



Oggetto: Adesione alla rete degli "Ospedali e Territori Slow" e al progetto "Fare di più non significa fare meglio".
Il Commissario Straordinario

Dott. Giorgio Sorrentino

Coadiuvato dal

Direttore Amministrativo Dott. Vincenzo Serra

Direttore Sanitario Dott. Oliviero Rinaldi

su proposta del Servizio Affari Generali

- Premesso** che nonostante sia universalmente riconosciuto che la medicina debba basarsi su prove scientifiche di efficacia, da tempo è stato evidenziato che molti esami diagnostici e molti trattamenti farmacologici e chirurgici, largamente diffusi nella pratica medica, non apportano benefici per i pazienti, anzi rischiano di essere dannosi;
- Considerato** che l'OMS stima che dal 20 al 40% della spesa sanitaria sia dovuta ad un uso inefficiente delle risorse (WHO 2010) e tale valutazione appare molto verosimile anche per l'Italia, con un evidente sovra utilizzo delle risorse;
- Preso Atto**
- che nel dicembre 2012, in analogia all'iniziativa "Choosing Wisely" proposta dalla Fondazione ABIM (American Board of Internal Medicine Foundation) con la collaborazione di un'organizzazione indipendente di consumatori, la Consumer Reports, l'associazione Slow Medicine, costituita da una rete di professionisti e cittadini ha proposto e conduce in Italia il progetto "FARE DI PIU' NON SIGNIFICA FARE MEGLIO", al fine di promuovere un utilizzo appropriato e limitativo degli sprechi delle risorse disponibili a garanzia di cure più sobrie, rispettose e giuste;
 - che lo scopo del suddetto progetto è 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;
- Vista** la nota prot. n. 4115 del 26/11/2015 con la quale la RAS annuncia la sottoscrizione di una intesa con "Slow Medicine", per l'applicazione del progetto "FARE DI PIU' NON SIGNIFICA FARE MEGLIO", la quale invita a porre in essere le iniziative necessarie per aderire alla rete degli "Ospedali e Territori Slow" ed al suddetto progetto;
- Preso atto** che gli obbiettivi enunciati nella succitata nota, sono l'individuazione delle pratiche a rischio di inappropriatazza al proprio interno, diffusione del progetto e delle pratiche a tutti i professionisti, la formazione degli operatori in particolare su EBM e l'interpretazione dei risultati delle ricerche cliniche, su abilità di comunicazione e di relazione con i pazienti, diffusione delle informazioni ai cittadini, implementazione del progetto e valutazione dell'impatto con metodiche qualitative e quantitative;
- Ritenuto** opportuno e utile, in particolare per L'A.O.U. che, coniugando le funzioni di assistenza, didattica e ricerca, può ed intende essere parte attiva per perseguire gli obbiettivi del progetto anche nella fase formativa, aderire fattivamente al citato progetto «Fare di più non significa fare meglio» ed alla rete degli «Ospedali e Territori Slow»;
- Preso Atto** che la finalità del progetto è quella di migliorare la qualità e sicurezza delle cure perseguendo la riduzione delle pratiche che saranno individuate a rischio d'inappropriatazza;
- Ritenuto** di dover costituire un gruppo di lavoro per lo sviluppo del progetto in ambito aziendale che avrà il compito di mantenere i contatti con il Coordinatore della rete, come segue:
- Direzione Medica dei Presidi: Dott. Giuseppe Ortu, Dott.ssa Monica Pedron;
 - Direttore Servizio Farmacia: Dott. Vanda Lai;
 - Controllo di Gestione: Dott. Luigi Minerba, Dott.ssa Simona Cuneo, Sig.ra Rina Flore;



DELIBERA

- 1) di aderire alla rete Nazionale degli « Ospedali e Territori Slow» ed al progetto «Fare di più non significa fare meglio»;
- 2) di dare atto che i referenti individuati per il progetto sono:
 - Direzione Medica dei Presidi: Dott. Giuseppe Ortu, Dott.ssa Monica Pedron;
 - Direttore Servizio Farmacia: Dott. Vanda Lai;
 - Controllo di Gestione: Dott. Luigi Minerba, Dott.ssa Simona Cuneo, Sig.ra Rina Flore;
- 3) di dare atto che l'adesione di cui sopra non comporta ulteriori costi a carico di quest'Azienda;
- 4) di trasmettere il presente atto al Coordinatore della rete Nazionale degli « Ospedali e Territori Slow», all'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ed ai componenti del succitato gruppo di lavoro.

Il Direttore Sanitario
Dott. Oliviero Rinaldi

Il Commissario Straordinario
Dott. Giorgio Sorrentino

Il Direttore Amministrativo
Dott. Vincenzo Serra

Il Direttore amministrativo

certifica che la deliberazione è stata pubblicata all'Albo pretorio on line dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari a partire dal 14 GIU. 2016, restando in pubblicazione per 15 giorni consecutivi ed è stata posta a disposizione per la consultazione.

