



CHOOSING WISELY

e

il progetto “FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO –

CHOOSING WISELY ITALY”

Premessa

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: il **sovra utilizzo di esami diagnostici e trattamenti** si dimostra un fenomeno sempre più diffuso e importante.

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 più competente; 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 ha lanciato a dicembre 2012 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”**¹, promosso da molte 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 sanitaria^{2 3 4}

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 stata 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”**⁵: la Carta ha come suoi principi fondamentali il primato del benessere del paziente, la sua autonomia e la giustizia sociale. In particolare 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**⁶, 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 inappropriata 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 Redberg⁷, 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*)⁸, 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**⁹.

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**¹⁰ con la collaborazione di **Consumer Reports**, organizzazione non profit e indipendente di consumatori.

Nove società scientifiche specialistiche 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. E' 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.

E' stata pubblicata, nell'ottobre 2012, dagli *Annals of Internal Medicine*¹¹ una **lista di 16 test radiologici** tratta dai 45 test e trattamenti ad alto rischio di inappropriatezza individuati dalle società scientifiche nell'ambito dell'iniziativa 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 di imaging per cefalea in pazienti senza fattori di rischio
- Radiografia del torace pre-operatoria di routine in pazienti senza sintomi cardiopolmonari
- Test di imaging 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?

Dopo le prime 9 liste di test e trattamenti ad alto rischio di inappropriately pubblicate in aprile 2012, **altre 18 liste** sono state presentate il 21 febbraio 2013 da altrettante società scientifiche USA.

Molte altre società scientifiche hanno aderito successivamente al progetto: **a marzo 2018 le società partecipanti alla campagna Choosing Wisely negli USA sono più di 80 e più di 500 le raccomandazioni su test, trattamenti sanitari e procedure**, sui quali medici e pazienti dovrebbero interrogarsi.

Consumer Reports, in collaborazione con le società professionali, ha elaborato e diffuso un gran numero di schede informative per i cittadini a partire dalle raccomandazioni pubblicate-

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 esaustivi¹².

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 Magnetica 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 alti¹³: 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 essi¹⁴ in Italia su prestazioni radiologiche 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 maligne¹⁵, 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 mondo¹⁶. 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%¹⁷; 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 Grecia¹⁸, con evidenti disomogeneità tra le Regioni italiane¹⁹.

Il progetto “FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO - CHOOSING WISELY ITALY ”

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^{20 21}.

Slow Medicine ha pertanto lanciato in Italia nel dicembre 2012 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**, in alleanza con pazienti e cittadini.

Già negli anni '90 Sandro Spinsanti²² 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 aggiungerne 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 lanciato da Slow Medicine 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 esami 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 più competente.

Nel dettaglio, ogni società scientifica/associazione di professionisti che aderisce al progetto individua **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**

Non è stato volutamente incluso tra i criteri di scelta quello dell'alto costo, perché il progetto non fosse considerato come un “razionamento” di risorse.

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 mette 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 favorisce gli scambi di informazioni tra le diverse società scientifiche/associazioni di professionisti e tra queste e associazioni di cittadini; inoltre provvede a diffondere presso l'opinione pubblica sia il progetto statunitense e le pratiche già individuate da *Choosing Wisely*, con le relative indicazioni pratiche mirate ai cittadini²³, 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 intende supportare 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 riduce²⁴: la scommessa che attraverso il coinvolgimento dei professionisti sia possibile anche in Italia migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi sanitari attraverso la riduzione di pratiche (esami diagnostici e trattamenti) che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi ai pazienti ai quali sono generalmente prescritte, ma possono, al contrario, esporli a rischi.

Attraverso il progetto, ci si può attendere di 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.

Sviluppo del progetto

Il progetto "FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO"²⁵ è stato lanciato da Slow Medicine nel dicembre 2012.

Nei giorni immediatamente successivi, Slow Medicine ed il suo progetto, citati nella relazione di Gianfranco Domenighetti al convegno di Bologna in ricordo di Alessandro Liberati, hanno ricevuto un positivo apprezzamento da parte di **Richard Smith**, progress editor del BMJ, presente al convegno²⁶.

Sono stati presi contatti con la dr.ssa **Christine K. Cassel**, presidente e CEO di ABIM (*American Board of Internal Medicine Foundation*), associazione medica USA che ha lanciato *Choosing Wisely*, la quale si è mostrata entusiasta dell'iniziativa italiana ed ha offerto la collaborazione sua e di ABIM.

