto per i bambini meno gravi. Un minore impiego dell'intubazione e della ventilazione meccanica, della cateterizzazione arteriosa e della nutrizione parenterale a favore della somministrazione non invasiva dell'ossigeno, della nutrizione enterale e della *minimal handling* ha consentito una netta riduzione delle degenze, degli episodi di sepsi e degli incidenti legati alle manovre più cruente [3]. Ridurre le vie venose disponibili significa ridurre i rischi di infezione, fare meno prelievi, ricorrere meno frequentemente alle trasfusioni.

È dimostrato che i costi sono sensibilmente abbattuti senza alcun incremento della mortalità. Crescono le raccomandazioni per un minore uso degli antibiotici, dei cortisonici, degli inibitori di pompa e dei farmaci per via inalatoria. Le indagini radiografiche e tomografiche vanno soppesate in termini di costo-beneficio e, alla luce dei recenti richiami alle loro potenzialità cancerogene, la FDA ha pubblicato raccomandazioni per i medici, le aziende produttrici di apparecchi radiologici e ai genitori stessi per minimizzare l'esposizione dei bambini alle radiazioni ionizzanti [17]. Un eccesso di diagnosi di disturbi dello spettro autistico o di ADHD rischia di segnare la vita

TABELLA 1: ALCUNI INTERVENTI DESTINATI A MIGLIORARE LA QUALITÀ NELLE CURE PRIMARIE IN UN CONTESTO DI RISORSE LIMITATE [12]

Medicina generale e medicina interna

- Non fare esami di imaging per il mal di schiena nelle prime 6 settimane in assenza di segni di allarme.
- Non prescrivere abitualmente antibiotici per la sinusite lieve-moderata a meno che i sintomi non durino da almeno 7 giorni ovvero siano peggiorati dopo un iniziale miglioramento.
- Non fare ECG o altro accertamento cardiologico di screening annuale in soggetti asintomatici e a basso rischio.
- Non fare il PAP-test in pazienti di età <21 anni o in donne sottoposte a isterectomia per patologie benigne.
- Non utilizzare la DEXA per lo screening dell'osteoporosi nelle donne di età <65 anni o negli uomini <70 anni in assenza di fattori di rischio.
- Non fare screening con batterie di esami ematici o con esame delle urine in adulti sani asintomatici.
- Usa solo le statine generiche come terapia iniziale per ridurre la colesterolemia.

Pediatria

- Non prescrivere antibiotici per la faringite a meno che il paziente sia positivo al test per lo streptococco.
- Non prescrivere accertamenti di imaging per il trauma cranico minore senza perdita di coscienza o altri fattori di rischio.
- Non inviare subito allo specialista i casi di OME.
- Consiglia ai pazienti di non utilizzare farmaci per la tosse o per il raffreddore.
- Usa appropriatamente i corticosteroidi inalatori per controllare l'asma.

Per ulteriori dettagli fare riferimento alle tabelle originali.

di moltissimi bambini: nascere in dicembre (ed essere quindi il più giovane di quell'anno) piuttosto che in gennaio aumenta del 30% la possibilità di ricevere una diagnosi di ADHD e del 40% di essere trattato [18].

Nella psichiatria pediatrica si è assistito alla diffusione di nuove entità nosologiche con indicazioni sempre più frequenti a trattamenti farmacologici di lunga durata e non privi di importanti effetti collaterali. Il libro di Joel Bakan, *Assalto all'infanzia*, oltre a gettare una luce inquietante sulla nascita e lo sviluppo del famoso sistema classificativo MSD, svela gli enormi interessi economici che hanno legato alcuni dei più famosi psichiatri statunitensi alle industrie farmaceutiche, orientando il mondo scientifico con strategie tipiche del marketing aziendale [19].

La complessità dei sistemi sanitari e il principio del "rendimento marginale decrescente"

Naturalmente tutto questo non mette in discussione gli enormi vantaggi che il progresso scientifico e tecnologico ha

portato alla salute di tutti noi. Non è questo il punto.

