

**Fare di più non significa  
fare meglio.**

**G. Domenighetti, Trieste 2014**

# FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO

È la **trasposizione italiana** di un'iniziativa nata nel 2012 negli USA e denominata **Choosing Wisely** ( **scegli con saggezza** ), promossa in Italia dal movimento **Slow Medicine**, che ha l'ambizione di **promuovere un'alleanza tra medici e cittadini - pazienti** per contrastare l'idea che la salute si possa assicurare unicamente con il consumo di **un sempre crescente** numero di prestazioni e interventi in particolare se ad alto rischio di **inappropriatezza**.

# Obbiettivi principali del progetto «Fare di più non significa fare meglio» sono:

- Combattere l'**inappropriatezza** diagnostica e terapeutica che sottopone i pazienti a rischi supplementari, a sovradiagnosi e a sovratrattamento.
- Evitare lo **spreco di risorse** in sanità che, quando le risorse sono limitate, allontana la società dall'obiettivo di assicurare in modo equo ai propri cittadini il massimo livello di salute e di benessere.

# Quando una prestazione è inappropriata ?

- Secondo la RAND Corporation, l' **«inappropriatezza clinica»** è definita come *"...la prescrizione di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche i cui rischi attesi o gli effetti negativi superano in modo significativo i benefici attesi per un paziente medio con uno scenario clinico specifico"*.
- **Inappropriato** sarà pure *"l'accesso a prestazioni non necessarie"* (overuse) e il *"non accesso a prestazioni e cure necessarie ed adeguate"*. (underuse).

# Alcuni esempi

- L'OMS stima che l'ammontare delle prestazioni che non danno **nessun beneficio** ai pazienti corrispondono a circa il **20 – 40% della spesa** sanitaria ( WHO 2010), negli USA il **30%** (Brody NEJM 2012)
- Il **50%** delle **angioplastiche** su pazienti con angina stabile sono **inappropriate** ( Fonte: JAMA 2011) come pure il **23,4%** delle **colonscopie** (Fonte:JAMA Int Med 2013), il **55,7%** delle **risonanze** magnetiche alla parte lombare della colonna vertebrale (Fonte: JAMA Int Med 2013).
- L' **80%** dei «nuovi» **farmaci** immessi sul mercato negli ultimi 30 anni non sono che **copie** degli esistenti e solo il **2,5%** rappresenta un **progresso** terapeutico (Fonte: Prescrivere 2012)

# Quali i principali determinanti dell'inappropriatezza ?

- Gli **incentivi economici** individuali ( in particolare la remunerazione a prestazione) e gli **obiettivi aziendali** che inducono alla moltiplicazione delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche.
- L'**incertezza** che caratterizza la pratica medica e la più o meno stretta adesione a linee guida “evidence-based”.
- I **conflitti di interesse**.
- La **medicina difensiva**.