Su consiglio di ABIM, sono state poi contattate le prime 9 società scientifiche USA che hanno individuato le 5 pratiche ad alto rischio di inappropriata, chiedendo loro l'autorizzazione alla traduzione e all'utilizzo delle pratiche. La maggior parte ha offerto attiva collaborazione e un possibile supporto operativo alle società scientifiche italiane.

La **Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, FMOMCeO**, ha ufficialmente aderito al progetto in data 20 febbraio 2013 ed ha concesso il proprio patrocinio all'iniziativa, indicando i suoi rappresentanti nella gestione del progetto.

Il direttivo di Slow Medicine, data l'importanza del progetto FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO, ha stabilito di costituire un **gruppo di regia** con il compito di affiancarlo nell'organizzazione e gestione del progetto stesso, in particolare riguardo alle modalità di individuazione delle 5 pratiche, nonché al successivo piano di comunicazione rivolto sia ai professionisti sia ai cittadini e al dialogo tra medico e paziente: il gruppo di regia ha iniziato la sua attività il 1° marzo 2013.

Il gruppo è formato da componenti di Slow Medicine, da professionisti che a vario titolo collaborano al progetto, dai rappresentanti delle associazioni e organizzazioni che promuovono il progetto e da rappresentanti dei cittadini.

Il progetto intende coinvolgere non solo i medici ma anche gli altri professionisti della salute, in una comune assunzione di responsabilità: caratteristica del progetto italiano è la visione sistemica, che privilegia la collaborazione e l'approccio multidisciplinare e multiprofessionale. E' inoltre prevista la partecipazione attiva dei cittadini e dei pazienti.

PartecipaSalute, promosso dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, dal Centro Cochrane Italiano e da Zadig srl, ha comunicato la propria partecipazione al progetto, in particolare attraverso i cittadini, rappresentanti di associazioni e membri laici di comitati etici, che hanno già preso parte ad un percorso di formazione e a gruppi di

lavoro.

La **Federazione IPASVI** (Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia) ha comunicato il 9 aprile 2013 la propria adesione al progetto e la nomina di propri rappresentanti.

Nel luglio 2013 ha aderito al progetto anche **Altroconsumo**, associazione di consumatori indipendente e senza fini di lucro, con 345.000 soci.

Sono state contattate varie **Società Scientifiche italiane e associazioni di professionisti**, iniziando da quelle che avevano già iniziato una collaborazione con Slow Medicine, e le adesioni sono state numerose, con successiva definizione di un alto numero di raccomandazioni italiane.

Descrizione del progetto a marzo 2018.

SLOW MEDICINE, rete di professionisti e di cittadini che si riconosce in una Medicina Sobria, Rispettosa e Giusta^{27 28}, ha lanciato in Italia a fine 2012, in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti, il **progetto "FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO - CHOOSING WISELY ITALY "**^{29 30}, che ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriately in Italia, per giungere a scelte informate e condivise³¹.

Il progetto si basa sull'assunzione di responsabilità dei medici e degli altri professionisti sanitari nelle scelte di cura e sulla partecipazione dei pazienti e dei cittadini, e viene attuato attraverso:

- le raccomandazioni di Società Scientifiche e Associazioni Professionali italiane su esami diagnostici, trattamenti e procedure che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi alla maggior parte dei pazienti ai quali sono prescritti, ma possono, al contrario, esporli a rischi;
- il miglioramento del dialogo e della relazione dei medici e degli altri professionisti con pazienti e cittadini, perché possano essere effettuate scelte informate e condivise nell'ambito di un rapporto di fiducia;
- una diffusa informazione e formazione dei medici e degli altri professionisti sanitari;
- la messa a punto di materiale informativo per cittadini e pazienti;
- un'ampia condivisione con cittadini, pazienti e loro rappresentanze.

Sono **Partner** del progetto: FNOMCeO, FNOPI, l'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Altroconsumo, Partecipasalute, la Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano, l'istituto Change di Torino, la società editoriale e giornalistica Zadig srl.

Sostiene il progetto anche il Sindacato Nazionale di Area Radiologica (SNR).

Infine, condividono simbolicamente il progetto come **Patrocinatori** Slow Food e il Comitato delle Regioni e Province autonome per la sicurezza delle cure.

Aderiscono al progetto, a marzo 2018, più di 40 società professionali di medici, infermieri, farmacisti e fisioterapisti, e sono state definite **44 liste di pratiche a rischio di inappropriately in Italia: in totale 220 raccomandazioni su esami, trattamenti e procedure**³².

