

 **ALTROCONSUMO**




Slow Food® Italia



Choosing Wisely e il progetto “Fare di più non significa fare meglio”

Comitato Tecnico delle Regioni e PP.AA - Rischio Clinico
Roma 4 marzo 2014

Dott. Sandra Venero – medico chirurgo

Cofondatore e segretario generale di Slow Medicine

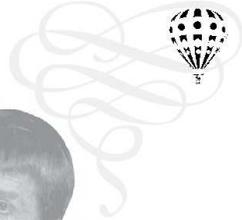
Coordinatore del Progetto “FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO”

s.vernero@slowmedicine.it

- Solo l`**11%** dei circa 3000 trattamenti descritti nell`ultima versione di Clinical Evidence è di dimostrata efficacia (**Clinical Evidence / BMJ 2012**)
- L`OMS stima che nei sistemi sanitari gli sprechi corrispondono a circa il **20-40%** della spesa sanitaria (**WHO 2010**)
- Negli USA si stima che l`ammontare delle prestazioni che non danno **nessun beneficio** ai pazienti corrispondono ad almeno il **30%** della spesa sanitaria (**Brody H. NEJM 2012**)
- Il **50%** delle angioplastiche su pazienti con angina stabile sono **inappropriate** (**JAMA 2011**)

LA SANITÀ
TRA RAGIONE
E PASSIONE

Da Alessandro Liberati, sei lezioni per i prossimi anni



14 dicembre 2012

BOLOGNA
Istituto Ortopedico Rizzoli
Centro di Ricerca Codivilla - Piumi
Aula Magna
Via di Barbiano, 1/10

LIB
ITALIA

Gianfranco Domenighetti Bologna 14 dicembre 2012

Prevalence of some elective surgical procedures in physicians, lawyers and in gen. pop.

ODDS RATIOS				
	Tonsillectomy (children)	Hysterectomy	Cholecyste- ctomy	Herniorraphy
<u>Physicians</u> + wives and children (N = 1522)	1	1	1	1
<u>Lawyers</u> + wives and children (N = 826)	1.12 NS	0.85 NS	1.03 NS	1.13 NS
<u>General population</u> (N = 2960)	1.46 P < 0.001	1.58 P < 0.01	1.84 P < 0.02	1.83 P < 0.05

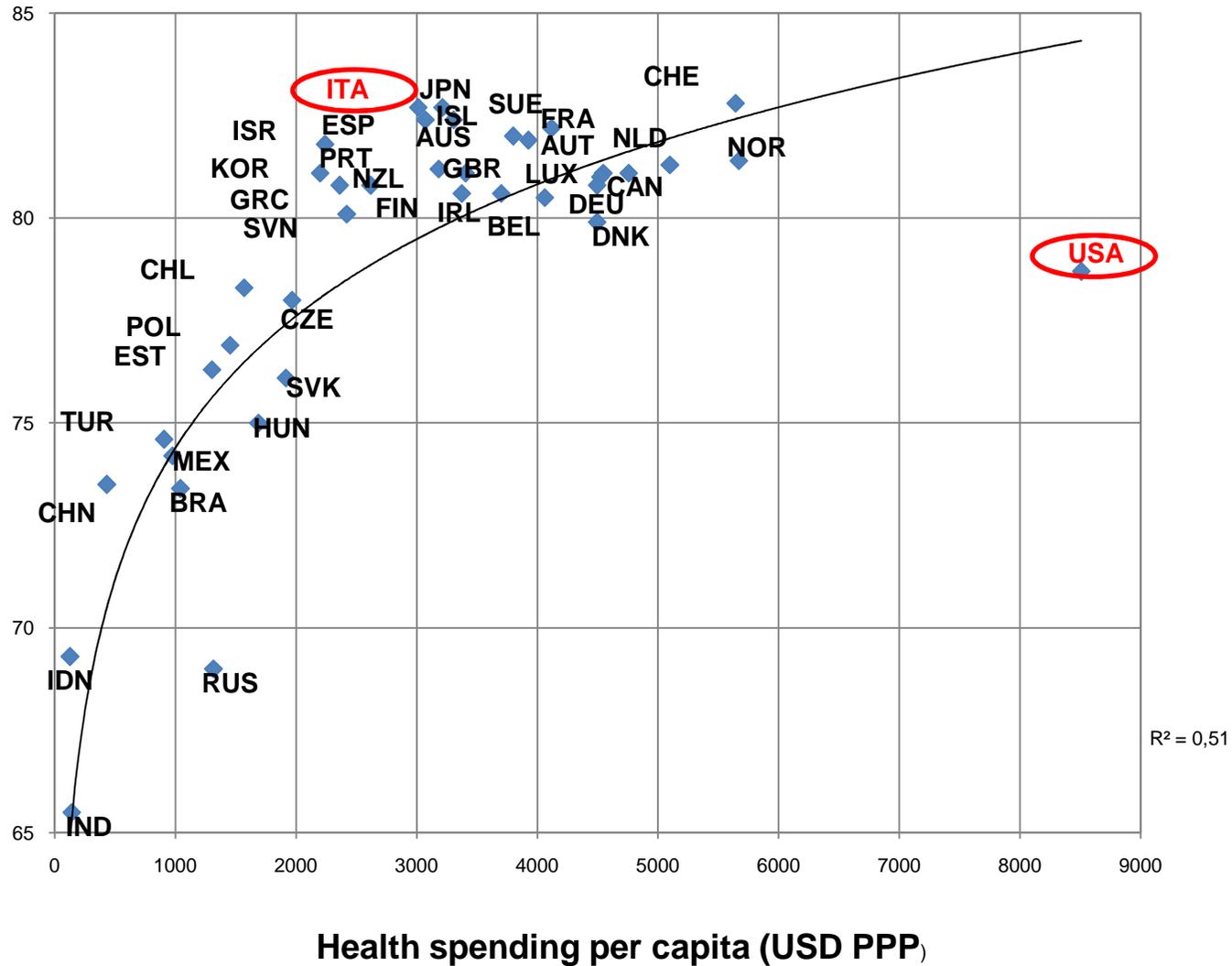
Most informed consumer-patient.

Domenighetti et al. Int J Tech Ass Health Care (1993) / Lancet (1995) for tonsillectomy.

