



Periodico trimestrale d'informazione
dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri della Provincia
di Udine

Anno XXXII - N. 1
Marzo 2013

Direttore editoriale

Dott. Maurizio Rocco

Direttore responsabile

Dott. Luigi Conte

Redazione

Dott.ssa Annamaria Bergamin Bracale
Dott. Lorenzo Cereatti
Dott. Mario Da Porto
Dott.ssa Daniela Gnesutta
Dott. Andrea Pantarotto
Dott. Emanuele Rampino Cordaro
Dott.ssa Donatella Rizzi
Dott.ssa Grazia Siciliano
Dott. Duilio Tuniz
Dott.ssa Maria Grazia Zuddas

Direzione, Redazione e Amministrazione

Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
33100 Udine - Viale Diaz 30
Tel. 0432 504122
Fax 0432 506150
E-mail Udine:
info@omceoudine.it
Sito Web: www.omceoudine.it

Editore, Stampa e Pubblicità

Cartostampa Chiandetti Srl
33010 Reana del Rojale
Tel. 0432 857054 - Fax 0432 857712
E-mail: info@chiandetti.it

Registrazione

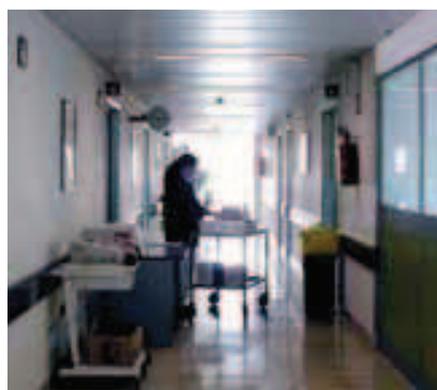
Tribunale di Udine
n. 18 del 10/07/2000

Gli articoli pubblicati vincolano esclusivamente la responsabilità degli autori e non la direzione della rivista. Foto e dattiloscritte, anche se non pubblicate, non si restituiscono.

In caso di riproduzioni si prega di citare la fonte.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.LGS 196/03

La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali verrà effettuato in ossequio ai principi di correttezza, liceità e trasparenza. I dati da Lei forniti saranno trattati per finalità promozionali e di marketing e nelle seguenti modalità: manuale, elettronico e automatizzato. Il conferimento dei dati da parte Sua è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto a fornirli determinerà l'impossibilità ad instaurare un rapporto e a dare esecuzione al contratto. I dati potranno essere comunicati a: Cartostampa Chiandetti srl, il titolare del trattamento dei dati personali è: Cartostampa Chiandetti srl con sede a Reana del Rojale (UD), via Vittorio Veneto, 106; il responsabile del trattamento è Chiandetti Cristina, verso il quale Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 D.Lgs 196/03.



- 4** Editoriale
- 6** Relazione del Presidente all'Assemblea Ordinaria degli iscritti del 1° Dicembre 2012
- 9** Relazione CAO all'Assemblea Ordinaria degli iscritti del 1° Dicembre 2012
- 11** Intervista al dott. Giancarlo Miglio
- 14** Medico o amministrativo?
- 16** Giornata del Medico - I premiati
- 17** Spending Review. Le (vere) istruzioni per l'uso.
- 21** Secondo parere: Sani soliti sospetti
- 26** Medicina illegale e direttori irresponsabili
- 28** Certificato medico di malattia anamnestico: vietata la certificazione senza un accertamento medico diretto
- 30** Non solo dottori
- 36** Fare di più non significa fare meglio
- 41** E.B.M., evidenze basate sulla magistratura
- 42** FNOMCeO
- 51** FNOMCeO - ODONTOIATRI
- 53** Corte Costituzionale. Anche i medici possono maturare la pensione a 70 anni
- 54** Il gruppo di lavoro Medici del Lavoro competenti della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale
- 56** PEC iscritti: è obbligatoria!
- 57** Recensioni
- 58** CORSI • CONVEGNI • CONGRESSI

FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO



Premessa

Si moltiplicano ai più alti livelli anche in Italia gli allarmi sulla possibile sostenibilità economica del Servizio Sanitario, i cui costi appaiono in forte e continua crescita. Per ridurre i costi della sanità senza limitarne gli indiscussi benefici sulla salute delle persone, SLOW MEDICINE propone, in primo luogo, di **“utilizzare in modo appropriato e senza sprechi le risorse disponibili”**.

