



Sobria Rispettosa Giusta

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

Antonio Bonaldi - Presidente di Slow medicine



Gruppo di lavoro Nazionale

PROGETTO SLOW MEDICINE DIABETOLOGIA MISURATA

Milano 10 marzo 2014

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.

The case for Slow medicine



Search BMJ blogs

BMJ  SUBSCRIBE NOW

Richard Smith: The case for slow medicine

17 Dec. 12 | by BMJ Group

BMJ Blogs

BMJ.com

Helping doctors make better decisions. Visit site



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



Too much medicine

- Il 51% di oltre 3.000 trattamenti di uso corrente non è di dimostrata efficacia. *Clinical Evidence Handbook- BMJ 2012*
- L'80% dei «nuovi» farmaci immessi sul mercato sono copie di quelli già in commercio; solo il 2,5% rappresenta un progresso terapeutico. *Prescrivere 2012*
- Il 50% delle angioplastiche eseguite su pazienti con angina stabile sono inappropriate. *JAMA 2011*
- Il 33% delle TAC non sono clinicamente giustificate e le irradiazioni provocano l'1,5-2% dei tumori. *NEJM 2007*
- Il 20-40% della spesa sanitaria è rappresentata da prestazioni senza benefici per i pazienti. *WHO 2010*



In nome della salute: ti dichiaro malato

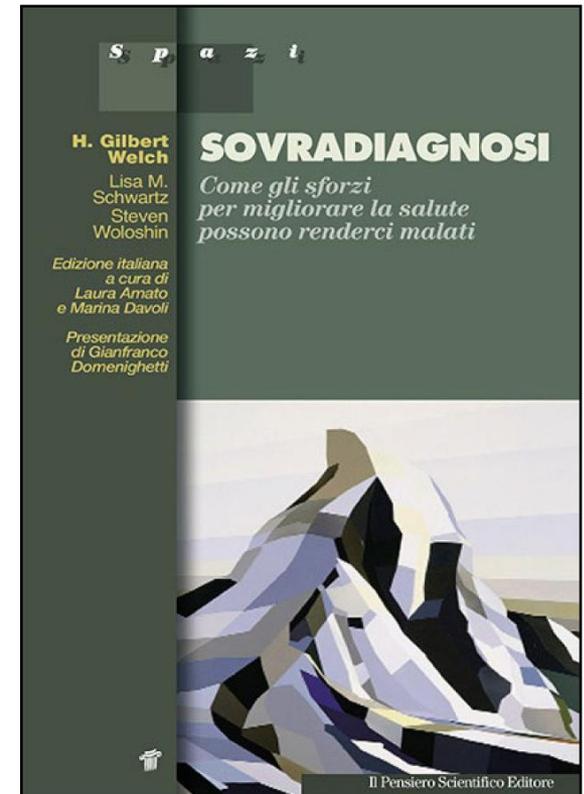
Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy

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

Vi sono prove consistenti che la medicina danneggia le persone sane, attraverso l'individuazione precoce di malattie e anomalie che sarebbero rimaste silenti, creando nuove patologie e abbassando le soglie di normalità di molti parametri biologici: pressione arteriosa, glicemia, colesterolemia, densità ossea,

I Check-up non riducono la mortalità, non prevengono alcuna malattia, non evitano ricoveri, disabilità o ansia. *Cochrane Database Syst Rev: BMJ 2012*



Perché fare di più può essere pericoloso?

- Sovradiagnosi: identificazione di patologie che sarebbero rimaste silenti
- Falsi negativi e falsi positivi che richiedono ulteriori test di approfondimento
- Rischio di eventi avversi
- Effetti collaterali dei farmaci
- Esposizione a radiazioni ionizzanti

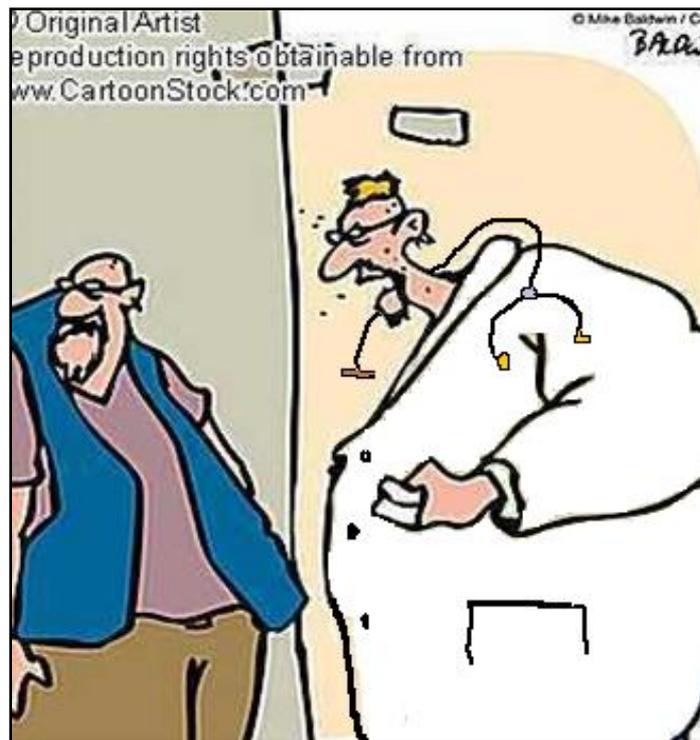


Chi vive in regioni ad alta intensità prescrittiva, sperimenta, per una stessa patologia, livelli di sopravvivenza peggiori di chi vive in regioni a bassa intensità.