C'è invece la percezione che in un sistema a elevata complessità e a risorse limitate (o comunque non infinite), com'è qualsiasi sistema sanitario nei Paesi sviluppati o quasi sviluppati, gli investimenti necessari a realizzare ulteriori obiettivi di salute stiano diventando insostenibili. A fronte di enormi investimenti, i margini di guadagno in salute si stanno progressivamente riducendo, riguardano un numero sempre più piccolo di pazienti e coinvolgono in interventi sanitari fasce sempre più ampie di popolazione, sempre più esposte ai rischi di un eccesso di medicalizzazione. E per alcuni interventi della medicina si fa strada l'ipotesi di un rapporto costo-beneficio non più favorevole come in passato e, anzi, si iniziano a intravederne alcuni danni collaterali.

È l'applicazione al mondo sanitario della teoria del "rendimento marginale decrescente", elaborata negli anni Ottanta-Novanta da uno storico-antropologo dell'Università dello Utah, Joseph Tainter, per spiegare le difficoltà che tutte le strutture

FIGURA 1: RENDIMENTO MARGINALE DECRESCENTE DERIVANTE DALL'ACCRESCIUTA COMPLESSITÀ [20]

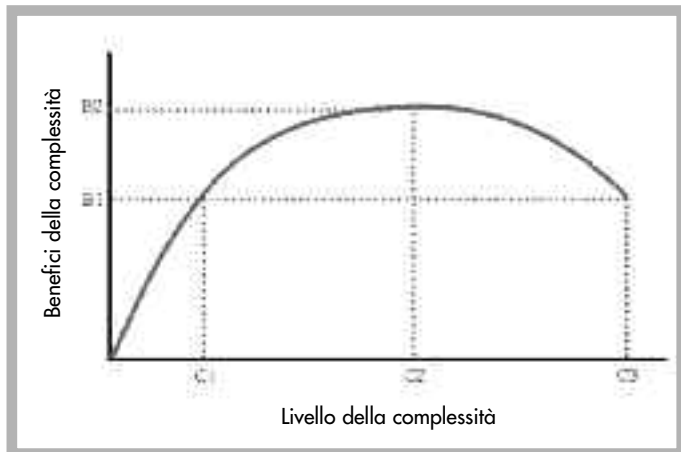


FIGURA 2: PRODUTTIVITÀ DEL SISTEMA SANITARIO STATUNITENSE, 1930-1982 (U.S. BUREAU OF CENSUS 1983). INDICE DI PRODUTTIVITÀ = (ATTESA DI VITA)/(SPESA SANITARIA COME PERCENTUALE DEL PIL) [20]



complesse incontrano nel finanziare la soluzione di problemi di crescente complessità [20]. Il grafico della *figura 1* illustra bene la teoria. In medicina (o nella scienza più in generale), la curva del rapporto tra i costi sostenuti e i benefici attesi ha un andamento inizialmente molto favorevole per la possibilità di adottare soluzioni semplici e poco costose realizzando grandi vantaggi.

La ricerca che ha portato alla scoperta della penicillina ha richiesto un finanziamento di circa 20.000 dollari e ha salvato la vita a un numero incalcolabile di persone. Oggi non sarebbe più così. Man mano che il sistema affronta problemi più complessi deve, di necessità, incrementare gli investimenti adottando strategie di *problem solving* di crescente complessità, raggiungendo alla fine un punto nel quale ogni ulteriore impiego di risorse realizzerà vantaggi sempre più marginali e in graduale riduzione (da B₁, C₁ in poi). Da quel momento il sistema entra in una fase di vulnerabilità e instabilità: percependo il divario crescente tra investimenti e rendimenti, alcuni (avendone la possibilità) saranno tentati di adottare soluzioni individuali (verso quale modello di sanità?) perseguendo un proprio immediato vantaggio e creando le premesse per una crisi complessiva del sistema (B₂, C₂).

Interessante notare come la produttività del Sistema sanitario statunitense abbia subito, nell'arco di cinquant'anni, una riduzione netta di quasi il 60% in termini di miglioramento dell'attesa di vita (*figura 2*). Nel 2008 la spesa sanitaria pro

capite della Svizzera era il quintuplo di quella del Costa Rica o dello Sri Lanka, ma l'aspettativa di vita era sostanzialmente la stessa [3].