Servizio proponente:
Servizio Affari Generali
Vincenzo Siciliano



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Ufficio di Gabinetto

Prot. 1185/CIAB

Cagliari 18.03.2016

Ai Commissari straordinari delle Aziende sanitarie

A seguito della nota del 26.11.2015 e con riferimento alla richiesta di adesione alla rete degli "Ospedali e Territori Slow" vi invito a individuare almeno tre pratiche ad alto rischio di inappropriata in ogni Struttura ospedaliera, in ogni Distretto, attraverso un procedimento di condivisione e riflessione collettiva.

Una metodologia possibile, già utilizzata dall'Azienda Ospedaliera Santa Croce di Cuneo di cui avete ricevuto in allegato alla succitata nota il progetto, consiste nella:

- costituzione di un gruppo di lavoro che comprenda un dirigente per ogni struttura complessa, e per ogni distretto un referente dei MMG, PLS e specialisti ambulatoriali.
- convocazione di riunioni collegiali in presenza dei Direttori della Struttura Complessa, dei Direttori di Distretto, durante le quali il progetto sia condiviso e si individuino le tre pratiche ad alto rischio di inappropriata, utilizzando come base del lavoro sia le prassi individuate dalle società scientifiche di riferimento, sia quelle dell'esperienza di Cuneo.

La prima fase del progetto dovrà essere conclusa entro la fine di giugno c.a. e i risultati delle attività svolte nei primi mesi, saranno valutati sui seguenti indicatori:

- n° delle U.O./Distretti coinvolti sul totale delle U.O./Distretti con i relativi servizi presenti;
- n° di riunioni svolte;
- lista delle pratiche ad alto rischio di inappropriata scelte;
- elenco degli indicatori capaci di misurarne l'efficacia clinico-organizzativa.

Certo della vostra collaborazione al progetto, vi chiedo di indicare i referenti individuati entro il 31.3.2016 e i successivi aggiornamenti sulle attività intraprese.

Cordiali saluti.

L'Assessore
Luigi Benedetto



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Pa. 17719
26/11/15

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Ufficio di Gabinetto

Prot.

Cagliari

Regione Autonoma della Sardegna
Uff. Gab. Igiene, Sanità e Assistenza Sociale
Prot. Uscita del 26/11/2015
nr. 0004115
Classifica XV.2.1
12-00-00



**Ai Commissari straordinari delle Aziende
Sanitarie**

**Ai Direttori sanitari delle Aziende
Sanitarie**

Gentilissimi,

condividendo i principi ispiratori e le iniziative dell'Associazione slow medicine a sostegno di un'idea di cura sobria, rispettosa e giusta basata sulla sostenibilità, sull'equità, sull'attenzione alla persona e all'ambiente, abbiamo sottoscritto un'intesa per l'applicazione del progetto denominato "Fare di più non significa fare meglio".

Al fine di dare concreta attuazione all'accordo vi invito a porre in essere le iniziative necessarie per aderire alla rete degli "Ospedali e Territori Slow" ed al progetto "Fare di più non significa fare meglio".

In particolare, gli obiettivi che devono essere perseguiti dalle Aziende sanitarie sono:

1. individuazione delle pratiche a rischio d'inappropriatezza al proprio interno, con il diretto coinvolgimento dei professionisti ai quali viene chiesto di individuare gli esami e/o le procedure e/o i trattamenti abitualmente prescritti senza che vi sia una reale indicazione clinica (prassi consolidata, meccanismo difensivo, screening). Si può partire dalle pratiche definite dalla Società scientifiche tenendo presente che devono essere pratiche utilizzate in loco;
2. diffusione del progetto e delle pratiche a rischio d'inappropriatezza ai medici e agli altri professionisti dell'organizzazione sanitaria nonché a quelli di altre organizzazioni limitrofe (ad esempio organizzazioni territoriali in caso di ospedali);
3. formazione dei medici e degli altri professionisti sanitari, in particolare su EBM, interpretazione dei risultati delle ricerche cliniche, e abilità di comunicazione e di relazione con i pazienti;
4. messa a punto di materiale informativo per i professionisti e per i pazienti/cittadini;



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

5. diffusione del progetto e delle pratiche ai pazienti/cittadini;
6. formazione di pazienti e cittadini;
7. implementazione delle pratiche individuate all'interno delle organizzazioni sanitarie e all'esterno nei confronti dei pazienti e dei cittadini;
8. valutazione dell'impatto del progetto all'interno delle organizzazioni sanitarie con metodiche quantitative e qualitative.