Wennberg BMJ 2011

Perché si tende a fare di più?

- Nuove tecnologie consentono di rilevare "anomalie" sempre più piccole, di dubbio significato clinico.
- Si ritiene che scoprire una malattia prima che si manifesti sia sempre utile.
- Le soglie di normalità di molti parametri biologici sono riviste al ribasso.
- Atteggiamenti culturali spingono a fare più esami e più trattamenti.
- Provvedimenti legali puniscono il mancato trattamento ma tollerano l'eccesso di interventi.
- La corsa alla specializzazione porta alla frammentazione dei saperi e delle cure.



Insomma, prima insiste di non essere ammalato! Adesso non vuole neppure ammettere di essere un paziente!

“Fare di più non significa fare meglio”



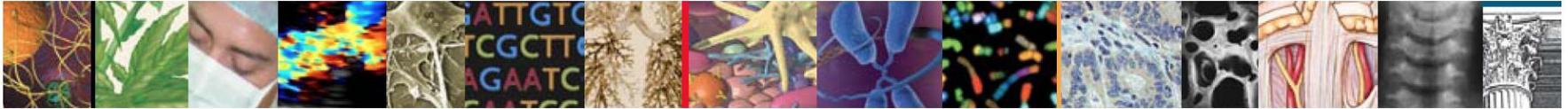
Sandra Venero



Per contrastare l'eccessivo utilizzo di esami diagnostici e di trattamenti che rischiano di essere più dannosi che utili, nel 2012, Slow medicine avvia il progetto "*Fare di più non significa fare meglio*".

Il progetto è analogo a quello lanciato da Choosing Wisely, negli USA.

Come nasce l'idea di Choosing Wisely - 2010



The **NEW ENGLAND JOURNAL** *of* **MEDICINE**

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

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



EDITORIAL

Less Is More

How Less Health Care Can Result in Better Health

Deborah Grady, MD, MPH
Rita F. Redberg, MD, MSc
Editor

Le prime “Top 5” lists - 2011

Nel 2011 un gruppo di lavoro composto da medici di famiglia, internisti e pediatri, pubblica una prima lista di 12 procedure la cui esecuzione non porta benefici alla salute dei pazienti ma li espone a potenziali rischi.

... indagini radiologiche per la lombalgia, densitometria ossea per donne di età inferiore a 65 anni, antibiotici per la sinusite, ECG o esami di laboratorio annuali.

L'adozione delle raccomandazioni potrebbe far risparmiare 5 miliardi di \$ all'anno.

SPECIAL ARTICLE

ONLINE FIRST | LESS IS MORE

The “Top 5” Lists in Primary Care

Meeting the Responsibility of Professionalism

The Good Stewardship Working Group

Arch Intern Med 2011



Parte il progetto Choosing Wisely - 2012



An initiative of the ABIM Foundation



Iniziativa promossa nel 2012 da ABIM Foundation (American Board of Internal Medicine) con la collaborazione di Consumer Reports.

Il progetto si propone di incoraggiare il dialogo con i pazienti allo scopo di discutere con loro benefici e rischi dei trattamenti proposti e aiutarli a decidere tenendo conto che fare di più non significa sempre fare meglio.



Evitare sprechi e danni: un imperativo etico

**Choosing
Wisely®**

An initiative of the ABIM Foundation

Le società scientifiche, in base alle migliori conoscenze disponibili, si impegnano a definire 5 procedure mediche, di uso corrente che espongono i pazienti a possibili effetti dannosi.



Il progetto intende soprattutto salvaguardare l'interesse dei pazienti e non semplicemente tagliare le prestazioni per contenere i costi, anche se l'individuazione delle "Top 5" consente di porre l'attenzione sulle più importanti cause di spreco in ambito sanitario.

Howard Brody - NEJM 2010

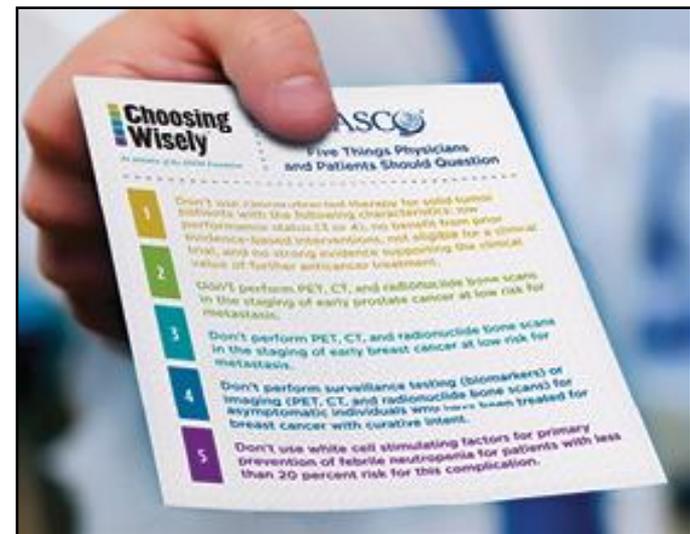
Come sono create le liste



An initiative of the ABIM Foundation

Ogni società scientifica definisce la propria lista, attenendosi ai seguenti criteri:

- Individuare una prima lista di procedure e raccogliere per ciascuna le migliori informazioni circa rischi, benefici e costi.
- Scegliere 5 procedure di comune impiego nella pratica clinica, sulla base di un processo esplicito e documentato.
- Programmare l'aggiornamento periodico delle procedure.