Si avvicina il momento nel quale dovremo pensare a una razionalizzazione dei nostri investimenti per la salute in termini di scelte strategiche, allocazione delle risorse e appropriatezza nel loro utilizzo. Ci auguriamo che gli investimenti destinati alla sanità possano aumentare – sarebbe ragionevole attenderselo, ma di fronte a un sistema che accresce continuamente la propria complessità la coperta, prima o poi, è destinata a diventare troppo corta. E allora il tema torna a essere quello dell'utilizzo più corretto delle risorse disponibili. Senza contare che, volendo allargare un po' il nostro orizzonte, alle porte dei Paesi sviluppati premono nazioni e popolazioni nei quali investimenti di analoga portata potrebbero ancora realizzare, lì sì, guadagni di salute enormi.

Cosa è possibile (necessario) fare?

Il periodo economicamente difficile che globalmente attraversiamo è destinato a funzionare da catalizzatore di alcuni processi di revisione. Forse è vero che la crisi può tramutarsi in opportunità. Gli stessi elementi che abbiamo visto essere responsabili del fenomeno dell'eccesso di medicalizzazione debbono farsi attori di nuovi scenari. Là dove l'offerta di servizi sanitari è eccessiva, è più probabile che l'erogazione sia inappropriata e non ci sia sufficiente evidenza dei benefici e dei rischi derivati. Medici, associazioni

scientifiche e associazioni di pazienti devono risolvere in maniera trasparente qualsiasi contiguità o conflitto di interesse con le aziende produttrici di servizi, tecnologia o farmaci all'interno delle commissioni di esperti che stilano le linee guida, decidono sulle definizioni di malattia e stabiliscono i cut-off per il trattamento [8].

Gli statunitensi National Institutes of Health (NIH) e National Cancer Institute (NCI) e il britannico National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) stanno adottando criteri restrittivi nei rispettivi panels di esperti, fino a escludere anche coloro che manifestino un conflitto di interesse intellettuale nei confronti dell'argomento da dibattere. Medici e pazienti debbono poi lavorare insieme nel rispetto reciproco delle proprie competenze e della libertà individuale di scelta per un utilizzo appropriato delle risorse che la comunità mette a loro disposizione.

Programmi educativi in occasione dei bilanci di salute volti a indirizzare verso corretti comportamenti in corso di eventi acuti (guide anticipatorie) hanno dimostrato di poter ridurre significativamente gli accessi al Pronto Soccorso e le visite urgenti in ambulatorio [21].

L'offerta e la richiesta immotivata di prestazioni, indagini diagnostiche e trattamenti debbono trovare un momento di sintesi all'interno della relazione medico-paziente, luogo privilegiato dove soppesare gli auspicabili benefici e i possibili rischi di qualsiasi intervento di salute.

Ringraziamenti

Siamo grati a Giancarlo Biasini, Sergio Conti Nibali e Costantino Panza per i loro utili suggerimenti bibliografici. ♦