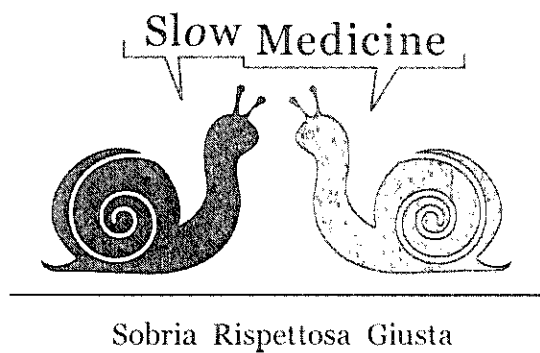
Con riferimento all'adesione alla rete degli "Ospedali e Territori Slow" è necessario che:

1. venga predisposta una delibera o almeno una lettera di adesione, nella quale l'Azienda confermi ufficialmente l'adesione al progetto. Copia della delibera o della lettera, con i nomi dei referenti con cui mantenere i contatti, dovrà essere mandata al dott. Marco Bobbio Coordinatore della rete;
2. venga informato il Coordinatore di ogni nuova iniziativa inerente al progetto (nuovi sviluppi, aggiornamenti, convegni, risultati) che verranno periodicamente condivisi all'interno della rete;

In allegato alla presente, trovate il progetto "Fare di più non significa fare meglio" ed il report "Le tre pratiche ad alto rischio di inappropriatelyzza nell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo".

Confidando nello spirito di collaborazione che da sempre contraddistingue il nostro rapporto, colgo l'occasione per inviarvi i miei cordiali saluti.

L'Assessore
Luigi Benedetto Anzuino



Il progetto

“FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO”

NELLE ORGANIZZAZIONI OSPEDALIERE E SANITARIE LOCALI

Maggio 2015

SINTESI

Slow Medicine, rete di professionisti e di cittadini che si riconosce in una Medicina Sobria, Rispettosa e Giusta (www.slowmedicine.it), ha lanciato e conduce in Italia il progetto **“FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO”**, entrato nella rete del Choosing Wisely internazionale.

Promuovono il progetto anche FNOM-CeO, IPASVI, ASI, SIQuAS-VRQ, SNR, l'Istituto Change di Torino, PartecipaSalute, Inversa Onlus, Altroconsumo, la Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano e Slow Food Italia.

Le società scientifiche italiane sono state invitate a individuare esami diagnostici e trattamenti che spesso non sono efficaci e anzi rischiano di provocare danni, di cui devono interrogarsi e parlare tra loro i medici, gli altri professionisti, i pazienti e i cittadini. Sono state definite (ad aprile 2015) 22 liste di pratiche a rischio di inappropriata in Italia, per un totale di 110 pratiche.

Dopo le prime applicazioni in ospedali, come quello di **Cuneo** e di **Locarno**, e l'avvio della sperimentazione territoriale **“Scegliamo con cura”** in Piemonte, in collaborazione con la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), sta crescendo il numero di organizzazioni ospedaliere e sanitarie locali interessate ad applicare i principi di Slow Medicine e del progetto **“Fare di più non significa fare meglio”**.

Il progetto **“Fare di più non significa fare meglio”** viene pertanto esteso **alle organizzazioni ospedaliere e sanitarie locali**, con lo scopo di rendere più sobrie, rispettose e giuste le cure praticate nelle organizzazioni stesse, agendo sull'appropriatezza clinica e sulla relazione tra professionisti e pazienti/cittadini.

Il progetto prevede la collaborazione tra Slow Medicine e i soggetti istituzionali regionali e/o aziendali e si basa principalmente sul coinvolgimento e sull'assunzione di responsabilità dei medici e degli altri professionisti che operano nelle organizzazioni, nonché sull'informazione e la partecipazione attiva dei cittadini e dei pazienti.

Da parte **di ogni organizzazione sanitaria partecipante** al progetto sono previsti i seguenti obiettivi:

1. individuazione delle pratiche a rischio d'inappropriatezza al proprio interno, con il diretto coinvolgimento dei professionisti ai quali viene chiesto di

individuare gli esami e/o le procedure e/o i trattamenti abitualmente prescritti senza che vi sia una reale indicazione clinica (prassi consolidata, meccanismo difensivo, screening). Si può partire dalle pratiche definite dalla Società scientifica tenendo presente che devono essere pratiche utilizzate in loco.

2. Diffusione del progetto e delle pratiche a rischio d'inappropriatezza ai medici e agli altri professionisti dell'organizzazione sanitaria nonché a quelli di altre organizzazioni limitrofe (ad esempio organizzazioni territoriali in caso di ospedali).
3. Formazione dei medici e degli altri professionisti sanitari, in particolare su EBM, interpretazione dei risultati delle ricerche cliniche, e abilità di comunicazione e di relazione con i pazienti;
4. Messa a punto di materiale informativo per i professionisti e per i pazienti/cittadini;
5. Diffusione del progetto e delle pratiche ai pazienti/cittadini;
6. Formazione di pazienti e cittadini;
7. Implementazione delle pratiche individuate all'interno delle organizzazioni sanitarie e all'esterno nei confronti dei pazienti e dei cittadini.
8. Valutazione dell'impatto del progetto all'interno delle organizzazioni sanitarie con metodiche quantitative e qualitative.