Liste di Raccomandazioni definite nel 2014

1. Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica – ADI
2. Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO
3. Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica – AIRO
4. Collegio Italiano dei Primari Medici Oncologi Ospedalieri – CIPOMO

5. Cochrane Neurological Sciences Field – CNF (I lista, rivista nel 2015)
6. Società Italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica – SIAAIC
7. Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica – SIAIP
8. Società Italiana di Medicina Generale – SIMG
9. Società Italiana di Radiologia Medica – SIRM
10. Società scientifiche di IPASVI: AICO, AIOSS, AIUC, ANIMO

Liste di Raccomandazioni definite nel 2015

1. Associazione Culturale Pediatri – ACP
2. Associazione Italiana di Medicina Nucleare – AIMN
3. Associazione Medici Diabetologi – AMD
4. Associazione Medici Endocrinologi – AME
5. Associazione per un'assistenza appropriata in ostetricia e ginecologia - ANDRIA
6. Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere - ANMDO
7. Cochrane Neurological Sciences Field – CNF (II lista)
8. Collegio Italiano dei Primari di Chirurgia Vascolare
9. Coordinamento Medici Legali az. Sanitarie - COMLAS
10. Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti – FADOI (I lista)
11. Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti – FADOI (II lista)
12. Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa –GICR
13. Medici per l'Ambiente ISDE
14. Società Italiana di Biochimica Clinica e Biologia molecolare clinica – SIBioC
15. Società Italiana di Cure Palliative – SICP
16. Società Italiana di Farmacia Clinica e Terapia - SIFACT
17. Società Italiana di Genetica Umana – SIGU
18. Società Italiana di Nefrologia – SIN
19. Società Italiana di Pedagogia Medica - SIPeM

Liste di Raccomandazioni definite nel 2016

1. Collegio dei Reumatologi Italiani - CREI
2. Società Italiana di Nefrologia Pediatrica - SINePe
3. Società Italiana di Medicina di Laboratorio - SIPMeL - Endocrinologia e Malattie del Metabolismo
4. Associazione Italiana Fisioterapisti - AIFI
5. Associazione Infermieri di Urologia - AIURO
6. Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica - ANIARTI
7. Associazione Nazionale Infermieri di Medicina Ospedaliera - ANIMO
8. IPASVI Ambito Pediatrico

Liste di Raccomandazioni definite nel 2017

1. Associazione Italiana Gastroenterologi e Endoscopisti Ospedalieri – AIGO
2. Accademia per lo Studio della Malattia di Parkinson e i Disturbi del Movimento- Accademia LIMPE-DISMOV
3. Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità - SIAMS
4. Società Italiana per le Malattie Respiratorie Infantili- SIMRI
5. Società Italiana di Medicina di Laboratorio – SIPMeL (II lista)

6. Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale – SIPPS
7. Associazione Nazionale Infermieri Specialisti Rischio Infettivo - ANIPIO

Hanno aderito al progetto anche:

- Associazione Italiana Neurologi Ambulatoriali Territoriali - AINAT
- Federazione Italiana Medici Pediatri - FIMP
- Società Italiana di Chirurgia – SIC

È disponibile anche l'elenco delle raccomandazioni per tipologia³³.

Un documento redatto a fine 2017 chiarisce importanti aspetti di metodo delle raccomandazioni Choosing Wisely, e ne precisa le differenze rispetto alle linee-guida³⁴.

Inoltre è stato elaborato apposito materiale per pazienti e cittadini, tra cui 16 schede informative redatte da **Altroconsumo** e tratte dalle raccomandazioni elaborate dalle società scientifiche.

Le schede si possono reperire e stampare a partire sia dal sito di Altroconsumo³⁵ sia da quello di Choosing Wisely Italy³⁶.

La sfida è ora quella dell'implementazione delle raccomandazioni e della loro valutazione, che potranno attuarsi anche tramite la rete di Slow Medicine degli "Ospedali e Territori Slow"³⁷.

Il movimento Choosing Wisely internazionale

Dopo l'avvio di Choosing Wisely, lanciato negli Stati Uniti nel 2012, altri progetti analoghi sono stati intrapresi nel mondo.

Nel corso dell'International Roundtable on Choosing Wisely di Amsterdam l'11 e 12 giugno 2014, cui erano presenti rappresentanti di USA, Canada, Olanda, Italia, UK e Wales, Germania, Danimarca, Svizzera, Giappone, Australia e Nuova Zelanda, si è ufficialmente costituito il movimento **Choosing Wisely internazionale**³⁸, di cui il progetto italiano "FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO – CHOOSING WISELY ITALY" è parte integrante³⁹. Nell'incontro sono stati condivisi i principi fondamentali della campagna Choosing Wisely internazionale.