Bibliografia

- [1] Kaplan RM, Ong M. Rationale and public health implications of changing CHD risk factor definitions. *Annu Rev Public Health* 2007;28:321-44.
- [2] Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ* 2012;344:e3502. doi: 10.1136/bmj.e3502.
- [3] Frey B. Overtreatment in threshold and developed countries. *Arch Dis Child* 2008;93(3):260-3.
- [4] Grady D, Redberg RF. Less is more: how less health care can result in better health. *Arch Intern Med* 2010;170(9):749-50. doi: 10.1001/archinternmed.2010.90.
- [5] Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA* 2012;307(17):1801-2. doi: 10.1001/jama.2012.476.
- [6] Choosing Wisely. Five things physician and patients should question. <http://choosingwisely.org/wp-content/uploads/2012/04/Five-Things.pdf>.
- [7] Orme NM, Fletcher JG, Siddiki HA, et al. Incidental findings in imaging research: evaluating incidence, benefit, and burden. *Arch Intern Med* 2010;170(17):1525-32. doi: 10.1001/archinternmed.2010.317.
- [8] Moynihan R. Medicalization. A new deal on disease definition. *BMJ* 2011;342:d2548. doi: 10.1136/bmj.d2548.
- [9] Woolf SH, Harris R. The harms of screening: new attention to an old concern. *JAMA* 2012;307(6):565-6. doi: 10.1001/jama.2012.100.
- [10] ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002;136(3):243-6.
- [11] Colombo C, Mosconi P, Villani W, Garattini S. Patient organizations' funding from pharmaceutical companies: is disclosure clear, complete and accessible to the public? An Italian survey. *PLoS One* 2012;7(5):e34974. doi: 10.1371/journal.pone.0034974.
- [12] The Good Stewardship Working Group. The "top 5" lists in primary care: meeting the responsibility of professionalism. *Arch Intern Med* 2011;171:1385-90.
- [13] Taylor BC, Wilt TJ, Welch HG. Impact of diastolic and systolic blood pressure on mortality: implications for the definition of "normal". *J Gen Intern Med* 2011;26(7):685-90. doi: 10.1007/s11606-011-1660-6.
- [14] Cundy T. Proposed new diagnostic criteria for gestational diabetes – a pause for thought? *Diabet Med* 2012;29(2):176-80. doi: 10.1111/j.1464-5491.2011.03407.
- [15] Lenzer J. Experts consider how to tackle overtreatment in US healthcare. *BMJ* 2012;344:e3144. doi: 10.1136/bmj.e3144.
- [16] Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, et al. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med* 2002;347(2):81-8.
- [17] Pauwels EK, Bourguignon M. Cancer induction caused by radiation due to computed tomography: a critical note. *Acta Radiol* 2011;52(7):767-73. doi: 10.1258/ar.2011.100496.
- [18] Morrow RL, Garland EJ, Wright JM, et al. Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *CMAJ* 2012;184(7):755-62. doi: 10.1503/cmaj.111619.
- [19] Bakan J. Assalto all'infanzia. Milano: Feltrinelli Editore, 2012.
- [20] Tainter JA. Complexity, problem solving, and sustainable societies. In: *Getting down to Earth: Practical Applications of Ecological Economics*. Island Press, 1996.
- [21] McWilliams DB, Jacobson RM, Van Houten HK, Naessens JM, Ytterberg KL. A program of anticipatory guidance for the prevention of emergency department visits for ear pain. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162(2):151-6. doi: 10.1001/archpediatrics.2007.30.

LETTERA APERTA AL SINDACO DI MILANO

in occasione della Giornata Internazionale dei Diritti dell'Infanzia (20 novembre 2012)

Egregio Giuliano Pisapia, a distanza di un anno, in occasione della Giornata dei Diritti dell'Infanzia, ci rivolgiamo nuovamente per ricordarle l'impegno, assunto da lei e dall'assessore Majorino, di istituire il Garante cittadino per l'infanzia. Una figura importante per rendere più efficaci gli interventi prospettati da soggetti pubblici e privati a garanzia dei diritti dei 200.000 minori residenti a Milano e delle loro famiglie. Dal suo insediamento la Giunta si è mossa guardando anche ai bambini e ai ragazzi, ma per una città "a misura di bambino" i cittadini dovrebbero concepire ed essere partecipi di un esplicito e specifico progetto. Le sessioni dedicate all'infanzia durante il "Forum sulle politiche sociali" dello scorso anno o il recente convegno dedicato alla promozione della salute mentale nel bambino e nell'adolescente sono esempi dell'interesse dell'Amministrazione cittadina, ma i tempi della politica non sempre garantiscono le auspicate ricadute nella pratica.

La realizzazione presso la Rotonda della Besana di un centro culturale dedicato all'infanzia è un ulteriore esempio di concreta disponibilità e impegno da parte del Comune "per far crescere bambini migliori degli adulti".

Tuttavia sono (anche) altri e pressanti i bisogni dei minori milanesi che necessitano di interventi efficaci, coordinati e continuativi. In una realtà cittadina dove il 18,6% abbandona la scuola prima dei 16 anni di età; dove la zona con più minori (Quarto Oggiaro) è anche il più solerte fornitore di ospiti per il "Beccaria"; dove 50.000 minori stranieri sono "cittadini onorari" e 200 sono "irregolari"; dove asma e allergie tra i bambini milanesi sono in continuo aumento; dove gli angoli con i giochi che contengono gli spazi a quelli recintati per i cani nelle aree cittadine non coronano il tanto auspicato ampio spazio verde, permanente e dedicato ai bambini; dove...

La preghiamo: dopo il Garante dei disabili, quello degli animali e quello dei detenuti, Milano istituisca quello dell'infanzia: non di immagine, ma di efficace authority.

Maurizio Bonati e Silvio Garattini
Istituto di Ricerche "Mario Negri"

La risposta dell'assessore alle Politiche sociali del Comune di Milano, Pierfrancesco Majorino, è stata pubblicata il 23 novembre 2012 sul Corriere della Sera.