Chi ha aderito al progetto

Oltre 50 Società Scientifiche hanno già presentato le proprie liste, altre 30 le presenteranno nel corso del 2014.



- American Academy of Dermatology
- American Academy of Family Physicians
- American Academy of Hospice and Palliative Medicine
- American Academy of Neurology
- American Academy of Orthopaedic Surgeons
- American Academy of Pediatrics
- American College of Cardiology
- American College of Obstetricians and Gynecologists
- American College of Radiology
- American College of Surgeons
- American Geriatrics Society
- American Psychiatric Association
- American Society of Anaesthesiologists - Pain Medicine
- American Society of Hematology
- American Society of Nephrology
- American Urological Association
- Society of General Internal Medicine
- Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging
- The Society of Thoracic Surgeons

Associazioni di consumatori

- Alliance Health Networks
- Leapfrog Group
- Midwest Business Group on Health
- National Business Coalition on Health
- National Business Group on Health
- National Center for Farmworker Health
- National Hospice and Palliative Care Organization
- National Partnership for Women & Families
- Pacific Business Group on Health
- Union Plus
- Univision (with HolaDoctor)
- The Wikipedia Community

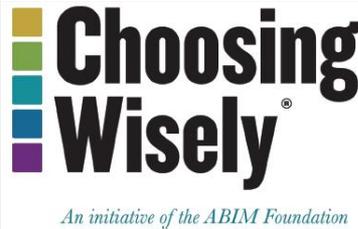
Oltre 220 procedure identificate



An initiative of the ABIM Foundation

- Elettrocardiogramma e altre indagini cardiologiche
- Pap-test
- Densitometria ossea
- Indagini radiografiche
- Esami preoperatori
- Antibiotici
- Antiinfiammatori
- Sedativi e oppiacei
- Cancro del colon
- Mal di schiena
- Mal di testa
- Allergie
- Insufficienza renale e dialisi





An initiative of the ABIM Foundation



Imaging tests for lower-back pain

When you need them—and when you don't

Back pain can be excruciating. So it seems that getting an X-ray, CT scan, or MRI to find the cause would be a good idea. But that's usually not the case, at least at first. Here's why.

They don't help you get better faster.
Most people with lower-back pain feel better in about a month whether they get an imaging test or not. In fact, those tests can lead to additional procedures that complicate recovery. For example, a study that looked at 1,800 people with back pain found that those who had imaging tests soon after reporting the problem fared no better and sometimes did worse than people who took simple steps like applying heat, staying active, and taking an OTC pain reliever. Another study found that back-pain sufferers who had an MRI in the first month were eight times more likely to have surgery, and had a five-fold increase in medical expenses—but didn't recover faster.

They can pose risks.
X-rays and CT scans expose you to radiation, which can increase cancer risk. One study projected 1,200 new cancers based on the 2.2 million CT scans of the lower back performed in



the U.S. in 2007. While back X-rays deliver less radiation, they're still 75 times stronger than a chest X-ray. That's especially worrisome to men and women of childbearing age, because X-rays and CT scans of the lower back can expose testicles and ovaries to radiation. And the tests often reveal spinal abnormalities that could be completely unrelated to the pain. For example, one study found that 90 percent of older people who reported no back pain still had spinal abnormalities that showed up on MRIs. Those findings can cause needless worry and lead to

Esempio di scheda

Choosing Wisely

An initiative of the ABIM Foundation

Society of General Internal Medicine



Five Things Physicians and Patients Should Question

1

Don't recommend daily home finger glucose testing in patients with Type 2 diabetes mellitus not using insulin.

Self-monitoring of blood glucose (SMBG) is an integral part of patient self-management in maintaining safe and target-driven glucose control in type 1 diabetes. However, there is no benefit to daily finger glucose testing in patients with type 2 diabetes mellitus who are not on insulin or medications associated with hypoglycemia, and there is negative economic impact and potential negative clinical impact of daily glucose testing. SMBG should be reserved for patients during the titration of their medication doses or during periods of changes in patients' diet and exercise routines.

2

Don't perform routine general health checks for asymptomatic adults.

Routine general health checks are office visits between a health professional and a patient exclusively for preventive counseling and screening tests. In contrast to office visits for acute illness, specific evidence-based preventive strategies, or chronic care management such as treatment of high blood pressure, regularly scheduled general health checks without a specific cause including the "health maintenance" annual visit, have not shown to be effective in reducing morbidity, mortality or hospitalization, while creating a potential for harm from unnecessary testing.

3

Don't perform routine pre-operative testing before low-risk surgical procedures.

Pre-operative assessment is expected before all surgical procedures. This assessment includes an appropriately directed and sufficiently comprehensive history and physical examination, and, in some cases, properly includes laboratory and other testing to help direct management and assess surgical risk. However, pre-operative testing for low-risk surgical procedures (such as cataract extraction) results in unnecessary delays and adds to significant avoidable costs and should be eliminated.

4

Don't recommend cancer screening in adults with life expectancy of less than 10 years.