Da tempo è stato evidenziato che molti esami e molti trattamenti chirurgici e farmacologici largamente diffusi non apportano benefici per i pazienti e anzi rischiano di essere dannosi. Si tratta di esami e trattamenti non supportati da prove di efficacia, che continuano ad essere prescritti ed effettuati per molteplici ragioni: per abitudine, per soddisfare pressanti richieste dei pazienti, per timore di sequele medico legali, perché spiegare al paziente che non sono necessari richiede più tempo, per interessi economici, perché nelle organizzazioni sanitarie viene premiata la quantità delle prestazioni più della loro qualità e appropriatezza, per dimostrare al paziente di avere una vasta cultura scientifica o per applicare in modo acritico il concetto del “fare tutto il possibile”.

Questi esami e trattamenti rappresentano un vero e proprio spreco di risorse.

Per ridurli è necessario agire in più direzioni: ci vuole in primo luogo una nuova consapevolezza e un’assunzione di responsabilità da parte dei medici, sottoposti a forti pressioni da parte di aziende di prodotti farmaceutici, di presidi e di servizi e condizionati dalla concorrenza di colleghi così scrupolosi da prescrivere tanti esami, dall’informazione distorta fornita da corsi, seminari, congressi organizzati con lo scopo di enfatizzare l’efficacia di nuove terapie e strumenti diagnostici, e anche dagli stessi pazienti che traggono informazioni da riviste divulgative o da siti internet sostenuti dalle industrie. Occorre che i cittadini si rendano conto che per la loro salute non sempre “fare di più significa fare meglio” e che non sempre il medico che prescrive più esami e prestazioni è il medico migliore; l’informazione a tutti i livelli dovrebbe essere più sobria, meno sensazionalistica e libera da conflitti di interesse; nelle organizzazioni sanitarie dovrebbe essere premiata la qualità e appropriatezza delle prestazioni più della loro quantità.

Per cominciare ad attivarsi in questa direzione Slow Medicine lancia il progetto **“FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO”**, molto simile a quello già in atto negli Stati Uniti con il nome di **“CHOOSING WISELY”** <http://choosingwisely.org/>, promosso da nove società scientifiche USA e da un’associazione di consumatori.

La storia di CHOOSING WISELY

L’OMS stima che una percentuale della spesa sanitaria compresa tra il 20% e il 40% rappresenti uno spreco causato da un utilizzo inefficiente delle risorse (WHO 2010).

Negli USA si valuta che l’ammontare delle prestazioni che non apportano nessun beneficio ai pazienti e di conseguenza rappresentano uno spreco corrisponda ad almeno il 30% della spesa sanitariaⁱⁱ ⁱⁱⁱ. Gli stessi studi sottolineano come, per limitare esami e trattamenti non necessari, che non solo fanno crescere oltre misura i costi ma possono anche danneggiare i pazienti, sia fondamentale il ruolo dei medici, dalle cui decisioni si stima dipenda circa l’80% della spesa sanitaria.

Già nel 2002 era stato lanciata, da parte della Fondazione ABIM (*American Board of Internal Medicine Foundation*), della Fondazione dell’ACP (*American College of Physicians*) e dalla Federazione Europea di Medicina Interna, la **“Carta della Professionalità Medica per il nuovo millennio”**^{iv}: la Carta ha come suoi principi fondamentali il primato del benessere del paziente, la sua autonomia e la giustizia sociale. In parti-

colare la Carta sottolinea l'impegno ad una equa distribuzione di risorse limitate e chiama in causa i medici perché si assumano la responsabilità dell'allocazione appropriata delle risorse e dell'evitare scrupolosamente test e procedure superflue, dato che "fornire servizi non necessari non solo espone i pazienti a rischi e costi evitabili ma anche riduce le risorse disponibili per gli altri".