E' prevista la costituzione di una **rete tra le organizzazioni sanitarie partecipanti**, per supportarle e per attivare un confronto interno anche sulla base di indicatori condivisi.

DISEGNO DEL PROGETTO

RAZIONALE

Nonostante sia universalmente riconosciuto che le prestazioni sanitarie debbano basarsi sulle migliori conoscenze scientifiche disponibili (EBM)^{1 2}, da tempo è stato evidenziato che molti esami diagnostici e molti trattamenti farmacologici e chirurgici largamente diffusi nella pratica medica non sono di dimostrata efficacia e rischiano di essere più dannosi che utili.

La "Carta della Professionalità Medica per il nuovo millennio"³ approvata nel 2002 dalla Fondazione ABIM (American Board of Internal Medicine Foundation), dalla Fondazione ACP (American College of Physicians) e dalla Federazione Europea di Medicina Interna, richiama i medici ad assumere la responsabilità dell'allocazione appropriata delle risorse sospendendo, in primo luogo la prescrizione di test e procedure sanitarie superflue. Di fatto, fornire prestazioni non necessarie non solo espone i pazienti a rischi inutili ma riduce le risorse disponibili per gli altri.

Nel 2010 Howard Brody⁴ propone ad ogni società scientifica specialistica di creare la "Top Five List", una lista di cinque test diagnostici o trattamenti sanitari prescritti comunemente nell'ambito della disciplina di riferimento, che siano costosi e che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, esponano i pazienti a possibili rischi, senza assicurare loro benefici significativi.

La fondazione ABIM, con la collaborazione di Consumer Reports, organizzazione non profit e indipendente di consumatori, aderisce alla proposta di Howard Brody e, nel 2012, promuove l'iniziativa **Choosing Wisely**⁵⁶, invitando le società scientifiche ad individuare una lista di 5 test o trattamenti sanitari comunemente utilizzati nella propria specialità, il cui impiego debba essere discusso tra clinici e pazienti.

Nove società scientifiche USA pubblicano le loro liste nell'aprile 2012, seguite da altre diciotto nel febbraio 2013 e da molte altre nei mesi successivi. Ad aprile 2015 le società scientifiche partecipanti sono 67 e 400 i test e i trattamenti sanitari individuati in totale, sui quali medici e pazienti dovrebbero interrogarsi⁷. Secondo l'iniziativa Choosing Wisely questi test e trattamenti a rischio d'inappropriatezza devono essere oggetto di aperto dialogo tra medico e paziente, per facilitare scelte informate e condivise.

Negli USA si valuta che l'ammontare delle prestazioni inefficaci e/o non appropriate rappresenti almeno il 30% della spesa sanitaria^{8 9 10}.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che dal 20 al 40% della spesa sanitaria sia dovuta ad un uso inefficiente delle risorse (WHO 2010) e tale valore appare molto verosimile anche per l'Italia. In molti settori si riscontra un evidente sovrautilizzo di risorse, che emerge anche dal confronto dell'Italia con gli altri Paesi sviluppati dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE)¹¹.

LO SVILUPPO DEL PROGETTO “FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO” con le società scientifiche e associazioni professionali

In analogia all’iniziativa Choosing Wisely, Slow Medicine^{12 13}, nel dicembre 2012, lancia in Italia il progetto “FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO”¹⁴, nella convinzione che, come è avvenuto negli Stati Uniti, la spinta all’utilizzo appropriato e senza sprechi delle risorse disponibili debba partire dalla diretta assunzione di responsabilità da parte dei professionisti della salute e in primo luogo dei medici, in alleanza con pazienti e cittadini.

Dopo il lancio da parte di Slow Medicine, si sono associati nella **promozione del progetto** anche: FNOM-CeO, IPASVI, ASI, SIQuAS-VRQ, SNR, Istituto Change, PartecipaSalute, Altroconsumo, Inversa Onlus, Federazione per il Sociale e la Sanità di Bolzano e Slow Food Italia.

Il progetto prevede l’attiva partecipazione di Società Scientifiche e Associazioni professionali che, a partire dalle pratiche già individuate nell’iniziativa Choosing Wisely, sono invitate a definire una lista di cinque esami diagnostici o trattamenti a rischio d’inappropriatezza, della cui utilità professionisti e pazienti dovrebbero interrogarsi e parlarne, al fine di giungere a decisioni sagge e condivise.

Si tratta di pratiche:

- effettuate comunemente in Italia;
- che non apportano benefici significativi ai pazienti ai quali vengono generalmente prescritte;
- che possono esporre i pazienti al rischio di subire effetti dannosi.

Tra i criteri di scelta delle pratiche non è stato volutamente incluso quello del costo, perché il progetto non fosse considerato come un modo per risparmiare e per giungere al “razionamento” delle risorse. Non si tratta, quindi, di un progetto per ridurre i costi della sanità, benché potrebbe servire a ridurre gli sprechi e a recuperare preziose risorse da reinvestire in modo certamente più utile per i pazienti.