Health at a Glance 2013 - © OECD 2013

Life expectancy at birth and health spending per capita, 2011 (or nearest year)

Life expectancy in years

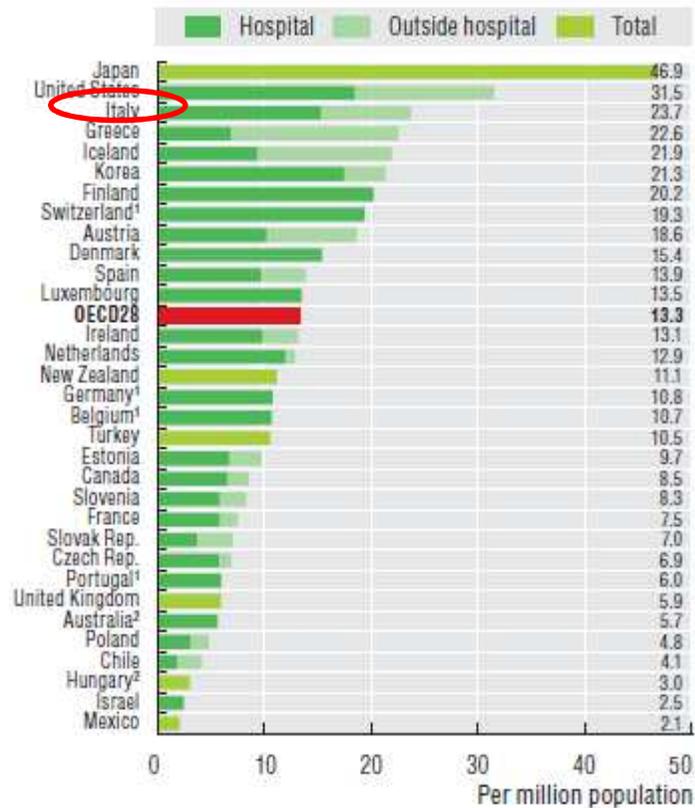


Fonte Health at a Glance 2013: OECD Indicators

4. HEALTH CARE ACTIVITIES

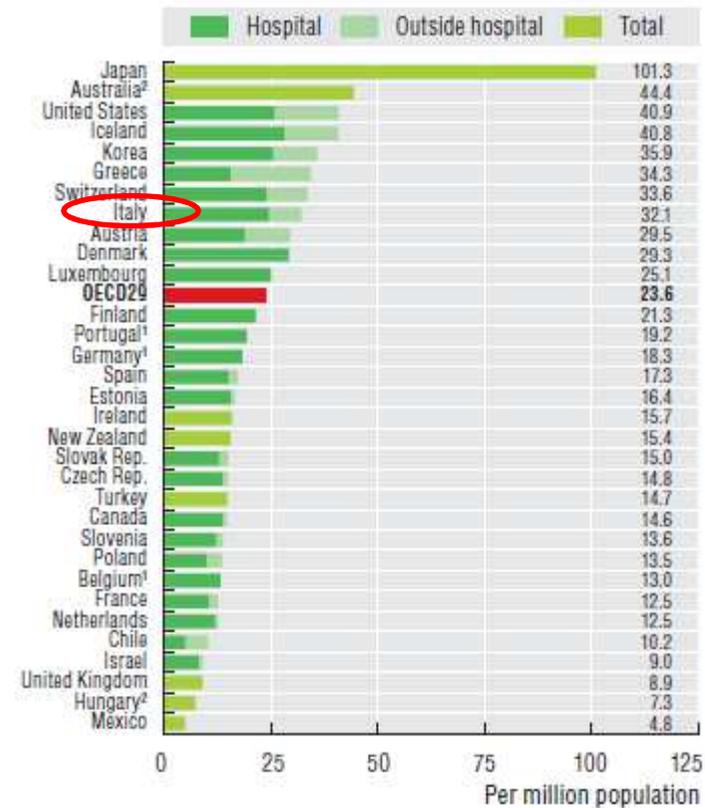
4.2. Medical technologies

4.2.1. MRI units, 2011 (or nearest year)



1. Equipement outside hospital not included.
2. Only equipment eligible for public reimbursement.

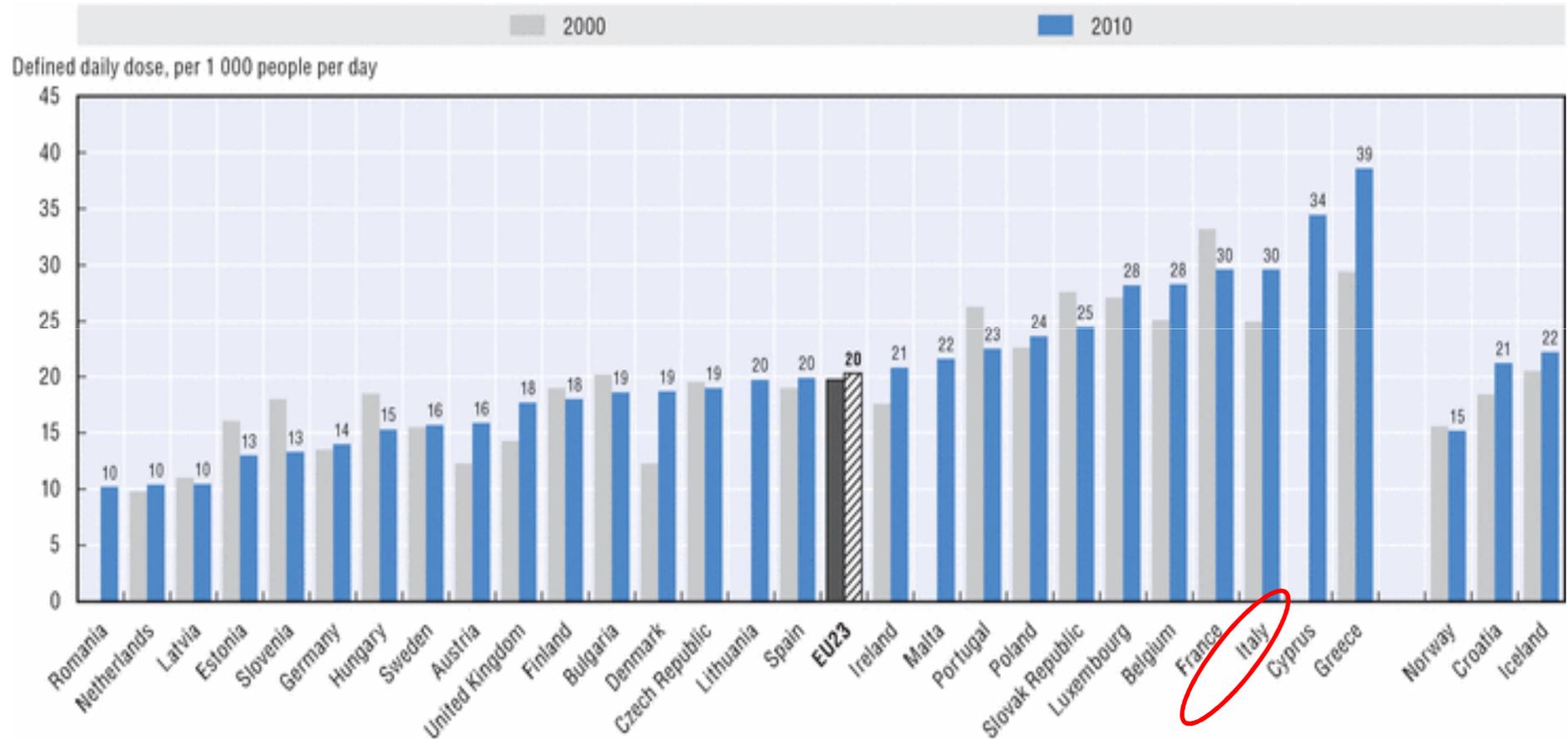
4.2.2. CT scanners, 2011 (or nearest year)