Screening for cancer can be lifesaving in otherwise healthy at-risk patients. While screening tests lead to a mortality benefit, which emerges years after the test is performed, they expose patients to immediate potential harms. Patients with life expectancies of less than 10 years are unlikely to live long enough to derive the distant benefit from screening. However, these patients are in fact more likely to experience the harms since patients with limited life expectancy are more likely to be frail and more susceptible to complications of testing and treatments. Therefore the balance of potential benefits and harms does not favor recommending cancer screening in patients with life expectancies of less than 10 years.

5

Don't place, or leave in place, peripherally inserted central catheters for patient or provider convenience.

Peripherally inserted central catheters (or "PICCs") are commonly used devices in contemporary medical practice that are associated with two costly and potentially lethal health care-acquired complications: central-line associated bloodstream infection (CLABSI) and venous thromboembolism (VTE). Given the clinical and economic consequences of these complications, placement of PICCs should be limited to acceptable indications (long-term intravenous antibiotics, total parenteral nutrition, chemotherapy and frequent blood draws). PICCs should be promptly removed when acceptable indications for their use ends.

How This List Was Created

An ad hoc committee of the Society of General Internal Medicine (SGIM) was impaneled, taking advantage of the clinical expertise of members from the existing Clinical Practice and the Evidence-Based Medicine Committees within the Society. Members of the ad hoc committee were then solicited to determine possible topics for consideration. The topics chosen were selected to meet the goals of the *Choosing Wisely*® campaign, utilizing the unique clinical perspective of members of the Society in ambulatory General Medicine as well as hospital-based practice. The final topics were selected by a vote of committee members based on the strength of the existing evidence, the unique standing members of the Society have in addressing the clinical topics selected, as well as contributions the recommendations would make in terms of patient safety, quality and economic impact. The final recommendations were approved by the governing Council of SGIM.

For SGIM's disclosure and conflict of interest policy, please visit www.sgim.org.

Sources

- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*. 2013;36 Suppl1:S11-66.
- Karter AJ, Parker MM, Moffet HH, Spence MM, Chan J, Ettner SL, Selby JV. Longitudinal study of new and prevalent use of self-monitoring of blood glucose. *Diabetes Care*. 2006;29:1757-63.
- Harris MI. Frequency of blood glucose monitoring in relation to glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2001;24:979-82.
- Maianda UL, Weischen LMC, Riphagen IJ, Dekker JM, Nijpels G, Bot SDM. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;11:88.
- O'Kane MJ, Bunting B, Copeland M, Coates VE. ESMON study group. Efficacy of self-monitoring of blood glucose in patients with newly diagnosed type 2 diabetes (ESMON study): randomised controlled trial. *BMJ*. 2008;336:1714-7.
- Peel E, Douglas M, Lawton J. Self-monitoring of blood glucose in type2 diabetes: longitudinal qualitative study of patients' perspectives. *BMJ*. 2007;335:493-8.
- Cameroon C, Coyle D, Ur E, Klarenback S. Cost-effectiveness of self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus managed without insulin. *CMAJ*. 2010;182(1):28-34.
- Krogsboll LT, Jørgensen KJ, Gronthøj Larsen C, Gotzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012;345:e7191.
- Boulware LE, Marinopoulos S, Phillips KA, Hwang CW, Mayor K, Merenstein D, Wilson RF, Barnes GJ, Bass EB, Powe NR, Dautin GL. Systematic review: the value of the periodic health evaluation. *Ann Intern Med*. 2007;Feb 20;146(4):289-300.
- United States Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989.
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination. *CMAJ*. 1979;121(9):1153-254.
- Key L, Lindsley K, Telsch J, Katz J, Schein O. Routine preoperative medical testing for cataract surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Mar 14;3:CD007293.
- Croski Murray C, Jones ML, McCabe C, Claxton K, Oluboyede Y, Roberts J, Nicholl JP, Rees A, Reilly CS, Young D, Fleming J. What is the value of routinely testing full blood count, electrolytes and urea, and pulmonary function tests before elective surgery in patients with no apparent clinical indication and in subgroups of patients with common comorbidities: a systematic review of the clinical and cost-effective literature. *Health Technol Assess*. 2012 Dec;16(50):1-159.
- Fritsch G, Flamm M, Heppner DL, Panisch S, Seer J, Soennichsen A. Abnormal pre-operative tests, pathological findings of medical history, and their predictive value for perioperative complications. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2012;56(3):339-50.
- Benaroch-Gampel J, Sheffield KM, Duncan CB, Brown KM, Han Y, Townsend CM Jr, Riall TS. Preoperative laboratory testing in patients undergoing elective, low-risk ambulatory surgery. *Ann Surg*. 2012 Sep;256(3):198-28.
- Van Veen JJ, Spahn DR, Makris M. Routine preoperative coagulation tests: an outdated practice? *Br J Anaesth*. 2011;106:1-3.
- Chung F, Yuan H, Yin L, Vairavanathan S, Wong DT. Elimination of preoperative testing in ambulatory surgery. *Anesth Analg*. 2009 Feb;108(2):467-75.
- Apfelbaum JL, Connis RT and the Committee on Standards and Practice Parameters. Practice advisory for preanesthesia evaluation: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology*. 2012 Mar;116:522-38.
- Lee SJ, Boscardin WJ, Stajic-Ceazer I, Conell-Price J, O'Brien S, Walter LC. Time lag to benefit after screening for breast and colorectal cancer: meta-analysis of survival data from the United States, Sweden, United Kingdom, and Denmark. *BMJ*. 2012 Jan 8;345:e8441.
- Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2012 Jul 17;157(12):120-34.
- Schröder FS, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nielsen V, Kwaikowski M, Lujan M, Lija H, Zappa M, Dennis LJ, Recker F, Piaz A, Mäkitäinen L, Bangma CH, Aus G, Carlsson S, Villers A, Reibaldt X, van der Kwast T, Kujala PM, Björnberg BG, Stenman HJ, Huber A, Taan K, Hakama M, Moss SM, de Koning HJ, Aawien A, ERSPC Investigators. Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up. *N Eng J Med*. 2012 Mar 15;366(1):981-90.
- Whitlock EP, Lin JS, Liles E, Bell TL, Fu R. Screening for colon cancer: a targeted updated systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2008 Nov 4;149(9):638-58.
- Walter LC and Covinsky KE. Cancer screening in elderly patients: a framework for individualized decision making. *JAMA*. 2001 Jun 6;285(21):2750-6.
- Chopra V, Anand S, Krein SL, Chenoweth C, Saint S. Bloodstream infection, venous thrombosis, and peripherally inserted central catheters: reappraising the evidence. *Am J Med*. 2012;125(8):733-74.
- Chopra V, Anand S, Hickner A, Buzi M, Rogers MA, Saint S, Flanders SA. Risk of venous thromboembolism associated with peripherally inserted central catheters: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2013 May 17; pii: S0140-6736(13)6592-9. ePub ahead of print.
- Saidfar N, Maki DG. Risk of catheter-related bloodstream infection with peripherally inserted central venous catheters used in hospitalized patients. *Chest*. 2005;128(2):489-95.
- Tejedor SC, Tong D, Stein J, Payne C, Dresler D, Xue W, Steinberg JP. Temporary central venous catheter utilization patterns in a large tertiary care center: tracking the "idle central venous catheter". *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2012 Jan;33(1):50-57.