La definizione delle pratiche rappresenta solo il primo passo del progetto. Sono previste, infatti, altre attività quali l’informazione e la formazione dei medici e degli altri professionisti sanitari, iniziative atte a migliorare il dialogo e la relazione tra medici e pazienti e un’ampia diffusione delle pratiche a cittadini, pazienti e loro rappresentanze, anche attraverso la messa a punto di specifico materiale informativo.

Al progetto hanno aderito fin dall’inizio molte società scientifiche italiane e le liste di esami e trattamenti a rischio d’inappropriatezza definite sono state pubblicate nel sito di Slow Medicine, a partire da marzo 2014 (www.slowmedicine.it/pratiche.html).

Liste di Pratiche definite e pubblicate 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. CochraneNeurological 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 Pratiche definite e pubblicate nel 2015 (situazione aprile 2015)

11. Associazione Culturale Pediatri – ACP
12. Associazione Italiana di Medicina Nucleare – AIMN
13. Associazione Medici Diabetologi – AMD
14. Associazione Medici Endocrinologi – AME
15. Associazione per un'assistenza appropriata in ostetricia e ginecologia - ANDRIA
16. CochraneNeurological Field – CNF (II lista)
17. Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti – FADOI (I lista)
18. Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti – FADOI (II lista)
19. ISDE Medici per l'Ambiente
20. Società Italiana di Cure Palliative – SICP
21. Società Italiana di Genetica Umana – SIGU
22. Società Italiana di Pedagogia Medica - SIPeM

Hanno inoltre aderito al progetto e stanno elaborando loro liste le seguenti **Società Scientifiche e Associazioni** (situazione aprile 2015):

1. Associazione Italiana di Neuroradiologia – AINR
2. Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani – ADOI
3. Collegio Italiano dei Primari di Chirurgia Vascolare
4. Federazione Italiana Medici Pediatri – FIMP
5. Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere – ANMDO
6. Società Italiana di Medicina di Laboratorio - SIMeL
7. Coordinamento Medici Legali az. Sanitarie - COMLAS
8. Società Italiana di Nefrologia – SIN
9. Associazione Italiana Fisioterapisti – AIFI
10. Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa –GICR
11. Odontoiatria Privata Italiana – OPI
12. Associazione Italiana Neurologi Ambulatoriali Territoriali – AINAT
13. SIBIOC Medicina di laboratorio
14. Altre Società scientifiche di IPASVI tra cui ANIARTI e AISLEC

La costituzione del movimento Choosing Wisely internazionale

Nel frattempo hanno preso il via altri progetti analoghi a Choosing Wisely USA in vari paesi, a cominciare dal Canada.

Nel corso dell'International Roundtable on Choosing Wisely di Amsterdam l'11 e 12 giugno 2014⁴⁵, 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**

internazionale¹⁶, di cui il progetto italiano “FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO” è parte integrante¹⁷. Nell'incontro sono stati condivisi i principi fondamentali della campagna Choosing Wisely Internazionale:

- la campagna parte dai medici ed è bottom-up;
- viene attribuita massima importanza alla relazione con il paziente (skills e tempo) per arrivare a decisioni “sagge” e condivise;
- le raccomandazioni sono basate sulle prove di efficacia (EBM);
- l'approccio è di squadra e multiprofessionale;
- il processo messo in atto per sviluppare le raccomandazioni è trasparente.

Primo obiettivo della campagna è un cambiamento culturale sia dei professionisti sia di pazienti e cittadini per ridurre i danni derivanti ai pazienti da pratiche inappropriate.

Nel corso dell'incontro sono state individuate le **10 principali pratiche** a rischio di inappropriatezza risultanti dalla condivisione internazionale.

Il movimento internazionale si è configurato come una rete, a supporto dei vari progetti nazionali, nella quale i componenti possano imparare l'uno dall'altro e mettere in comune le proprie esperienze.

Il prossimo incontro si svolgerà a Londra il 28 e 29 maggio 2015.

IL PROGETTO “FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO” NELLE ORGANIZZAZIONI OSPEDALIERE E SANITARIE LOCALI

Anche molti **ospedali** si stanno interrogando sulla diffusa prescrizione di esami e trattamenti a rischio d'inappropriatezza nella loro pratica corrente, a cominciare da quelli di **Cuneo** e di **Locarno in Svizzera**, che hanno già elaborato liste di pratiche relative alle loro specifiche realtà.

E' inoltre stata avviata, in Piemonte, una sperimentazione territoriale sulle pratiche a rischio di inappropriatezza denominata: “*Scegliamo con cura*”, coinvolgendo sia i medici di Medicina Generale sia i cittadini.