Nel 2010 **Howard Brody**^v, sottolineando la responsabilità etica di tutti i medici nei confronti della sostenibilità economica del sistema sanitario, lanciava la proposta che ogni società scientifica specialistica creasse "**the Top Five List**", una lista di cinque test diagnostici o trattamenti che fossero prescritti molto comunemente dai membri di quella società specialistica, fossero tra i più costosi, esponessero i pazienti a rischi e che, secondo prove scientifiche di efficacia, non apportassero benefici significativi alle principali categorie di pazienti ai quali vengono comunemente prescritti.

La "*Top Five List*" sarebbe stata una raccomandazione su come, all'interno di quella specialità, si sarebbe potuto ottenere il massimo risparmio in termini di costi senza privare nessun paziente di benefici medici significativi. Brody riportava come esempi di pratiche da ridurre la chirurgia artroscopica per l'osteoartrosi del ginocchio e molte modalità di utilizzo della tomografia computerizzata che, oltre a far crescere i costi, espongono i pazienti ai rischi delle radiazioni.

Sempre secondo Brody, una lista di cinque pratiche ad alto rischio di inappropriatezza aveva il vantaggio di lanciare all'opinione pubblica il messaggio che non si trattava di un "razionamento" dell'assistenza sanitaria per tagliare indiscriminatamente i costi ma che si stava intervenendo sulle cause più eclatanti di spreco nell'interesse dei pazienti. Per la definizione della "*Top Five List*" ogni società scientifica specialistica avrebbe dovuto costituire prima possibile un gruppo di studio di alto livello, che includesse professionisti con competenze specifiche in epidemiologia clinica, biostatistica, politica sanitaria e medicina basata sulle prove scientifiche (EBM).

Una volta raggiunto l'accordo sulla "*Top Five List*", ogni società specialistica avrebbe dovuto stendere un piano di implementazione e di formazione dei propri membri, per dissuaderli dall'utilizzo di quel test o trattamento per determinate categorie di pazienti. Organizzazioni "ombrello" come l'*American Medical Association* (AMA) avrebbero potuto esercitare una forte pressione sulle società specialistiche, in particolare su quelle più restie ad attivarsi.

Sempre nel 2010 Grady e Redberg^{vi}, nel presentare la serie di articoli "**Less is more**" pubblicati negli *Archives of Internal Medicine*, insistevano sulla necessità di confutare il mito che "se un trattamento è buono, fare di più è sempre meglio".



Mettendo in pratica il suggerimento di Brody un'associazione medica USA, la **NPA** (*National Physician Alliance*)^{vii}, lanciava un progetto per individuare una lista delle 5 principali attività in medicina di famiglia, medicina interna e pediatria, nelle quali cambiamenti nella pratica potessero assicurare un uso più appropriato di risorse limitate e migliore qualità delle cure: venivano costituite tre commissioni le quali individuavano complessivamente **12 attività**, visto che per tre di esse le scelte di medicina di famiglia e medicina interna si sovrapponevano.

Dato che era opinione comune dei medici che i pazienti si aspettassero da loro la prescrizione di quelle pratiche, si stabiliva di produrre dei video di formazione per supportare i medici nella comunicazione ai pazienti della loro decisione. Ulteriori video sarebbero stati prodotti per i pazienti per

spiegare loro il razionale della raccomandazione, e cioè che i rischi superavano i benefici. L'effettiva implementazione della "*Top Five List*" avrebbe comunque dovuto rispettare i valori e le preferenze del paziente, oltre alla correttezza clinica e all'uso appropriato di risorse limitate. La lista delle 12 pratiche veniva pubblicata nell'agosto 2011: tra queste, citiamo le indagini radiologiche per la lombalgia in assenza di segni neurologici e altre patologie, la densitometria ossea per le donne di età inferiore a 65 anni senza fattori di rischio, la prescrizione di antibiotici per la sinusite, l'effettuazione annuale di ECG o di esami di laboratorio in assenza di sintomi.

Una successiva analisi economica stimava che, se le pratiche contenute nella lista delle Top Five individuata dalla NPA fossero state eliminate, il risparmio sarebbe consistito in **almeno 5 miliardi di \$ all'anno**^{viii}.