1. Equipement outside hospital not included.
2. Only equipment eligible for public reimbursement.

Health at a Glance: Europe 2012

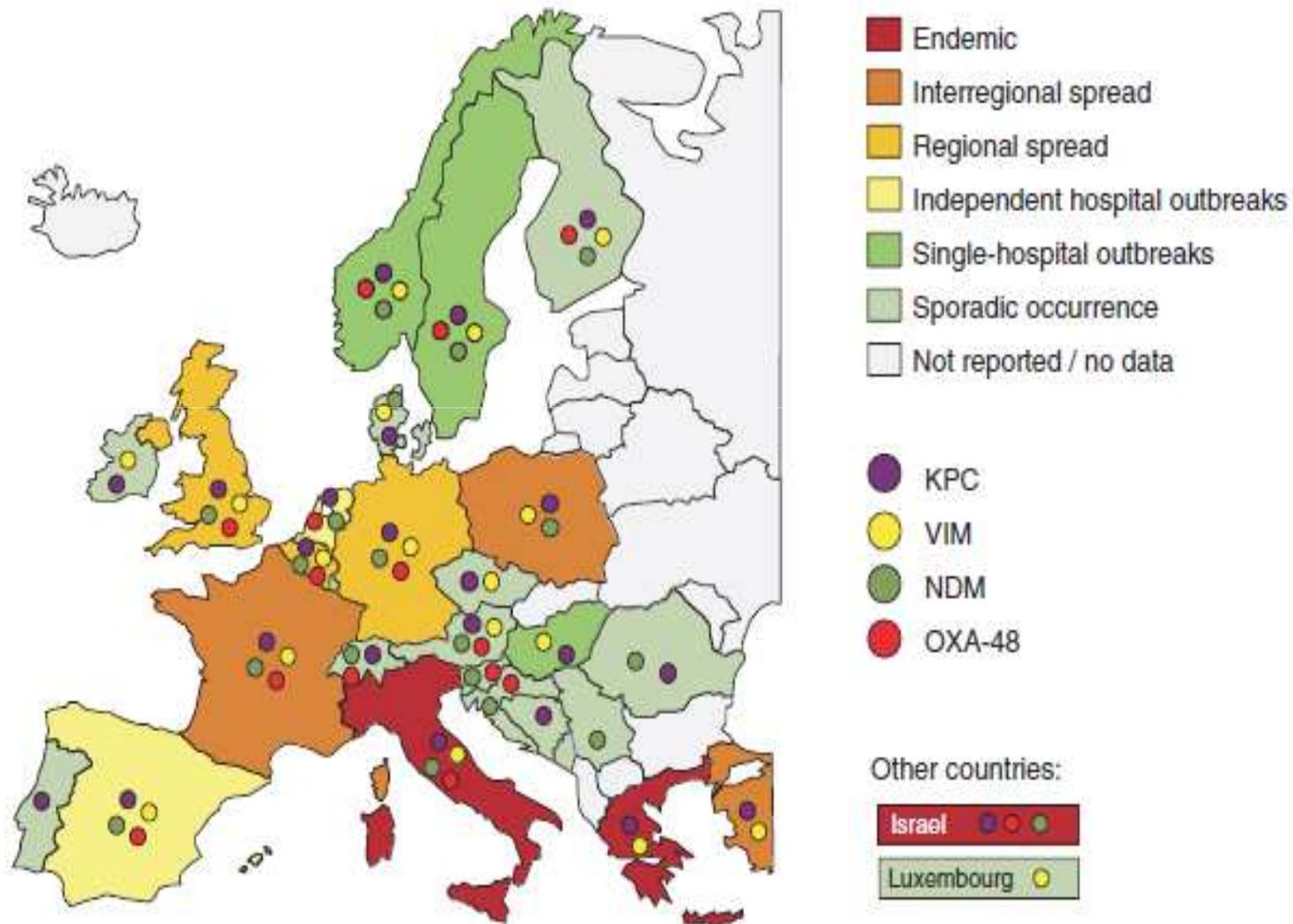
Antibiotics consumption, 2000 and 2010 (or nearest year)



Source: *OECD Health Data 2012*; European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC) project, 2011

Rapid evolution and spread of carbapenemases among Enterobacteriaceae in Europe

Canton R et al, Clin Microbiol Infect 2012; 18: 413–431





SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria



QUALITA' = APPROPRIATEZZA

Evitare:

• SOVRAUTILIZZO

• SOTTOUTILIZZO

• SCORRETTO UTILIZZO

**Institute of Medicine
Crossing the Quality Chasm
A new Health System for the 21st Century**

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** da test inappropriati >> ansia e stress, ulteriori test anche invasivi, trattamenti interventistici e chirurgici inappropriati (**sovratrattamento**)

In nome della salute: ti dichiaro malato



Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy

Evidence is mounting that medicine is harming healthy people through ever earlier detection and ever wider definition of disease. With the announcement of an international conference

Moynihan: BMJ 2 June 2012

Diagnosi di una «anomalia» (patologia) in persone asintomatiche che non darà sintomi e non porterà al decesso nel corso della vita.

La **Sovradiagnosi** non è da confondere con i risultati cosiddetti «**falsi positivi**».

Conseguenze della **Sovradiagnosi**:

- Eventi e rischi fisici indesiderati conseguenti a sovratrattamenti inutili
- Effetti psicologici durevoli
- Costi diretti, indiretti ed intangibili.



Fundamental Principles

- Primacy of patient welfare
- Patient autonomy
- Social justice

Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter

Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine*

To our readers: I write briefly to introduce the Medical Professionalism Project and its principal product, the Charter on Medical Professionalism. The charter appears in print for the first time in this issue of *Annals* and simultaneously in *The Lancet*. I hope that we will look back upon its publication as a watershed event in medicine. Everyone who is involved with health care should read the charter and ponder its meaning.

The charter is the product of several years of work by leaders in the ABIM Foundation, the ACP-ASIM Foundation, and the European Federation of Internal Medicine. The charter consists of a set of principles and a list of commitments that define the nature and content of health care resources.

There is reason to expect that physicians from every point

on the globe will read the charter. Does this document represent the traditions of medicine in cultures other than those in the West, where the authors of the charter have practiced medicine? We hope that readers everywhere will engage in dialogue about the charter, and we offer our pages as a place for that dialogue to take place. If the traditions of medical practice throughout the world are not congruent with one another, at least we may make progress toward understanding how physicians in different cultures understand their commitments to patients and the public.