Il progetto nell'ospedale di Cuneo

Da settembre 2013 è stato avviato nell'**Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo** il progetto aziendale “*Fare di più non significa fare meglio*”, che prevedeva l'individuazione di tre pratiche a rischio d'inappropriatezza in ogni struttura complessa dell'ospedale, attraverso un procedimento condiviso di riflessione collettiva. Il progetto è stato condotto principalmente da un gruppo di lavoro composto da un giovane dirigente per ogni Struttura Complessa. I primi risultati sono stati presentati il 29 novembre 2013 durante un convegno Aziendale a cui hanno partecipato i responsabili nazionali di Slow Medicine e del progetto “Fare di più non significa fare meglio”. Complessivamente 33 Strutture Complesse hanno individuato le tre pratiche a rischio d'inappropriatezza per un totale di 96 pratiche, di cui 63 test diagnostici e 33 trattamenti^{18 19}

Punti di forza del progetto sono stati:

- l'avvio e la guida del progetto da parte di due primari con il supporto convinto della Direzione Generale,
- il coinvolgimento dei giovani medici che hanno partecipato con entusiasmo,
- l'azione di contagio indotta dalla pubblicazione delle pratiche da parte di alcune strutture complesse che ha accelerato il processo di valutazione da parte delle altre.

Il principale punto di debolezza del progetto è rappresentato dal fatto che non è sempre stato possibile adottare strumenti di valutazione del suo impatto, dato che, avendo lasciate libere le strutture complesse di individuare le pratiche, alcuni obiettivi non erano valutabili in modo quantitativo²⁰.

“Scegliamo con cura”

La Regione Piemonte ha dato il patrocinio e il sostegno organizzativo alla **prima sperimentazione del progetto**, denominato **“Scegliamo con cura”**. La sperimentazione è stata avviata a inizio 2015 a Torino e destinata ad estendersi ad altre realtà locali del Piemonte, in collaborazione con la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG). Dopo l'individuazione delle pratiche a rischio d'inappropriatezza in medicina generale ad opera del gruppo di lavoro dei medici della SIMG, provincia di Torino, la sperimentazione prevede:

- uno specifico intervento formativo rivolto ai medici di medicina generale di due distretti di due diverse ASL (TO2 e TO3), coordinato dall'istituto Change e rivolto all'acquisizione di competenze di comunicazione e di counselling; competenze essenziali per evitare che l'obiettivo dell'appropriatezza prescrittiva produca una contrapposizione sterile fra il medico che propone scelte sagge e i pazienti, convinti che fare di più significhi sempre fare meglio e che le proposte “sagge” del medico rispondano a obiettivi di risparmio e non di maggior salute;
- la progettazione e realizzazione, in collaborazione tra medici e cittadini, di materiali informativi per i cittadini che facilitino la comprensione e la condivisione di atteggiamenti di “scelta saggia” riguardo ai farmaci e agli interventi di diagnosi e cura;
- la valutazione con metodiche qualitative e quantitative dell'impatto dell'iniziativa secondo le modalità previste dal progetto.

Negli ultimi mesi, il numero di organizzazioni ospedaliere e sanitarie locali interessate ad applicare i principi di Slow Medicine e del progetto “Fare di più non significa fare meglio” è andato aumentando (Reggio Emilia, Padova, Arezzo, Messina, Torino, Cosenza, Firenze...).

Si svolgerà nei giorni 8 e 9 ottobre 2015 a Cuneo un primo workshop di ospedali slow che consentirà di mettere a confronto le esperienze svolte in differenti contesti e di progettare futuri sviluppi.

Si sta inoltre profilando l'interesse al progetto da parte di intere **Regioni**, come la Regione Sardegna e la Regione Sicilia. Appare pertanto opportuno definire i criteri di applicazione del progetto all'interno delle singole organizzazioni e le linee di funzionamento della rete tra le diverse organizzazioni che partecipano al progetto.

1. FINALITÀ

Lo scopo del progetto è quello di rendere più sobrie, rispettose e giuste le cure praticate nelle organizzazioni ospedaliere e sanitarie locali, agendo sull'appropriatezza clinica e la relazione tra professionisti e pazienti/cittadini.

In particolare, il progetto si propone di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure attraverso la riduzione di pratiche sanitarie (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. Questi esami e trattamenti devono essere oggetto di aperto dialogo tra professionisti e pazienti, tale da accogliere i valori e le preferenze del paziente e rendere possibili scelte informate e condivise.

Attraverso il progetto, tramite la riduzione degli sprechi, ci si può attendere un uso più appropriato e più equo delle risorse disponibili e una maggiore sostenibilità economica e ambientale delle organizzazioni sanitarie.

Il progetto prevede la collaborazione tra Slow Medicine e i soggetti istituzionali regionali e/o aziendali e si basa principalmente sul coinvolgimento e sull'assunzione di responsabilità dei medici e degli altri professionisti che operano nelle organizzazioni sanitarie, nonché sull'informazione e la partecipazione attiva dei cittadini e dei pazienti.