Successivi incontri si sono svolti annualmente a Londra (2015), Roma (2016), Amsterdam (2017).

Al movimento hanno finora aderito 21 Nazioni tra cui: Canada (che ne coordina l'organizzazione) Australia, Brasile, Galles, Germania, Giappone, Inghilterra, Israele, Italia, Nuova Zelanda, Olanda, Svizzera e Stati Uniti.

L'Italia è rappresentata da Slow Medicine che partecipa alle attività con il progetto "Fare di più non significa fare meglio – Choosing Wisely Italy".

Agli incontri partecipa anche un rappresentante dell'OECD allo scopo di mettere a punto un sistema di indicatori per la valutazione dell'impatto⁴⁰ delle campagne intraprese dai diversi Paesi.

Il movimento internazionale si configura come una rete di organizzazioni indipendenti, entro la quale si condividono esperienze, strategie, indicazioni metodologiche e materiale informativo, a supporto delle diverse campagne nazionali che si richiamano ai principi di Choosing Wisely.

A questo fine, pur nei diversi contesti culturali e sociali in cui si sviluppano, le campagne nazionali condividono esplicitamente i seguenti principali elementi:

- la campagna deve essere guidata dai clinici (non dai Governi, né da organizzazioni private). Ciò per assicurare e sostenere la fiducia di medici e pazienti;
- i messaggi chiave della campagna devono mettere al centro la qualità e la sicurezza delle cure, piuttosto che la riduzione dei costi;
- la campagna deve coinvolgere i pazienti, dato che la comunicazione tra professionisti e pazienti è centrale per Choosing Wisely. I pazienti e le associazioni che rappresentano i loro interessi devono impegnarsi nello sviluppo e nella implementazione della campagna;
- la campagna dovrebbe essere multi-professionale ed includere medici, infermieri, farmacisti e altri operatori sanitari;
- le raccomandazioni devono essere basate prove scientifiche e devono essere continuamente aggiornate per garantirne la credibilità;
- i percorsi utilizzati per definire le raccomandazioni devono essere trasparenti e gli eventuali conflitti di interesse preventivamente dichiarati.

Questi principi sono contenuti nel “kit di partenza per una campagna nazionale Choosing Wisely”, documento tradotto anche in italiano ⁴¹.

Un movimento di studenti e di medici in formazione

Choosing Wisely Canada, una delle più attive organizzazioni di Choosing Wisely International, ha lanciato nel 2015 **STARS (Students and Trainees Advocating for Resource Stewardship)**, per introdurre anche nella formazione medica i temi del sovrautilizzo di esami, trattamenti e procedure e della responsabilità nella gestione delle risorse, individuando referenti in ogni scuola medica del Paese.

Sono state definite una lista di pratiche a rischio di inappropriately da parte degli studenti “Six Things Medical Students and Trainees Should Question,” ⁴² ed una lista da parte dei medici in formazione “Five Things Medical Residents and Patients Should Question” ⁴³.

Movimenti analoghi, di studenti e giovani medici, si sono successivamente formati negli Stati Uniti, Giappone, Nuova Zelanda, Olanda⁴⁴.

Ultimo aggiornamento: Marzo 2018.

¹ <http://choosingwisely.org/>

² 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.