La fondazione statunitense **ABIM** (*American Board of Internal Medicine*) basandosi sugli ideali della Carta della Professionalità Medica, sulla sfida di Brody, sulla serie di articoli *Less is more* e infine sul lavoro della NPA, ha successivamente lanciato l'iniziativa **CHOOSING WISELY**^{ix} con la collaborazione di **Consumer Reports**, organizzazione non profit e indipendente di consumatori.

Nove società scientifiche specialistiche^x hanno aderito fin dall'inizio al progetto e individuato ciascuna una lista di 5 test, trattamenti o servizi che fossero comunemente utilizzati nella propria specialità e il cui impiego avrebbe dovuto essere messo in discussione da pazienti e clinici: in tutto sono state individuate **45 pratiche (test/trattamenti) ad alto rischio di inappropriatezza**.

Queste liste sono state rese pubbliche nel corso di un evento nazionale a Washington, il 4 aprile 2012.

Pochi giorni dopo, l'8 aprile 2012, l'editoriale del **New York Times** "**Do you need that test?**" riportava testualmente: "Se i costi legati all'assistenza sanitaria devono essere riportati sotto controllo, i medici della Nazione dovranno svolgere un ruolo trainante nell'eliminare i trattamenti non necessari. Secondo varie stime, centinaia di miliardi di dollari sono

sprecati ogni anno in questo modo. È dunque molto incoraggiante che nove maggiori gruppi professionali abbiano identificato 45 test e procedure (5 per ogni specialità) che sono usate comunemente ma dei quali non è dimostrato il beneficio per molti pazienti e che a volte possono procurare più danno che beneficio.”

Le nove società scientifiche aderenti fin dall'inizio all'iniziativa Choosing Wisely, che rappresentano quasi 375.000 medici, sono:

- American Academy of Allergy, Asthma & Immunology;
- American Academy of Family Physicians;
- American College of Cardiology;
- American College of Physicians;
- American College of Radiology;
- American Gastroenterological Association;
- American Society of Clinical Oncology;
- American Society of Nephrology;
- American Society of Nuclear Cardiology.

In più altre società, organizzazioni di consumatori e organizzazioni mediche hanno successivamente chiesto di poter partecipare all'iniziativa, coinvolgendo medici e pazienti nell'individuazione di ulteriori test e procedure il cui utilizzo dovrebbe essere limitato. Tramite *Consumer Reports* vengono messe in atto campagne di comunicazione che coinvolgono anche i cittadini e le loro associazioni.

È stata pubblicata, nell'ottobre 2012, dagli *Annals of Internal Medicine*^{xi} una **lista di 16 test radiologici** tratta dai 45 test e trattamenti ad alto rischio di inapproprietezza individuati dalle società scientifiche nell'ambito dell'iniziativa 4 Choosing Wisely: gli Autori concordano sul sovra utilizzo dei test elencati, ne analizzano le cause e si augurano che i medici possano limitarne la prescrizione. Tra questi citiamo:

- Test radiologici per cefalea in pazienti senza fattori di rischio
- Radiografia del torace pre-operatoria di routine in pazienti senza sintomi cardiopolmonari
- Test radiologici in pazienti con lombalgia in assenza di segni/sintomi di allarme
- Densitometria ossea (metodica

DEXA) per sospetta osteoporosi in donne di età inferiore a 65 anni e in uomini di età inferiore a 70 anni senza fattori di rischio

- TC o RM cerebrale dopo sincope semplice senza anomalie neurologiche
- PET, TC o scintigrafia ossea per la stadiazione del carcinoma prostatico di recente identificazione a basso rischio di metastasi
- PET, TC o scintigrafia ossea per la stadiazione del carcinoma della mammella di recente identificazione a basso rischio di metastasi.

Lo stesso studio riferisce che, dopo una rapidissima crescita dei test radiologici negli ultimi dieci anni, sembra di assistere recentemente negli USA ad una inversione del trend: primo segnale di una maggiore consapevolezza e appropriatezza?

tica Nucleare) e **TAC** (Tomografia Assiale Computerizzata), aumentato negli ultimi anni in tutti i Paesi sviluppati, nel nostro presenta nel 2010 un rapporto rispetto al numero di abitanti tra i più alti^{xii}: 22,4 RMN e 31,6 TAC per milione di abitanti, entrambi molto al di sopra della media OCSE (rispettivamente 12,5 e 22,6), vicini ai limiti superiori rappresentati da USA e Grecia. E anche le stime sul numero di esami effettuati ci pone ai primi posti tra i paesi OCSE.