La rete tra le diverse organizzazioni ospedaliere e sanitarie locali che partecipano al progetto potrà fornire occasioni di supporto e confronto alle singole organizzazioni.

2. OBIETTIVI

Per raggiungere le finalità sopra ricordatesi possono definire i seguenti obiettivi operativi.

A. Da parte di ogni organizzazione ospedaliera e sanitaria locale che aderisce al progetto:

1. individuazione delle pratiche a rischio d'inappropriatezza al proprio interno, con il diretto coinvolgimento dei professionisti ai quali viene chiesto di individuare gli esami e/o le procedure e/o i trattamenti abitualmente prescritti senza che vi sia una reale indicazione clinica (prassi consolidata, meccanismo difensivo, screening) tra quelli che:

- sono effettuati comunemente all'interno dell'organizzazione;
- non apportano benefici significativi ai pazienti ai quali vengono generalmente prescritte;
- possono esporre i pazienti al rischio di subire effetti dannosi.

Orientativamente, per l'individuazione delle pratiche si può partire da quelle definite dalla Società Scientifiche(www.slowmedicine.it/pratiche.html), tenendo presente che devono essere pratiche utilizzate in loco.

2. Diffusione del progetto e delle pratiche a rischio d'inappropriatezza, ai medici e agli altri professionisti dell'organizzazione sanitaria nonché a quelli di altre organizzazioni limitrofe (in particolare organizzazioni territoriali in caso di ospedali).

3. Formazione dei medici e degli altri professionisti sanitari finalizzata ad un cambiamento profondo degli atteggiamenti nei confronti del lavoro di cura, che permetta di coglierne la complessità, la variabilità, gli aspetti non apparenti. L'intervento sarà basato:

- sulla medicina delle prove di efficacia (EBM) e in particolare sul sovrautilizzo di esami e trattamenti e sui benefici e i rischi delle pratiche individuate;
 - sull'interpretazione dei risultati delle ricerche cliniche;
 - sugli aspetti etici e deontologici legati alle scelte di cura;
 - sulla conoscenza di sé e dei propri pregiudizi, certezze, atteggiamenti mentali nei confronti della cura e della persona malata, e della propria visione della realtà in generale;
 - sulle Medical Humanities e la medicina narrativa²¹;
 - sulle abilità di comunicazione e di relazione con i pazienti e con le persone a loro vicine finalizzate al raggiungimento di decisioni condivise, in particolare per ciò che riguarda le pratiche individuate come inappropriate, e alla condivisione da parte di tutti i professionisti di una sempre maggiore attenzione alla qualità della comunicazione, che riduca le conflittualità improduttive, favorisca il superamento della medicina difensiva, migliori la qualità complessiva della relazione di cura²².
4. Utilizzo del materiale informativo per pazienti e cittadini relativo al progetto "Fare di più non significa fare meglio" e alle pratiche individuate, e progettazione di nuovo materiale.
 5. Diffusione del progetto e delle pratiche individuate ai pazienti e cittadini, loro sensibilizzazione nei confronti del sovrautilizzo di test e trattamenti ad alto rischio d'inappropriatezza e diffusione della cultura che in sanità, nell'interesse del paziente, a volte è meglio fare meno, e che non sempre il medico che prescrive più esami e prestazioni è il medico più competente. Sensibilizzazione di pazienti e cittadini a corrette abitudini di vita.
 6. Formazione di pazienti e cittadini attraverso iniziative che, come quelle già attuate nell'ambito di PartecipaSalute, permettono ai pazienti e ai cittadini di acquisire competenze nel settore della salute, chiamandoli in particolare ad una consapevole responsabilità nelle scelte di salute e nelle abitudini di vita e a rivedere le aspettative spesso "mitiche" sulle possibilità della medicina. Verranno inoltre forniti loro strumenti e competenze per migliorare il dialogo e la relazione con il medico e gli altri professionisti sanitari, al fine di assumere un ruolo più attivo.²³
 7. Implementazione delle pratiche individuate all'interno delle organizzazioni sanitarie e all'esterno nei confronti dei pazienti e dei cittadini.
 8. Valutazione dell'impatto del progetto con metodiche qualitative e quantitative, in particolare riguardo all'utilizzo di esami diagnostici e trattamenti a rischio d'inappropriatezza.

B. Nell'ambito della rete tra le diverse organizzazioni ospedaliere e sanitarie locali:

- Adesione al progetto da parte delle organizzazioni ospedaliere e sanitarie locali e costituzione della rete;
- Supporto alle iniziative delle singole organizzazioni ospedaliere e sanitarie locali, messa in comune del materiale prodotto e possibile organizzazione di iniziative comuni nei confronti dei professionisti, dei pazienti e dei cittadini;
- Confronto tra le organizzazioni ospedaliere e sanitarie locali, anche sulla base di indicatori di processo e di esito condivisi; possibile confronto anche con organizzazioni sanitarie del movimento Choosing Wisely internazionale;
- Riconoscimento delle best practices;

- Valutazione dei risultati e individuazione dei possibili “fattori” organizzativi e gestionali che possono influenzare positivamente la nascita di un contesto favorevole allo sviluppo di cure coerenti con i principi di sobrietà, rispetto e giustizia.