Many physicians will recognize in the principles and commitments the values that have guided their practice. Recently, voices from many countries have begun calling for a renewed sense of professionalism, one that

Ann Intern Med. 2002;136:243-246.

*This charter was written by the members of the Medical Professionalism Project: ABIM Foundation: Troy Brennan, MD, JD (*Project Chair*), Brigham and Women's Hospital, Boston, Massachusetts; Linda Blank (*Project Staff*), ABIM Foundation, Philadelphia, Pennsylvania; Jordan Cohen, MD, Association of American Medical Colleges, Washington, DC; Harry Kimball, MD, American Board of Internal Medicine, Philadelphia, Pennsylvania; and Neil Smelser, PhD, University of California, Berkeley, California. ACP-ASIM Foundation: Robert Copeland, MD, Southern Cardiopulmonary Associates, LaGrange, Georgia; Risa Lavizzo-Mourey, MD, MBA, Robert Wood Johnson Foundation, Princeton, New Jersey; and Walter McDonald, MD, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, Philadelphia, Pennsylvania. European Federation of Internal Medicine: Gunilla Brenning, MD, University Hospital, Uppsala, Sweden; Christopher Davidson, MD, FRCP, FESC, Royal Sussex County Hospital, Brighton, United Kingdom; Philippe Jaeger, MD, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Switzerland; Alberto Malliani, MD, Università di Milano, Milan, Italy; Hein Muller, MD, PhD, Ziekenhuis Gooi-Noord, Rijkswaagweg, the Netherlands; Daniel Sereni, MD, Hôpital Saint-Louis, Paris, France; and Eugene Sutorius, MD, Faculteit der Rechts Geneeskunde, Amsterdam, the Netherlands. Special Consultants: Richard Cruess, MD, and Sylvia Cruess, MD, McGill University, Montreal, Canada; and Jaime Merino, MD, Universidad Miguel Hernández, San Juan de Alicante, Spain.

Medicine's Ethical Responsibility for Health Care Reform — The Top Five List

Howard Brody, M.D., Ph.D.

Early in 2009, members of major health care-related industries such as insurance companies, pharmaceutical manufacturers, medical device makers, and hospitals all agreed to forgo some future profits to show support for the Obama administration's health care reform efforts. Skeptics have questioned the value of these promises, regarding at least some of them as more cosmetic than substantive. Nonetheless, these industries made a gesture and scored some public-relations points.

n engl j med 362;4 nejm.org january 28, 2010

EDITORIAL

LESS IS MORE

Less Is More

Deborah Grady, MD, MPH

ARCH INTERN MED/VOL 170 (NO. 9), MAY 10, 2010

How Less Health Care Can Result in Better Health

IF SOME MEDICAL CARE IS GOOD, MORE CARE IS BETTER. Right? Unfortunately, this is often not the case. Across the United States, the rate of use of common medical services varies markedly, but measures of health are not better in areas where more services are provided.¹ In fact, the opposite is true—some measures of health are worse in areas where people receive more health services.²

How can more health care lead to worse health outcomes? Almost all tests, imaging procedures, drugs, surgery, and preventive interventions have some risk of ad-

ample, repeated computed tomographic scanning to “follow” documented renal stones has no clear clinical purpose but is associated with a significant risk of radiation-induced cancers.⁷

In the United States, the debate about decreasing the overuse of medical services has focused on the expense of unneeded care. And in fact, reducing the use of medical services in high-use regions of the United States has been estimated to reduce the overall cost of care about 20%.⁸ Cost cutting as a justification for reducing the use of medical services is met with suspicion by many people

ONLINE FIRST | LESS IS MORE

The “Top 5” Lists in Primary Care

Meeting the Responsibility of Professionalism

The Good Stewardship Working Group

Background: Physicians can adhere to the principles of professionalism by practicing high-quality, evidence-based care and advocating for just and cost-effective distribution of finite clinical resources. To promote these principles, the National Physicians Alliance (NPA) initiated a project titled “Promoting Good Stewardship in Clinical Practice” that aimed to develop a list of the top 5 activities in family medicine, internal medicine, and pediatrics where the quality of care could be improved.

Methods: Working groups of NPA members in each of the 3 primary care specialties agreed that an ideal activity would be one that was common in primary care practice, that was strongly supported by the evidence, and that would lead to significant health benefits and reduce risks, harms, and costs. A modification of nominal group process was used to generate a preliminary list of activities. A first round of field testing was conducted with 83 primary care physicians, and a second round of field testing with an additional 172 physicians.

Results: The first round of field testing resulted in 1 ac-

port for the remaining activities was strong. The second round of field testing showed strong support for all activities. The family medicine and internal medicine groups independently selected 3 activities that were the same, so the final lists reflect 12 unique activities that could improve clinical care.

Conclusions: Physician panels in the primary care specialties of family medicine, internal medicine, and pediatrics identified common clinical activities that could lead to higher quality care and better use of finite clinical resources. Field testing showed support among physicians for the evidence supporting the activities, the potential positive impact on medical care quality and cost, and the ease with which the activities could be performed. We recommend that these “Top 5” lists of activities be implemented in primary care practice across the United States.

Arch Intern Med. 2011;171(15):1385-1390.

Published online May 23, 2011.

DOI:10.1001/archinternmed.2011.221

Table. Field Testers Who Agreed or Strongly Agreed on the Importance of the Clinical Activity

Practice Activity	Testing Group	Field Testers Who Agreed or Strongly Agreed on Importance, %				
		Frequency Encountered	Quality of Care	Economic Impact	Strength of Evidence	Ease of Implementation
Family Medicine						
Imaging for low back pain	Alpha	55.5	51.8	85.1	100.0	70.3
	Beta	38.2	41.9	81.8	96.4	83.6
Routine laboratory studies	Alpha	74.1	37.0	59.2	70.3	48.1
Antibiotics for sinusitis	Beta	38.2	63.6	60.0	94.6	70.9
Annual ECGs	Alpha	44.4	40.7	48.1	92.6	88.9
	Beta	29.0	40.0	54.5	92.7	96.3
Pap test for patients <21 y	Alpha	40.7	74.1	59.2	96.3	74.0
	Beta	36.4	51.0	50.9	96.3	89.1
DEXA scans younger patients	Alpha	40.7	55.5	66.7	85.1	81.4
	Beta	25.4	32.7	60.0	90.9	83.7
Internal Medicine						
Imaging for low back pain	Alpha	65.5	75.8	82.7	100.0	75.8
	Beta	40.0	49.0	74.0	90.0	80.0
Routine laboratory studies	Alpha	72.1	51.7	62.1	68.9	44.8
	Beta	54.0	40.0	54.0	78.0	60.0
Annual ECGs	Alpha	58.6	69.0	62.0	89.7	89.6
	Beta	26.0	40.0	42.0	84.0	88.0
Generic statins	Alpha	75.9	79.3	86.2	89.7	93.1
	Beta	70.0	46.0	78.0	82.0	94.0
DEXA scans for younger patients	Alpha	58.6	58.6	44.8	65.5	75.8
	Beta	22.0	22.0	50.0	74.0	86.0
Pediatrics						
Antibiotics pharyngitis	Alpha	42.9	85.7	61.9	90.5	81.0
	Beta	53.6	46.5	53.6	96.5	89.3
Head injury imaging	Alpha	9.5	90.5	85.7	95.3	71.4
	Beta	10.7	35.7	71.5	96.5	89.3
OME referral	Alpha	23.8	52.4	66.6	85.8	90.5
	Beta	21.4	21.4	39.3	78.6	85.7
No cough medications	Alpha	90.5	71.4	47.6	71.5	42.8
	Beta	82.1	60.7	35.7	92.9	78.0
Inhaled steroids for asthma	Alpha	71.4	90.5	81.9	95.2	47.6
	Beta	67.8	78.5	71.5	89.3	85.7