About the ABIM Foundation

The mission of the ABIM Foundation is to advance medical professionalism to improve the health care system. We achieve this by collaborating with physicians and physician leaders, medical trainees, health care delivery systems, payers, policymakers, consumer organizations and patients to foster a shared understanding of professionalism and how they can adopt the tenets of professionalism in practice.

To learn more about the ABIM Foundation, visit www.abimfoundation.org.



About the Society of General Internal Medicine

- The membership of the Society of General Internal Medicine (SGIM) consists of academic general internal medicine faculty practicing, teaching and conducting research in outpatient settings as well as in our nation's teaching hospitals. As leading teachers of the next generation of physicians, we are committed to moving the practice of medicine to a more evidence-based approach. We are deeply committed to using science to improve our knowledge-base so that our patients can receive the best treatments, the optimal prevention care and the highest quality of life. We believe that the *Choosing Wisely* campaign mirrors these same commitments to the evidence-based practice of medicine for the benefit of our patients.
- To learn more about the SGIM, visit www.sgim.org.



For more information or to see other lists of Five Things Physicians and Patients Should Question, visit www.choosingwisely.org.

These items are provided solely for informational purposes and are not intended as a substitute for consultation with a medical professional. Patients with any specific questions about the items on this list or their individual situation should consult their physician.



Procedure selezionate nell'ambito del diabete

Choosing Wisely®

Society of General Internal Medicine



Don't recommend daily home finger glucose testing in patients with Type 2 diabetes mellitus not using insulin.

The Endocrine Society and American Association of Clinical Endocrinologists



Avoid routine multiple daily self-glucose monitoring in adults with stable type 2 diabetes on agents that do not cause hypoglycemia.

AMDA – Dedicated to Long Term Care Medicine™



Don't use sliding scale insulin (SSI) for long-term diabetes management for individuals residing in the nursing home.

American Geriatrics Society



Avoid using medications to achieve hemoglobin A1c <7.5% in most adults age 65 and older; moderate control is generally better.



Il progetto di Slow medicine



Il progetto *“Fare di più non significa fare meglio”* nasce nel dicembre 2012 allo scopo di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure.

Chi lo sostiene



Cosa prevede

- Individuazione da parte delle Società Scientifiche di 5 pratiche a rischio di inappropriatelyzza di cui parlare con i pazienti;
- partecipazione di pazienti e cittadini alle scelte;
- momenti di formazione dei professionisti, centrati sulla relazione medico-paziente;
- consapevolezza che per tutelare la salute non sia sempre meglio fare di più.

Il metodo di lavoro



Ogni società scientifica o associazione che aderisce al progetto individua, tramite specifico gruppo di lavoro, una lista di cinque test diagnostici o trattamenti, che:

- sono effettuati comunemente in Italia;
- non apportano benefici significativi ai pazienti ai quali vengono prescritti;
- possono esporre i pazienti al rischio di subire effetti dannosi.

Le procedure saranno oggetto di aperto dialogo tra medico e paziente per favorire l'adozione di scelte informate e consapevoli.