Gli stessi radiologi, anche nella consapevolezza dei danni conseguenti ad un'eccessiva esposizione alle radiazioni ionizzanti, si stanno interrogando sull'appropriatezza degli esami radiologici che eseguono: sono davvero tutti necessari?

Un recente studio eseguito da alcuni di essi^{xiii} in Italia su prestazioni radio-



L'inappropriatezza in Italia

La stima dell'OMS, secondo la quale una percentuale della spesa sanitaria compresa tra il 20% e il 40% rappresenterebbe uno spreco causato da un utilizzo inefficiente delle risorse (WHO 2010), appare molto verosimile anche per l'Italia.

In molti settori è possibile evidenziare un sovra utilizzo di risorse, che emerge anche dal confronto dell'Italia con gli altri paesi sviluppati dell'area OCSE: si citano di seguito alcuni esempi, non certamente esaustivi.

Uno di questi settori, citato anche dalla sintetica relazione OCSE 2011 sul nostro paese, è rappresentato dalle tecnologie medicali, ad esempio in radiologia. Il numero di apparecchiature di **RMN** (Risonanza Magne-

logiche ambulatoriali ha dimostrato l'appropriatezza solamente del 56% di queste. Questo vuol dire che il 44% delle prestazioni radiologiche ambulatoriali prese in esame poteva essere evitato senza recare alcun danno al paziente.

L'utilizzo molto più alto in Italia rispetto agli altri Paesi di tecnologie complesse in **cardiologia**, come gli impianti di pace-maker cardiaci con funzione resincronizzante e di defibrillatori per migliorare la funzione cardiaca e risolvere aritmie maligne^{xiv}, dà adito a qualche dubbio sulla loro reale indicazione clinica.

Un altro esempio eclatante dell'eccessivo e inappropriato ricorso a prestazioni sanitarie è rappresentato dal numero di parti eseguiti con **cesareo**: il loro rapporto rispetto al numero totale di parti (quasi 40%) è in

Italia tra i più alti nel mondo^{xv}. E, come quasi sempre avviene, emergono evidenti disparità tra le regioni italiane, con molte di esse al di sotto del 30% mentre la Campania supera il 60%^{xvi}; la percentuale di parti cesarei è inoltre molto più alta nel settore della sanità privata rispetto a quella pubblica.

Infine il consumo procapite di **antibiotici** è in Italia uno dei più alti tra i Paesi OCSE, anche in questo caso poco inferiore a quello della Grecia^{xvii}, con evidenti disomogeneità tra le Regioni italiane^{xviii}.