Abbreviations: ECG, electrocardiogram; DEXA, dual energy x-ray absorptiometry; OME, otitis media with effusion; Pap, Papanicolaou.

ONLINE FIRST | LESS IS MORE

RESEARCH LETTER

"Top 5" Lists Top \$5 Billion

The Good Stewardship Working Group presented the top 5 overused clinical activities across 3 primary care specialties (pediatrics, internal medicine, and family medicine), as chosen by physician panel consensus.¹ All activities were believed to be common in primary care but of little benefit to patients. We examined the frequency and associated costs of these activities using a national sample of ambulatory care visits.

Methods. We performed a cross-sectional analysis using data from the 2009 National Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS) and the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey (NHAMCS). The NAMCS and NHAMCS survey patient visits to physicians in non-federally funded, non-hospital-based offices and non-federally funded hospital outpatient departments, respectively.²

accounting for an approximate annual cost of \$6.76 billion (95% CI, \$5.0-\$9.1 billion) (Table). The ordering of a complete blood cell count for a general medical examination was the most prevalent activity (56.0%, 95% CI, 40.8%-70.2%) and was associated with a cost of \$32.7 million (95% CI, \$23.9-\$40.8 million).

Several practice activities occurred less commonly, such as ordering of bone density testing in women younger than 65 years (1.4%; 95% CI, 0.9%-2.2%) and Papanicolaou tests for patients younger than 21 years (2.9%; 95% CI, 1.7%-5.0%). We were unable to report the performance of dual-energy x-ray absorptiometry scans in men younger than 70 years and imaging for children with head injuries in ambulatory settings owing to their low frequency (visits <30).

Cost of unnecessary services was a function of both the frequency and the reimbursement rates for each service. The practice activity associated with the highest cost was the prescribing of brand instead of generic statins, resulting in excess expenditures of \$5.8 billion per year (95% CI, \$4.3-\$7.3 billion). Bone density testing in women younger than 65 years was the least prevalent activity but accounted for \$527 million (95% CI, \$474-\$1054 million) in costs.

ARCH INTERN MED PUBLISHED ONLINE OCTOBER 1, 2011

<http://choosingwisely.org/>



An initiative of the ABIM Foundation

EMBARGOED FOR RELEASE

April 4, 2012, 12:01 a.m. ET

Contact: Nick Ferreyros

(202) 745-5102

nferreyros@gymr.com

U.S. PHYSICIAN GROUPS IDENTIFY COMMONLY USED TESTS OR PROCEDURES THEY SAY ARE OFTEN NOT NECESSARY

*Nine Physician Organizations Each Identify Five Tests or Procedures in their
Respective Fields That May Be Overused or Unnecessary*

*Choosing Wisely™ Campaign Led by ABIM Foundation, with Consumer Reports, to
Improve Health Care Quality and Patient Safety*

Washington, D.C. – Nine leading physician specialty societies have identified specific tests or procedures that they say are commonly used but not always necessary in their respective fields. Patient advocates are calling the move a significant step toward improving the quality and safety of health care.

ABIM FOUNDATION : the American Board of Internal Medicine Foundation

CONSUMER REPORTS: magazine americano pubblicato mensilmente da Consumers Union

http://www.nytimes.com/2012/04/09/opinion/do-you-really-need-that-medical-test.html?_r=0

The New York Times

EDITORIAL

Do You Need That Test?

Published: April 8, 2012 [248 Comments](#)

If health care costs are ever to be brought under control, the nation's doctors will have to play a leading role in eliminating unnecessary treatments.

By some estimates, hundreds of billions of dollars are wasted this way every year.

So it is highly encouraging that [nine major physicians' groups have identified 45 tests and procedures \(five for each specialty\)](#) that are commonly used but have no proven benefit for many patients and sometimes cause more harm than good.

Choosing Wisely in the Media



[AMDA – Dedicated to Long Term Care Medicine](#)

[American Academy of Allergy, Asthma & Immunology](#)

[American Academy of Dermatology](#)

[American Academy of Family Physicians](#)

[American Academy of Hospice and Palliative Medicine](#)

[American Academy of Neurology](#)

[American Academy of Ophthalmology](#)

[American Academy of Orthopaedic Surgeons](#)

[American Academy of Otolaryngology — Head and Neck Surgery Foundation](#)

[American Academy of Pediatrics](#)

[American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus](#)

[American College of Cardiology](#)

[American College of Chest Physicians and American Thoracic Society](#)

[American College of Emergency Physicians](#)

[American College of Medical Toxicology and American Academy of Clinical Toxicology](#)

[American College of Obstetricians and Gynecologists](#)

[American College of Occupational and Environmental Medicine](#)

[American College of Physicians](#)

[American College of Radiology](#)

[American College of Rheumatology](#)

[American College of Rheumatology – Pediatric Rheumatology](#)

[American College of Surgeons](#)

[American Gastroenterological Association](#)

[American Geriatrics Society](#)

[American Headache Society](#)

[American Psychiatric Association](#)