Fasi del percorso

1. Costituzione di specifico gruppo di lavoro.
2. Individuazione di 10-15 pratiche tra cui scegliere le 5 che meglio soddisfano alcuni criteri di valutazione

Esame Diagnostico/trattamento	Bassa/nulla efficacia	Rischio di danni	Livello di evidenza	Diffusione in Italia	Comprensibilità	Note

3. Preparazione della scheda riassuntiva delle prime 5 pratiche a rischio d'inappropriatezza:
 - descrizione di ogni pratica in non più di 3 righe, iniziando con: “Non prescrivere”, “Non eseguire”
 - sintesi (4-5 righe) delle conoscenze scientifiche relative ai benefici e ai rischi associati ad ogni pratica;
 - sintesi della metodologia attraverso cui si è giunti alla individuazione delle cinque pratiche;
 - riferimenti bibliografici più rilevanti;
 - presentazione della Società scientifica/Associazione.
4. Definizione di un piano di informazione/formazione per i propri associati
5. Coinvolgimento attivo di pazienti e cittadini
6. Valutazione dell'impatto delle raccomandazioni sul comportamento prescrittivo

Le Società che aderiscono al progetto

<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. Società scientifiche di IPASVI: AICO, AIOSS, AIUC, ANIMO 	Pratiche definite
<ol style="list-style-type: none"> 1. Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO 2. Società Italiana di Medicina Generale - SIMG 3. Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica - ADI 	Pratiche definite in fase di ultima revisione
<ol style="list-style-type: none"> 1. Associazione Italiana di Neuroradiologia - AINR 2. Associazione Italiana di Psicogeriatria - AIP 3. Associazione Medici Diabetologi - AMD 	Pratiche in fase di definizione
<ol style="list-style-type: none"> 1. Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani - ADOI 2. Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti - FADOI 3. ANDRIA - Associazione per la promozione di un'assistenza appropriata in ostetricia e ginecologia 4. Società Italiana di Genetica Umana - SIGU 5. Società Italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica - SIAAIC 6. Associazione Italiana di Medicina Nucleare - AIMN 7. Collegio Italiano dei Primari di Chirurgia Vascolare 	Adesione al progetto
<ol style="list-style-type: none"> 1. Società Italiana di Cure Palliative - SICP 2. Società Italiana di Medicina di Laboratorio - SIMeL 3. Associazione Microbiologi Clinici Italiani - AMCLI 4. Associazione Italiana di Patologia Clinica e Medicina Molecolare - AIPaCMeM 5. Società Italiana di Anatomia Patologica e citopatologia diagnostica - SIAPEC 6. Società Italiana di Biochimica Clinica e biologia molecolare clinica - SIBioC 	In fase di adesione



Cinque pratiche a rischio di inappropriatelyzza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

- 1 Non eseguire la 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 la Risonanza Magnetica (RM) del ginocchio in caso di dolore acuto da trauma o di dolore cronico.
- 3 Non eseguire la 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.



Cinque pratiche a rischio di inappropriatazza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

- 1 Non prescrivere antibiotici allo scopo di prevenire le complicanze infettive da neutropenia, in pazienti neoplastici trattati con chemioterapia a dosi standard.
- 2 Non prescrivere marker 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.

Esempio di scheda



Fare di più non significa fare meglio

Le cinque pratiche a rischio di inappropriatelyzza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Società Italiana di Radiologia Medica (SIRM)