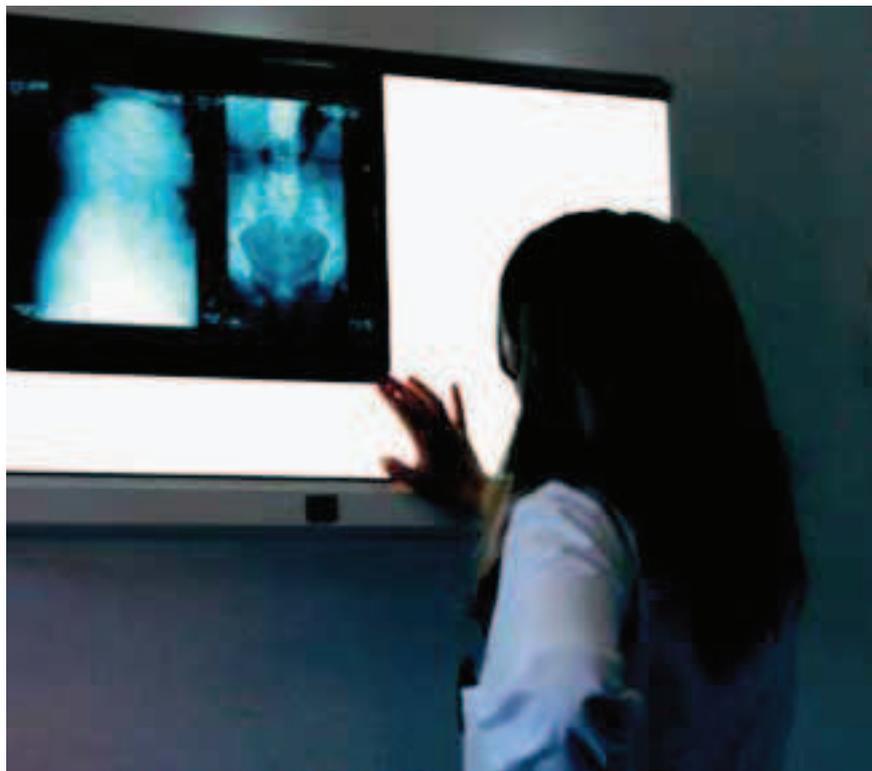
Il progetto di Slow Medicine

Se la riduzione di prestazioni inappropriate, che rappresentano uno spreco di risorse e non offrono benefici tangibili ai pazienti ma piuttosto maggiori rischi, costituisce sempre un preciso imperativo etico, tanto più pressante appare in questo momento di crisi economica che in Italia mette a rischio la sostenibilità del servizio sanitario nazionale e la tutela della salute, e accentua in maniera allarmante le disuguaglianze tra i cittadini. Per evitare che vengano imposti alla spesa sanitaria iniqui tagli lineari è necessario che i professionisti e le società scientifiche si assumano la responsabilità di indicare quali risparmi si possono ottenere riducendo prestazioni inutili, ridondanti e inefficaci.

Slow Medicine intende pertanto lanciare in Italia **il progetto "FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO"**, nella convinzione che, come è avvenuto negli Stati Uniti, la spinta all'utilizzo appropriato e senza sprechi delle risorse disponibili non possa che partire da una precisa assunzione di responsabilità da parte dei professionisti della salute e in primo luogo da parte dei **medici**.

Già negli anni '90 Sandro Spinsanti^{xix} scriveva:

"La buona medicina ci appare il frutto di una contrattazione molteplice che deve tener conto di tre diversi parametri: l'indicazione clinica (il bene del paziente), le preferenze ed i valori soggettivi del paziente ed infine l'appropriatezza sociale. Alle due dimensioni finora considerate, oggi dobbiamo infatti aggiun-



gerne una terza: l'appropriatezza sociale degli interventi sanitari, in una prospettiva di uso ottimale di risorse limitate, solidarietà con i più fragili ed equità.

L'assistenza sanitaria, dovendo conciliare nelle sue scelte esigenze diverse e talvolta contrastanti, senza minimamente rinunciare alle esigenze della scienza, ci appare oggi più che mai un'arte. L'ideale medico dell'epoca postmoderna è una **leadership morale**".

Il progetto che Slow Medicine prospetta segue quella che era stata la proposta di Howard Brody nel 2010 sul *New Engl and Journal of Medicine* e che ha preso forma negli USA con *Choosing Wisely*.

L'individuazione da parte dei professionisti di una lista di test diagnostici e trattamenti dei quali non è dimostrato il beneficio per molti pazienti e che a volte possono procurare più danno che beneficio, oltre a rappresentare un concreto passo verso un utilizzo più appropriato delle risorse, lancia all'opinione pubblica il forte messaggio che in sanità a volte è meglio fare meno, e che non sempre il medico che prescrive più esami e prestazioni è il medico migliore.

Nel dettaglio, ogni società scientifica/associazione di professionisti che aderisce al progetto individuerà una **lista di cinque test diagnostici o**

trattamenti, ovviamente a partire da quelli già indicati negli USA, che **in Italia:**

- **sono effettuati molto comunemente**
- **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**
- **hanno un alto costo complessivo**

In accordo con Brody, Slow Medicine suggerisce ad ogni società scientifica/associazione di professionisti di costituire per questo obiettivo un **gruppo di studio** di alto livello che includa "professionisti con competenze specifiche in epidemiologia clinica, biostatistica, politica sanitaria e medicina basata sulle prove scientifiche (EBM)".