An initiative of the ABIM Foundation

5

5

5

15

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

5

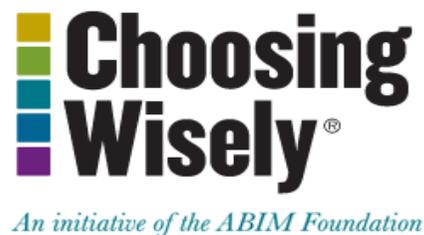
5

10

5

5

American Society for Clinical Pathology	5
American Society for Radiation Oncology	5
American Society for Reproductive Medicine	5
American Society of Anesthesiologists	5
American Society of Anesthesiologists - Pain Medicine	5
American Society of Clinical Oncology	10
American Society of Echocardiography	5
American Society of Hematology	5
American Society of Nephrology	5
American Society of Nuclear Cardiology	5
American Urological Association	5
Commission on Cancer	5
Critical Care Societies Collaborative - Critical Care	5
Endocrine Society and American Association of Clinical Endocrinologists	5
Heart Rhythm Society	5
North American Spine Society	5
Society for Cardiovascular Magnetic Resonance	5
Society for Maternal-Fetal Medicine	5
Society for Vascular Medicine	5
Society of Cardiovascular Computed Tomography	5
Society of General Internal Medicine	5
Society of Gynecologic Oncology	5
Society of Hospital Medicine – Adult Hospital Medicine	5
Society of Hospital Medicine – Pediatric Hospital Medicine	5
Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging	5
The Society of Thoracic Surgeons	5





5 QUESTIONS to Ask Your Doctor Before You Get Any Test, Treatment, or Procedure

- 1 Do I really need this test or procedure?** Medical tests help you and your doctor or other health care provider decide how to treat a problem. And medical procedures help to actually treat it.
- 2 What are the risks?** Will there be side effects? What are the chances of getting results that aren't accurate? Could that lead to more testing or another procedure?
- 3 Are there simpler, safer options?** Sometimes all you need to do is make lifestyle changes, such as eating healthier foods or exercising more.
- 4 What happens if I don't do anything?** Ask if your condition might get worse — or better — if you don't have the test or procedure right away.
- 5 How much does it cost?** Ask if there are less-expensive tests, treatments or procedures, what your insurance may cover, and about generic drugs instead of brand-name drugs.

Use the **5 questions** to talk to your doctor about which tests, treatments, and procedures you need — and which you don't need.

Some medical tests, treatments, and procedures provide little benefit. And in some cases, they may even cause harm.



Sandra Venero - Slow medicine

Torino, dicembre 2010: nasce Slow Medicine

Fare di più non vuol dire fare meglio

Sobria



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.

Slow Medicine riconosce che fare di più non vuol dire fare meglio.



Valori, aspettative e desideri delle persone sono diversi e inviolabili

Rispettosa



Ognuno ha il diritto di essere quello che è e di esprimere quello che pensa.

Una medicina rispettosa accoglie e tiene in considerazione i valori, le preferenze e gli orientamenti dell'altro in ogni momento della vita; incoraggia una comunicazione onesta, attenta e completa con i pazienti.

I professionisti della salute agiscono con attenzione, equilibrio e educazione.

Slow Medicine riconosce che valori, aspettative e desideri delle persone sono diversi e inviolabili.

Cure appropriate e di buona qualità per tutti

Giusta



Una medicina giusta promuove la prevenzione, intesa come tutela della salute, e cure appropriate, cioè adeguate alla persona e alle circostanze, di dimostrata efficacia e accettabili sia per 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, in una logica sistemica.

Slow Medicine promuove cure appropriate e di buona qualità per tutti.



www.slowmedicine.it

The case for Slow medicine



Richard Smith: The case for slow medicine

17 Dec. 12 | by BMJ Group



Complessità, incertezza, opacità, scarsa misurabilità, variabilità delle decisioni, asimmetria informativa, conflitti d'interesse e corruzione, sono le caratteristiche dei sistemi sanitari ... una scatola nera difficilmente controllabile ...

Gianfranco Domenighetti - Bologna, 14 dicembre 2012

*... non ho dubbi che **Slow medicine** sia la migliore medicina del 21° secolo.*

Richard Smith

Il progetto Slow Medicine “FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO”

Pratiche ad alto rischio d'inappropriatezza in Italia
di cui medici, altri professionisti e pazienti dovrebbero parlare

<http://www.slowmedicine.it/>



Ogni società scientifica/associazione di professionisti che aderisce al progetto individuerà **una lista di cinque test diagnostici o trattamenti**, a partire da quelli già indicati negli USA in Choosing Wisely, che :

- **sono effettuati molto comunemente in Italia**
- **non apportano benefici significativi, secondo prove scientifiche di efficacia, alle principali categorie di pazienti ai quali vengono generalmente prescritti**
- **possono al contrario esporre i pazienti a rischi**

Questi test e trattamenti ad alto rischio di inappropriatezza dovranno essere **oggetto di aperto dialogo** nella relazione tra medico e paziente per facilitare scelte sagge e consapevoli.

Altri promotori del Progetto

lanciato da Slow Medicine a dicembre 2012



- Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO)



- Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia (IPASVI)



- Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (SIQuAS VRQ)



- Istituto Change di Torino

- **Partecipa Salute**, promosso dall'IRCCS-Mario Negri, dal Centro Cochrane Italiano e da Zadig srl.



Partecipasalute



- **Inversa Onlus**, associazione di pazienti affetti da idrosadenite suppurativa



- **Altroconsumo**



- **Slow Food Italia**





 ALLEGRO

Il progetto Slow Medicine “FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO”


Slow Food® Italia

- **Assunzione di responsabilità da parte dei medici e degli altri professionisti della salute**
- **Scelta attiva da parte delle Associazioni Professionali e delle Società Scientifiche delle pratiche che dovrebbero essere discusse tra medici, altri professionisti e pazienti in Italia**
- **Momenti di informazione e di formazione dei professionisti, particolarmente centrati sulla relazione medico-paziente**
- **Partecipazione di pazienti e cittadini**
- **Diffusa sensibilizzazione dei cittadini sulle pratiche ad alto rischio di inappropriatazza individuate e sul fatto che per tutelare la loro salute non sempre sia meglio fare di più**

Impostazione del progetto

- È fondamentale che il progetto continui ad essere, come Choosing Wisely, **un progetto che parte dai medici e dagli altri professionisti sanitari**, come loro assunzione di responsabilità, e non rappresenti invece imposizione e controllo dall'alto o adempimento burocratico
 - parallelamente deve essere percepito dai cittadini come **miglioramento di qualità e sicurezza** del servizio sanitario, nel loro stesso interesse, e non come razionamento della spesa sanitaria
 - **rispetto di valori e preferenze della persona curata**
- >> ALLEANZA tra medici e altri professionisti e cittadini**
- top 5 condivise a **livello nazionale**
 - far interagire le società scientifiche tra loro e con rappresentanti di pazienti e cittadini: **visione sistemica**

Date importanti per il progetto



- **dicembre 2012:** lancio da parte di Slow Medicine
- **1° marzo 2013:** inizio lavori Gruppo di Regia
- **16 maggio 2013 :** prima riunione gruppo di regia presso FNOMCeO - Roma
- **28 maggio 2013:** incontro con cittadini di PartecipaSalute presso IRCCS-Istituto Mario Negri di Milano
- **11 luglio 2013:** 1° incontro con Società Scientifiche e Organizzazioni Professionali presso IRCCS-Istituto Mario Negri di Milano
- **30 novembre 2013:** presentazione di primi risultati e prime pratiche individuate al convegno di Slow Medicine – Torino
- **12 febbraio 2014:** 2° incontro con Società Scientifiche e Organizzazioni Professionali (nuove adesioni) - Milano