1	<p>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).</p> <p>L'esame viene prescritto abitualmente al primo mal di schiena o sciatalgia, spesso in assenza di un trattamento conservativo fisico e medico.</p> <p>Se non sono presenti gravi sintomi di tipo neurologico o sistemico, la RM lombosacrale in caso di lombalgia e sciatalgia sia acuta sia cronica non è indicata di routine ma deve essere presa in considerazione solo in caso di sintomi resistenti a terapia fisica e medica per almeno 6 settimane. In caso di negatività non deve essere ripetuta prima di 24 mesi.</p> <p>In assenza di segni/sintomi di allarme per lesione o compressione midollare (semafori rossi o red flags) rilevati dalla storia clinica e/o dall'esame obiettivo, l'utilizzo di RM e di altre tecniche di diagnostica per immagini almeno nelle prime 6 settimane non modifica l'approccio terapeutico, ma può portare alla scoperta di reperti incidentali, a ulteriori esami e a interventi chirurgici non necessari, espone a radiazioni ionizzanti e rappresenta un costo elevato per la collettività.</p>
2	<p>Non eseguire di routine Risonanza Magnetica (RM) del ginocchio in caso di dolore acuto da trauma o di dolore cronico.</p> <p>L'esame è comunemente prescritto anche prima di una visita ortopedica che formuli un quesito clinico e ad ogni età, anche se dall'esame non deriva una decisione terapeutica.</p> <p>La maggior parte delle patologie può essere diagnosticata dalla storia clinica e/o dall'esame obiettivo ed eventualmente da una radiografia tradizionale e risponderà al trattamento conservativo fisico e medico. In assenza di segni clinici di allarme l'utilizzo di routine di RM del ginocchio, nelle prime 4-6 settimane nel dolore acuto da trauma o nei primi mesi nel dolore cronico, non modifica l'approccio terapeutico, ma può portare alla scoperta di reperti incidentali, a ulteriori esami e a interventi chirurgici non necessari e rappresenta un costo elevato per la collettività. La sua effettuazione può essere considerata solo quando volta a orientare la scelta tra efficaci alternative terapeutiche, ritenute ragionevoli in base ai dati clinici.</p>
3	<p>Non eseguire Risonanza Magnetica (RM) dell'encefalo per cefalea non traumatica in assenza di segni clinici di allarme.</p> <p>Si abusa abitualmente della RM dell'encefalo facendone uso alla prima manifestazione di cefalea non traumatica; inoltre viene di rado indicato un sospetto clinico che permetta di decidere sulla corretta conduzione dell'esame, che ha modalità molto diverse a seconda del quesito da dirimere.</p> <p>L'esecuzione di RM dell'encefalo (senza mezzo di contrasto - mdc e con mdc) in pazienti con cefalea senza specifici fattori di rischio per malattie strutturali non ha probabilità di modificare la gestione o migliorare gli esiti clinici; i pazienti con una probabilità significativa di malattia strutturale che richiedono immediata attenzione sono individuati dalla storia clinica e/o dall'esame obiettivo. La scoperta di reperti incidentali a seguito di RM può indurre a ulteriori esami e trattamenti aggiuntivi e dispendiosi che non migliorano il benessere del paziente.</p>
4	<p>Non eseguire radiografie del torace preoperatorie in assenza di sintomi e segni clinici che facciano sospettare patologie capaci di influire sull'esito dell'intervento.</p> <p>Eseguire di routine radiografie del torace preoperatorie non è raccomandato senza motivi specifici suggeriti dalla storia clinica e/o dall'esame obiettivo. In assenza di sintomi cardiopulmonari, la radiografia del torace preoperatoria raramente apporta cambiamenti significativi nella gestione clinica o miglioramento degli esiti clinici dei pazienti mentre espone a radiazioni ionizzanti e alla scoperta di reperti incidentali.</p> <p>Richiedere una radiografia del torace è ragionevole se si sospetta una malattia acuta cardiopulmonare o in presenza di una storia di malattia cronica cardiopulmonare stabile in un paziente di età superiore ai 70 anni.</p>
5	<p>Non eseguire di routine radiografia del cranio nel trauma cranico lieve.</p> <p>Il trauma cranico minore o lieve è definito come un trauma cranico senza o con una storia di perdita di coscienza, amnesia o disorientamento, giunto all'osservazione con un Glasgow Coma Score - GCS di 14 o 15 (sono esclusi i pazienti con deficit neurologici focali, sospetto di frattura affondata o segni clinici di frattura della base cranica).</p> <p>La Radiografia del cranio può identificare fratture che sono associate a un aumentato rischio di sanguinamento intracranico, ma non identifica il sanguinamento intracranico. Pertanto non è indicata di routine nel trauma cranico lieve, mentre la Tomografia Computerizzata (TC) è considerata l'esame di riferimento per l'individuazione di lesioni di immediata importanza clinica. L'effettuazione inappropriata di radiografia cranica nel trauma cranico può ritardare l'effettuazione di TC e di altri esami urgenti ed espone inutilmente a radiazioni ionizzanti. Nonostante la dimostrata scarsa utilità le richieste di radiografia del cranio continuano a pervenire numerose.</p> <p>Un punteggio GCS di 15 (paziente pienamente cosciente) e assenza di fattori di rischio e di sintomatologia tranne dolore nel punto di impatto controndricano peraltro anche la effettuazione immediata di TC.</p>

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al medico curante.



Come si è giunti alla creazione della lista

In occasione del Consiglio Direttivo dell'8 luglio 2013 sono state rese ufficiali da parte della Società Italiana di Radiologia Medica (SIRM), 5 pratiche ad alto rischio d'inappropriatezza identificate secondo le indicazioni di Slow Medicine nell'ambito del progetto "Fare di più non significa fare meglio".

È stata effettuata una revisione della letteratura basandosi sulle pratiche di uso comune nella clinica che non determinano nella maggior parte dei casi una decisione clinica. Le pratiche selezionate sono state scelte in base alla scarsa efficacia, al rischio di danni da esposizione inappropriata a radiazioni ionizzanti, al rischio di sovra diagnosi e sovra trattamento e all'alta diffusione in Italia; sono inoltre per lo più caratterizzate da alti costi. L'identificazione delle procedure ha tenuto conto dei criteri di appropriatezza dell'ACR <http://www.acr.org/Quality-Safety/Appropriateness-Criteria> e dell'Accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento relativo alle "Linee guida per la diagnostica per immagini".