3. METODOLOGIA

Il progetto verrà implementato tramite specifico accordo tra Slow Medicine e i soggetti istituzionali regionali e/o aziendali e si avvarrà del supporto di:

- Associazioni/Organizzazioni che promuovono il progetto “Fare di più non significa fare meglio”;
- Gruppo di Regia del progetto “Fare di più non significa fare meglio”;
- Società Scientifiche e Associazioni che aderiscono al progetto “Fare di più non significa fare meglio”, anche tramite l’individuazione di referenti locali.

Hanno inoltre parte attiva nel progetto:

- i medici e gli altri professionisti della salute delle organizzazioni ospedaliere e sanitarie locali interessate;
- i pazienti e cittadini “informati e formati”;
- i pazienti e i cittadini in generale.

Fasi del progetto

1. Adesione delle organizzazioni ospedaliere e sanitarie locali e costituzione della rete;
2. individuazione delle pratiche a rischio d’inappropriatezza all’interno delle organizzazioni ospedaliere e sanitarie locali;
3. Diffusione e condivisione del progetto e delle pratiche all’interno delle organizzazioni ospedaliere e sanitarie locali (momenti di informazione, momenti di discussione rivolti ai professionisti);
4. Formazione dei professionisti;
5. Messa a punto di materiale informativo e diffusione del progetto e delle pratiche ai pazienti/cittadini;
6. Formazione di pazienti e cittadini;
7. Implementazione delle pratiche individuate all’interno delle organizzazioni sanitarie;
8. Valutazione dell’impatto del progetto all’interno delle organizzazioni sanitarie con metodiche quantitative e qualitative;
9. Confronto tra le organizzazioni sanitarie della rete.

Bibliografia

¹Sackett DL, Straus SE. Evidence-based Medicine. How to Practice and Teach EBM . 1997 Churchill Livingstone

²Liberati A. La medicina delle prove di efficacia. 1997 Il Pensiero Scientifico Editore – Roma

³American 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.

-
- ⁴Brody H. Medicine's ethical responsibility for health care reform: the Top Five list. *N Engl J Med*. 2010;362(4):283-285
- ⁵Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA*. 2012;307:1801-2.
- ⁶<http://www.choosingwisely.org/>
- ⁷<http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/>
- ⁸Fisher ES, Bynum JP, Skinner JS. Slowing the growth of health care costs — lessons from regional variation. *N Engl J Med* 2009;360:849-52.
- ⁹Berwick DM, Hackbarth A. Eliminating waste in US health care [published online ahead of print March 14, 2012]. *JAMA*. doi:10.1001/jama.2012.362
- ¹⁰Brody H. From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance. *N Engl J Med* 2012;366:1949-51
- ¹¹Health at a Glance 2013 - OECD Indicators - http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312;jsessionid=c1kqtr25h88af.x-oecd-live-02
- ¹²www.slowmedicine.it
- ¹³Bonaldi A, Venero S. Slow Medicine: un nuovo paradigma in medicina. *Recenti ProgMed* 2015; 106: 85-91
- ¹⁴Domenighetti G, Venero S. Fare di più non significa fare meglio. *Salute Internazionale*. info8 maggio 2013
www.saluteinternazionale.info/2013/05/fare-di-piu-non-significa-fare-meglio/
- ¹⁵Hurley R. Can doctors reduce harmful medical overuse worldwide? *BMJ*2014;349:g4289
- ¹⁶Levinson 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.
- ¹⁷Venero S, Domenighetti G, Bonaldi A. Italy's "Doing more does not mean doing better" campaign. *BMJ* 2014;349:g4703
- ¹⁸<http://www.slowmedicine.it/pdf/Pratiche/ASO%20S.%20Croce%20e%20Carle%20di%20Cuneo%20-%20Fare%20di%20piu%20non%20significa%20fare%20meglio%20Aprile%202014-2.pdf>
- ¹⁹Bobbio M, Lusiani L, Frediani R. Troppe procedure. *QUADERNI - Italian Journal of Medicine* 2014; 2: 131-134
- ²⁰Bobbio M, Pirozzi MG. Progetto ChoosingWisely. Considerazioni e implicazioni organizzative. *Tecnica ospedaliera* 2014; 10: 66-71
- ²¹Bert G, Quadrino S. , Parole di medici parole di pazienti, *Il Pensiero Scientifico* 2002
- ²²Quadrino S. Dalla rivoluzione all'alleanza competente, *Salute internazionale info* settembre 2013
- ²³Quadrino S. *Ascolti dottore*, Vallardi editore (di prossima pubblicazione, settembre 2015)