<ol style="list-style-type: none"> 1. Società Italiana di Radiologia Medica - SIRM 2. Collegio Italiano dei Primari Medici Oncologi Ospedalieri - CIPOMO 3. Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica - AIRO 4. Cochrane Neurological Field – CNF 5. Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica – ADI 6. Società scientifiche di IPASVI: AICO, AIOSS, AIUC, ANIMO 	Pratiche definite
<ol style="list-style-type: none"> 7. Società Italiana di Medicina Generale – SIMG 8. Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO 	Pratiche definite in fase di ultima revisione
<ol style="list-style-type: none"> 9. Associazione Italiana di Neuroradiologia - AINR 10. Associazione Italiana di Psicogeriatría - AIP 11. Associazione Medici Diabetologi - AMD 	Pratiche in fase di definizione
<ol style="list-style-type: none"> 12. Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani - ADOI 13. Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti - FADOI 14. ANDRIA - Associazione per un'assistenza appropriata in ostetricia e ginecologia 15. Società Italiana di Genetica Umana - SIGU 16. Società Italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica - SIAAIC 17. Associazione Italiana di Medicina Nucleare - AIMN 18. Collegio Italiano dei Primari di Chirurgia Vascolare 19. Altre Società scientifiche di IPASVI tra cui ANIARTI 	Adesione al progetto
<ol style="list-style-type: none"> 20. Società Italiana di Cure Palliative - SICP 21. Società Italiana di Medicina di Laboratorio - SIMeL 22. Associazione Microbiologi Clinici Italiani - AMCLI 23. Associazione Italiana di Patologia Clinica e Medicina Molecolare - AIPaCMeM 24. Società Italiana di Anatomia Patologica e citopatologia diagnostica - SIAPEC 25. Società Italiana di Biochimica Clinica e biologia molecolare clinica - SIBioC 	In fase di adesione



Attuazione del progetto

- Messa in atto del percorso per l'individuazione delle pratiche di cui medici, altri professionisti e pazienti dovrebbero parlare in Italia
- Diffusione del progetto e delle pratiche ai professionisti e formazione dei professionisti
- Messa a punto di materiale informativo sul progetto e sulle pratiche per pazienti/cittadini
- Diffusione del progetto e delle pratiche ai pazienti/cittadini

Valutazione

- Valutazione dell'impatto del progetto tramite analisi quantitative e qualitative
- Indagini che coinvolgono i professionisti
- Indagini che coinvolgono i pazienti e i cittadini

Sottoprogetto in collaborazione con SIMG sezione di Torino



ASO "S. Croce e Carle" - Cuneo

**FARE DI PIU' NON
SIGNIFICA
FARE MEGLIO**

Venerdì, 29 Novembre 2013
c/o
Ospedale S. Croce
Salone di Rappresentanza (1° Piano)
Via Michele Coppino, 26 CUNEO

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova
Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia



Stanislao Farri, *La Stazione Reggio Emilia AV Mediopadana di Santiago Calatrava*, 2013

Venerdì 14 febbraio 2014
ore 8.30-18.30

Centro Internazionale Loris Malaguzzi
Via Bligny, 1/a - Reggio Emilia

**L'appropriatezza diagnostica,
terapeutica e organizzativa in
area medica: l'impegno dei
professionisti delle Aziende
Sanitarie della provincia di
Reggio Emilia.**

Seminario

EOC Locarno Svizzera

(S)PUNTI UTILI-
**Slow medicine:
rallentare per riflettere.
Anche nelle cure**

Un incontro ad Ascona ha portato a confrontarsi molti professionisti sul tema della Slow Medicine e sulla filosofia che propone: cercare una nuova relazione tra medico e paziente.



ellera dell'aziendalizzazione, della specializzazione e dell'ipertecnologia, è possibile immaginare una medicina sobria, rispettosa e giusta?

Questa la domanda, un po' provocatoria, che ha fatto da quadro alla giornata di studio e di confronto sulla Slow Medicine che si è tenuta venerdì 1 giugno 2012, presso il Monte Verità ad Ascona, organizzata dall'Ente Ospedaliero Cantonale. Molti i relatori, provenienti da ambiti diversi, tra cui Luca Crivelli, professore aggregato di economia all'Università della Svizzera Italia-



Stella, Repubblica Italiana

na, Silvana Quadrino psicologa e pedagogista, Paolo Merlani, medico e libero docente all'Università di Ginevra, Susanna Brilli, infermiera responsabile del progetto "Cure basate sulla relazione" dell'EOC, Roberto Satolli, medico, cardiologo e giornalista, Sandro Spinsanti, psicologo, teologo ed esperto di bioetica.
"L'idea dietro alla Slow Medicine", spiega il Dr. Giorgio Bert, membro del comitato Slow Medicine Italia, "è quella di promuovere un approccio nuovo alla cura del paziente che si pone come obiettivo principale una cura appropriata, sostenibile, equa e attenta alla persona e all'ambiente". L'idea che i fondatori di Slow Medicine condividono è che cure appropriate e di buona qualità, associate



Sandra Venero - Slow medicine

HUG   **FACULTÉ DE MÉDECINE**
Hôpitaux Universitaires de Genève **UNIVERSITÉ DE GENÈVE**

« Choosing wisely initiatives around the world »

Symposium Platin, SGIM, Thun 20-21.09.13

Prof. Dr. Jean-Michel Gaspoz

Department of community medicine, primary care and emergency medicine



“FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO”

Si tratta di un cambiamento di cultura: riflettere



Possibili ostacoli

- abitudini consolidate
- “medicina difensiva”
- scarsa abitudine alla relazione con il paziente
- essere percepito come un’imposizione dall’alto
- frodi - conflitti di interesse, economici e professionali
- parametri di valutazione economici e quantitativi e non appropriatezza ed esiti clinici
- eccessiva offerta di prestazioni
- essere visto come un razionamento, un togliere prestazioni
- comunicazione miracolistica, cultura del “fare di più”, pubblicità ingannevoli



Fare di più non significa fare meglio

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza
di cui medici e pazienti dovrebbero parlare



Società Italiana di Radiologia Medica (SIRM)

1. Non eseguire **Risonanza Magnetica (RM) del Rachide Lombosacrale in caso di lombalgia** nelle prime sei settimane in assenza di segni/sintomi di allarme (semafori rossi o red flags).
2. Non eseguire di routine **Risonanza Magnetica (RM) del ginocchio** in caso di dolore acuto da trauma o di dolore cronico.
3. Non eseguire **Risonanza Magnetica (RM) dell'encefalo per cefalea non traumatica** in assenza di segni clinici di allarme.
4. Non eseguire **radiografie del torace preoperatorie** in assenza di sintomi e segni clinici che facciano sospettare patologie capaci di influire sull'esito dell'intervento.
5. Non eseguire di routine **radiografia del cranio nel trauma cranico lieve**.