Ancorché, ai sensi della legge 187/2000, la giustificazione di queste prestazioni, sia di competenza dello specialista medico radiologo assieme al prescrivente, la giurisprudenza e la pratica quotidiana rendono difficile respingere con costanza queste richieste in assenza di un'opportuna sensibilizzazione dei medici prescriventi e della popolazione.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hendee WR, Becker GJ, Borgstede JP et al (2010) Addressing overutilization in medical imaging. <i>Radiology</i> 257:240-245. 2. Siström CL. The appropriateness of imaging: a comprehensive conceptual framework. <i>Radiology</i> 2009;251(3):637-649. 3. Oikarinen H, et al. Survey of inappropriate use of magnetic resonance imaging. <i>Insights Imaging</i>. 2013 Oct;4(5):729-33. 4. Chou R, Loeser JD, Owens DK, et al. American Pain Society Low Back Pain Guideline Panel Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. <i>Spine</i> 2009;34:1066-1077. 5. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR. The RAND/UCLA Appropriateness Method: Users Manual. 2001. 6. Pompan D.C. Appropriate use of MRI for evaluating common musculoskeletal conditions <i>Am Fam Physicians</i> 2011;83 (8): 883-884.
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hendee WR, Becker GJ, Borgstede JP et al (2010) Addressing overutilization in medical imaging. <i>Radiology</i> 257:240-245. 2. Siström CL. The appropriateness of imaging: a comprehensive conceptual framework. <i>Radiology</i> 2009;251(3):637-649. 3. Oikarinen H, et al. Survey of inappropriate use of magnetic resonance imaging. <i>Insights Imaging</i>. 2013 Oct;4(5):729-33. 4. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR. The RAND/UCLA Appropriateness Method: Users Manual. 2001. 5. Pompan D.C. Appropriate use of MRI for evaluating common musculoskeletal conditions <i>Am Fam Physicians</i> 2011;83 (8): 883-884.
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hendee WR, Becker GJ, Borgstede JP et al (2010) Addressing overutilization in medical imaging. <i>Radiology</i> 257:240-245. 2. Siström CL. The appropriateness of imaging: a comprehensive conceptual framework. <i>Radiology</i> 2009;251(3):637-649. 3. Oikarinen H, et al. Survey of inappropriate use of magnetic resonance imaging. <i>Insights Imaging</i>. 2013 Oct;4(5):729-33. 4. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR. The RAND/UCLA Appropriateness Method: Users Manual. 2001.
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hendee WR, Becker GJ, Borgstede JP et al (2010) Addressing overutilization in medical imaging. <i>Radiology</i> 257:240-245. 2. Siström CL. The appropriateness of imaging: a comprehensive conceptual framework. <i>Radiology</i> 2009;251(3):637-649. 3. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR. The RAND/UCLA Appropriateness Method: Users Manual. 2001. 4. AnnBouillot JL, Paquet JC, Hay JM, Coggia M. Is preoperative systematic chest x-ray useful in general surgery? A multicenter prospective study of 3959 patients. <i>ACAPEM. Association des Chirurgiens de l'Assistance Publique pour les Evaluations Médicales, Ann Fr Anesth Reanim.</i> 992;11(1):88-95. 5. Hong BW, Mazeh H, Chen H, Sippel RS. Routine chest X-ray prior to thyroid surgery: is it always necessary? <i>World J Surg.</i> 2012 Nov;36(11):2584-9.
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hendee WR, Becker GJ, Borgstede JP et al (2010) Addressing overutilization in medical imaging. <i>Radiology</i> 257:240-245. 2. Siström CL. The appropriateness of imaging: a comprehensive conceptual framework. <i>Radiology</i> 2009;251(3):637-649. 3. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR. The RAND/UCLA Appropriateness Method: Users Manual. 2001. 4. Fabbri A, Servadei F, Marchesini G et al. Clinical performance of NICE recommendations versus NCFWNS proposal in patients with mild head injury J <i>Neurotrauma</i>. 2005 Dec ;22(12):1419-27. 5. Stell IG, Clement CM, Rowe BH et al. Comparison of the Canadian CT Head Rule and the New Orleans Criteria in patients with minor head injury. <i>JAMA.</i> 2005 Sep 28;294(12):1511-8. 6. Pandor A, Goodacre S, Harman S. Diagnostic management strategies for adults and children with minor head injury: a systematic review and an economic evaluation. <i>Health Technol Assess.</i> 2011 Aug;15(27):1-202.

Slow Medicine, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto "Fare di più non significa fare meglio", in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Società Scientifiche e Associazioni professionali sono state invitate a individuare una lista di 5 esami diagnostici o trattamenti, di uso corrente nella pratica clinica, che secondo le conoscenze scientifiche disponibili non apportano benefici significativi ai pazienti ma possono, al contrario, esporli a rischi. Promuovono il progetto anche: FNOM-CeO, IPASVI, SIQuAS-VRQ, Istituto Change di Torino, PartecipaSalute, Inversa Onlus, Altroconsumo e Slow Food Italia. Per ulteriori dettagli: www.slowmedicine.it

La **Società Italiana di Radiologia Medica, SIRM**, fondata nel 1913, conta oltre 9000 soci. Il presidente dura in carica due anni e i consiglieri (dodici) quarterly. L'organizzazione, presente in tutta Italia, è divisa in 18 Gruppi Regionali e 20 Sezioni di Studio (per es. Senologia, Radiologia Toracica, Radiologia Muscoloscheletrica, Urgenza, Etica, Risonanza Magnetica, ecc). Organo ufficiale: La Radiologia Medica, rivista scientifica in lingua inglese, con IF 1.461. Altre riviste: Il radiologo, e dal prossimo anno: Il Giornale di Radiologia. Il Congresso Nazionale si svolge ogni due anni e vede la partecipazione di circa 4500 iscritti.

Il sito www.sirm.org può fornire ulteriori dettagli.

Date importanti del progetto

Dicembre 2012	Lancio del progetto da parte di Slow Medicine
1° marzo 2013	Inizio lavori del Gruppo di regia
16 maggio 2013	Prima riunione del Gruppo di regia presso la FNOMCeO - Roma
28 maggio 2013	Incontro con cittadini di PartecipaSalute presso IRCCS - M. Negri - Milano
11 luglio 2013	Incontro con Società scientifiche presso IRCCS - M. Negri - Milano
30 novembre 2013	Presentazione delle i prime pratiche, al Congresso nazionale di Slow Medicine - Torino
12 febbraio 2014	2° incontro con Società scientifiche (nuove adesioni) - Milano
4 Marzo 2014	Incontro con il Comitato tecnico di coordinamento delle Regioni per la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure - Roma