Una volta raggiunto l'accordo sulla lista di cinque test diagnostici o trattamenti, ogni società scientifica /associazione di professionisti metterà a punto un piano di implementazione e di formazione dei propri membri, per dissuaderli dall'utilizzo di quel test o trattamento per determinate categorie di pazienti.

Slow Medicine favorirà gli scambi di informazioni tra le diverse società

scientifiche/associazioni di professionisti e tra queste e associazioni di cittadini; inoltre provvederà a diffondere presso l'opinione pubblica sia il progetto statunitense e le 45 pratiche già individuate da *Choosing Wisely*, con le relative indicazioni pratiche mirate ai cittadini^{xx}, sia puntuali informazioni sull'evoluzione del progetto in Italia e sulle società scientifiche e associazioni aderenti al progetto.

Dato che la relazione tra medici e pazienti e il rapporto di fiducia che ne è alla base riveste un'importanza fondamentale ai fini di una maggiore appropriatezza, Slow Medicine supporterà i professionisti nel loro **rapporto con il paziente** con vari mezzi, compresi quelli audiovisivi come in USA.



In conclusione il progetto "FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO" rappresenta una scommessa, del tutto in linea con la dimostrazione di John Øvretveit di qualche anno fa secondo la quale nel sistema sanitario la qualità non aumenta i costi ma anzi li riduce^{xxi}: la scommessa che attraverso il coinvolgimento dei professionisti sia possibile anche in Italia ridurre gli alti costi del servizio sanitario non attraverso tagli lineari, che ne mettono a serio rischio la sopravvivenza e accentuano ulteriormente le disuguaglianze tra i cittadini, ma intervenendo sulle cause più eclatanti di spreco nello stesso interesse dei pazienti.



- i Fisher ES, Bynum JP, Skinner JS. Slowing the growth of health care costs — lessons from regional variation. *N Engl J Med* 2009;360:849-52.
- ii Berwick DM, Hackbarth A. Eliminating waste in US health care [published online ahead of print March 14, 2012]. *JAMA*. doi:10.1001/jama.2012.362
- iii Brody H. From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance. *N Engl J Med* 2012;366:1949-51
- iv American Board of Internal Medicine Foundation; ACP-ASIM Foundation; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med*. 2002;136(3):243-246.
- v Brody H. Medicine's ethical responsibility for health care reform: the Top Five list. *N Engl J Med*. 2010;362(4):283-285
- vi Grady D, Redberg RF. Less is more: how less health care can result in better health. *Arch Intern Med*. 2010;170(9):749-750.
- vii Good Stewardship Working Group. The "top 5" lists in primary care: meeting the responsibility of professionalism. *Arch Intern Med*. 2011;171(15):1385-1390.
- viii Kale MS, Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. "Top 5" lists top \$5 billion. *Arch Intern Med*. 2011;171(20):1856-1858.
- ix Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA*. 2012;307:1801-2.
- x <http://www.choosingwisely.org/>
- xi Rao VM, Levin DC. The Overuse of Diagnostic Imaging and the Choosing Wisely Initiative. *Ann Intern Med* 2012;157:574-577
- xii <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.htm>
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011_health_glance-2011-en
- xiii Appropriateness: analysis of outpatient radiology requests. M. Cristofaro et al *Radiol med* (2011) 116:000–000 DOI 10.1007/s11547-011-0725-2
- xiv Merkely et al. *Europace* 2010
- xv Caesarean sections per 100 live births, 1990-2009 (or nearest year) Fonte Health at a Glance 2011: OECD Indicators
- xvi Percentuale parti cesarei –Anno 2009 Fonte Ministero della Salute
- xvii Antibiotics consumption, 2000 and 2009 (or nearest year) Fonte Health at a Glance 2011: OECD Indicators
- xviii L'uso SSN di farmaci antibiotici nelle Regioni Italiane in DDD/1000 abitanti pro die (fonte AIFA)
- xix Spinsanti S, La qualità nei servizi sociali e sanitari: tra management ed etica, da: J.Øvretveit, La qualità nel servizio sanitario, Edises Napoli 1996
- xx <http://consumerhealthchoices.org/campaigns/choosing-wisely/>
- xxi Øvretveit J. Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. London: the Health Foundation. 2009