-
- ³ 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
- ⁴ Brody H. From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance. N Engl J Med 2012;366:1949-51
- ⁵ 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.
- ⁶ Brody H. Medicine's ethical responsibility for health care reform: the Top Five list. N Engl J Med. 2010;362(4):283-285
- ⁷ Grady D, Redberg RF. Less is more: how less health care can result in better health. Arch Intern Med. 2010;170(9):749-750.
- ⁸ Good Stewardship Working Group. The "top 5" lists in primary care: meeting the responsibility of professionalism. Arch Intern Med. 2011;171(15):1385-1390.
- ⁹ Kale MS, Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. "Top 5" lists top \$5 billion. Arch Intern Med. 2011;171(20):1856-1858.
- ¹⁰ Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. JAMA. 2012;307:1801-2.
- ¹¹ Rao VM, Levin DC. The Overuse of Diagnostic Imaging and the Choosing Wisely Initiative. Ann Intern Med 2012;157:574-577
- ¹² Domenighetti G, Venero S. Looking for waste and inappropriateness: if not now, when? Intern Emerg Med (2014) 9 (Suppl):S1–S7.
- ¹³ <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
- ¹⁴ Appropriateness: analysis of outpatient radiology requests. M. Cristofaro et al Radiol med (2011) 116:000–000 DOI 10.1007/s11547-011-0725-2
- ¹⁵ Merkely et al. Europace 2010
- ¹⁶ Caesarean sections per 100 live births, 1990-2009 (or nearest year) Fonte Health at a Glance 2011: OECD Indicators
- ¹⁷ Percentuale parti cesarei –Anno 2009 Fonte Ministero della Salute
- ¹⁸ Antibiotics consumption, 2000 and 2009 (or nearest year) Fonte Health at a Glance 2011: OECD Indicators
- ¹⁹ L'uso SSN di farmaci antibiotici nelle Regioni Italiane in DDD/1000 abitanti pro die (fonte AIFA)
- ²⁰ Zuppiroli A, Da "Spending Review" a "Choosing Wisely" Salute Internazionale.info 9 luglio 2012
<http://www.saluteinternazionale.info/2012/07/da-spending-review-a-choosing-wisely/>
- ²¹ Dirindin N, Langiano T. Scegliere con saggezza fa bene alla salute La Voce.info 11/12/2012
<http://www.lavoce.info/scegliere-con-saggezza-fa-bene-alla-salute/>
- ²² Spinsanti S, La qualità nei servizi sociali e sanitari: tra management ed etica, da: J.Ovretveit, La qualità nel servizio sanitario, EdISES Napoli 1996
- ²³ <http://consumerhealthchoices.org/campaigns/choosing-wisely/>
- ²⁴ 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

-
- ²⁵ <http://www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/>
- ²⁶ <http://blogs.bmj.com/bmj/2012/12/17/richard-smith-the-case-for-slow-medicine/>
- ²⁷ www.slowmedicine.it
- ²⁸ Bonaldi A, Vernero S. Slow Medicine: un nuovo paradigma in medicina. *Recenti Prog Med* 2015; 106: 85-91
- ²⁹ Vernero S. Slow Medicine e il progetto Fare di più non significa fare meglio. *Il radiologo* 2013;1:41-43
- ³⁰ Domenighetti G, Vernero S. Fare di più non significa fare meglio. *SaluteInternazionale.info* 8 maggio 2013
www.saluteinternazionale.info/2013/05/fare-di-piu-non-significa-fare-meglio/
- ³¹ Vernero S, Domenighetti G, Bonaldi A. Italy's "Doing more does not mean doing better" campaign. *BMJ* 2014;349:g4703
- ³² <http://www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/le-raccomandazioni>
- ³³ <http://www.choosingwiselyitaly.org/images/ITALIANO/Pdf/Il-progetto-FARE-DI-PI-NON-SIGNIFICA-FARE-MEGLIO---CHOOSING-WISELY-ITALY-raccomandazioni---marzo-2018.pdf>
- ³⁴ <http://www.choosingwiselyitaly.org/PDF/ITapro/ASPETTI%20DI%20METODO%20DELLE%20RACCOMANDAZIONI.pdf>
- ³⁵ <https://www.altroconsumo.it/salute/dal-medico/speciali/esami-inutili>
- ³⁶ www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/per-i-cittadini/22-le-schede-di-altroconsumo
- ³⁷ <http://www.slowmedicine.it/index.php/it/la-rete-di-slow-medicine/ospedali-e-territori-slow/18-ospedali-e-territori-slow>
- ³⁸ Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA; On behalf of the Choosing Wisely International Working Group. 'Choosing Wisely': a growing international campaign. *BMJ Qual Saf* 2015;24:167-174.
- ³⁹ Vernero S, Domenighetti G, Bonaldi A. Italy's "Doing more does not mean doing better" campaign. *BMJ* 2014;349:g4703
- ⁴⁰ Bhatia RS et al: Measuring the effect of Choosing Wisely: an integrated framework to assess campaign impact on low-value care *BMJ Qual Saf* 2015; 24: 523-531.
- ⁴¹ <http://www.choosingwiselyitaly.org/PDF/ITapro/CWI-StarterKit-ITA.pdf>
- ⁴² Six Things Medical Students and Trainees Should Question <https://choosingwiselycanada.org/medical-students/>
- ⁴³ Five Things Medical Residents and Patients Should Question <https://choosingwiselycanada.org/residents/>
- ⁴⁴ Karen B Born et al: Learning how to choose wisely <http://blogs.bmj.com/bmj/2017/12/18/karen-b-born-et-al-learning-how-to-choose-wisely/>