Fare di più non significa fare meglio

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza
di cui medici e pazienti dovrebbero parlare



Collegio Italiano Primari di Oncologia Medica – Green Oncology

1. Non prescrivere **antibiotici** allo scopo di prevenire le **complicanze infettive da neutropenia**, in pazienti neoplastici trattati con chemioterapia a dosi standard.
2. Di norma non prescrivere **markers tumorali serici** in corso di processo diagnostico o per la stadiazione dei tumori.
3. Non effettuare di routine **terapia antitumorale nei pazienti affetti da tumori solidi** con Performance Status (PS) compromesso (3-4) o in progressione dopo 2-3 linee terapeutiche, ma privilegiare le cure palliative.
4. Non eseguire **esami** del sangue incluso il profilo biochimico, scansioni ossee, radiografie toraciche, ecografie epatica e pelvica, TAC, PET e marker tumorali, dopo terapia sistemica precauzionale, in pazienti **operate per cancro della mammella**, asintomatiche e in assenza di risultati specifici all'esame clinico.
5. Non prescrivere la **chemioterapia** nel trattamento sistemico del **carcinoma duttale in situ della mammella**.



Fare di più non significa fare meglio

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza
di cui medici e pazienti dovrebbero parlare



Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica (AIRO)

1. Non definire un **programma terapeutico** che comprenda la radioterapia senza che l'oncologo radioterapista sia coinvolto fin dall'inizio (e cioè subito dopo la diagnosi della malattia) nella definizione del programma stesso.
2. Non raccomandare l'impiego di **tecniche od apparecchiature radioterapiche** "speciali" senza un parere motivato dell'oncologo radioterapista.
3. Non utilizzare, per quanto possibile, **trattamenti radioterapici prolungati** quando la finalità della radioterapia è quella **sintomatico-palliativa** ed in persone malate con aspettativa di vita ridotta.
4. Non eseguire un trattamento radioterapico per **patologie articolari degenerative (benigne)**, specie al di sotto dei 60 anni.
5. Al di fuori di studi clinici, non eseguire PET, TC e scintigrafia ossea per la **stadiazione del tumore della prostata**, in pazienti candidati a trattamento radioterapico radicale, per i quali il rischio di metastasi è minimo.



Fare di più non significa fare meglio

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza
di cui medici e pazienti dovrebbero parlare



Cochrane Neurological Field

1. Non prescrivere la **nutrizione artificiale enterale** tramite PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) o sonda naso-gastrica ai pazienti affetti da demenza in fase avanzata, ma contribuire a favorire l'alimentazione fisiologica assistita.
2. Non usare gli **antipsicotici** come farmaci di prima scelta nei disturbi comportamentali in corso di demenza, evitando di prescriberli prima di un'attenta valutazione delle cause scatenanti la cui rimozione potrebbe rendere inutile il trattamento.
3. Non usare le **benzodiazepine o altri ipnotici** negli anziani come prima scelta nell'insonnia.
4. Non usare la **PET** nella diagnostica della demenza a meno che il paziente non sia stato valutato da uno specialista esperto in demenze.
5. Non sottoporre pazienti con soggettiva percezione di ridotta prestazione mnesica, esenti da deficit funzionali, a indagini per la ricerca di **biomarker liquorali e indicatori nel neuroimaging**, se non in un contesto di ricerca.



Fare di più non significa fare meglio

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare



Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica – onlus Fondazione associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica (A.D.I.)

1. Non utilizzare i cosiddetti **“test di intolleranza alimentare”** come strumento per la terapia dietetica dell'obesità né per diagnosticare sospette intolleranze alimentari.
2. Evitare di trattare **obesità e disturbi dell'alimentazione** con diete prestampate e in assenza di competenze multidimensionali.
3. Non incoraggiare un uso estensivo e indiscriminato di **integratori alimentari** come fattori preventivi delle neoplasie e della patologia cardiovascolare.
4. Evitare **in età evolutiva approcci a sovrappeso e obesità** restrittivi, di non dimostrata efficacia e non coinvolgenti la famiglia
5. Evitare la **Nutrizione Artificiale (NA)** nelle situazioni cliniche in cui un approccio evidence-based non ha dimostrato beneficio, come nei pazienti con demenza in fase avanzata o oncologici in fase terminale.



Fare di più non significa fare meglio

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)



1. Non richiedere di routine **esami di diagnostica per immagini** in caso di **lombalgia** senza segni o sintomi di allarme (bandierine rosse o redflag)
2. Non prescrivere di routine **antibiotici** a pazienti affetti da **infezioni acute delle vie aeree superiori**. Valutarne l'opportunità nei pazienti a rischio di infezioni delle vie aeree inferiori o in caso di peggioramento del quadro clinico dopo qualche giorno.
3. Non prescrivere di routine **inibitori di pompa protonica (IPP)** a pazienti senza fattori di rischio per malattia ulcerosa. Nella malattia da reflusso gastroesofageo prescriberli alla più bassa dose in grado di controllare i sintomi, educando il paziente ad auspicabili periodi di sospensione.
4. Non prescrivere **terapie con antinfiammatori non steroidei (FANS)** senza valutare inizialmente e riconsiderare periodicamente la reale indicazione clinica e il rischio di effetti collaterali in quel momento e in quello specifico paziente.
5. Non prescrivere di routine in prima istanza **benzodiazepine o Z-drugs** nei pazienti **anziani** in caso di insonnia. Raccomandarne comunque l'uso intermittente e non continuare cronicamente la terapia senza rivalutare periodicamente l'indicazione e l'eventuale comparsa di effetti indesiderati.



Fare di più non significa fare meglio
Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza
di cui professionisti e pazienti dovrebbero parlare



IPASVI - Federazione Italiana Collegi Infermieri

1. Non eseguire la **tricotomia pre-operatoria con rasoio a lama** in previsione di un intervento chirurgico (AICO).
2. Non utilizzare in modo improprio **dispositivi di raccolta per stomie con placca convessa** (AIOSS).
3. Non utilizzare in modo improprio **sostanze chimiche** per la detersione del **complesso stomale** (AIOSS).
4. Non utilizzare **disinfettanti istiolesivi** sulla cute integra nei soggetti anziani, allettati, con cute fragile e/o compromessa (AIUC).
5. Non fare ricorso alla **ginnastica vescicale** (chiusura ripetuta del catetere) prima della rimozione del catetere vescicale (AIURO - ANIMO).



www.slowmedicine.it

info@slowmedicine.it

s.vernero@slowmedicine.it

Facebook: Gruppo (chiuso) [Slow Medicine Italia](#)

Twitter: @Slow Medicine