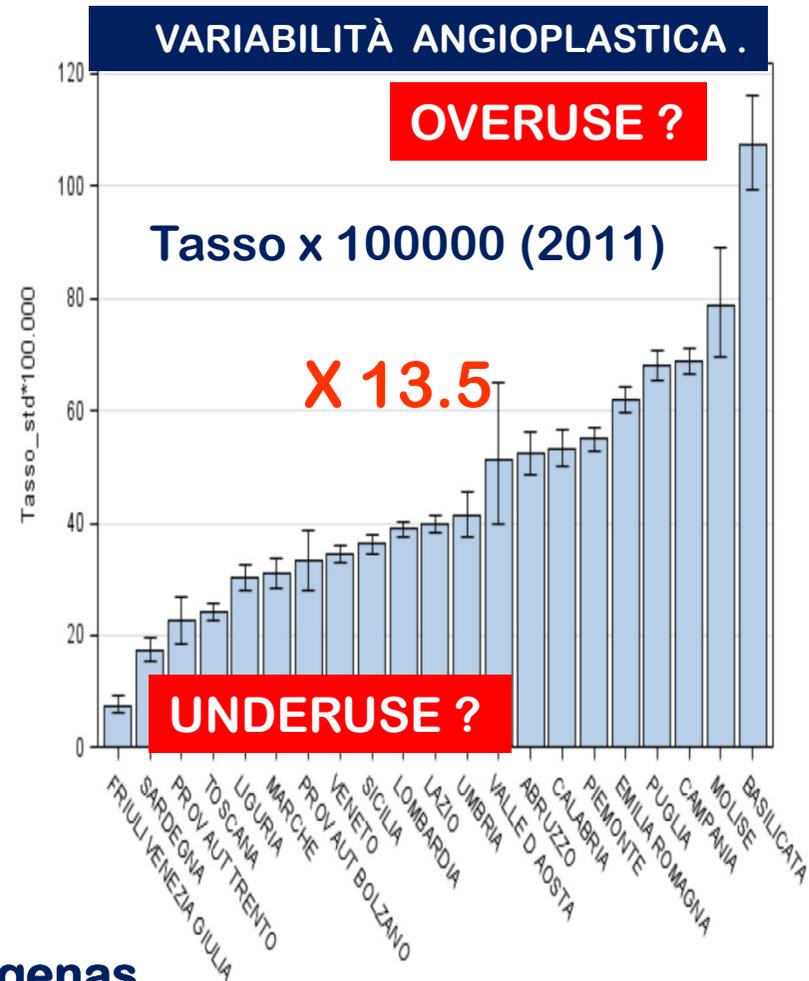
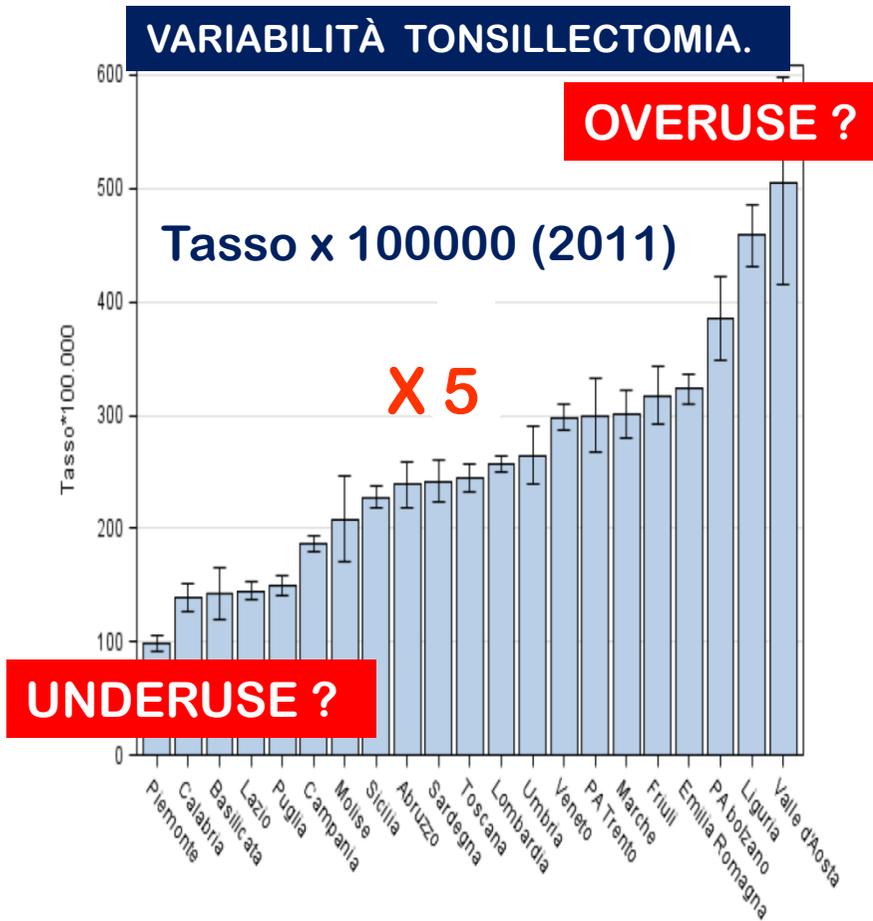
- **Alla ricerca di sprechi e inappropriatazza in Italia.**
- **Una contraddizione ?**
- **Come si articola l`iniziativa “Fare di più non significa fare meglio”.**
- **Quali ostacoli al raggiungimento degli obiettivi del progetto?**

# Sprechi, frodi e inappropriatezza in Italia (alcuni esempi)

- Frodi e corruzione: Italia **5/6 Mia/anno (13.7 / 16.4 Mio €/giorno)** (Fonte: Agenas 2013)
- La Società Italiana di Radiologia Medica ha valutato che il **33%** di **tutti** gli esami **radiologici** sono **inappropriati** (Fonte: Quot.Sanità 2013 )
- il **44%** delle richieste radiologiche **ambulatoriali** sarebbero **inappropriate** ( Fonte: Radiol. Med. 2011)
- Ben **7** dei **12** laboratori di emodinamica dell`area metropolitana di Milano fanno meno di 400 angioplastiche all`anno (criterio minimo GISE) **trattando così da 0.4 a 0.9 pazienti al giorno**  
(Fonte: Costantino, Barbieri SDA Bocconi 2013)

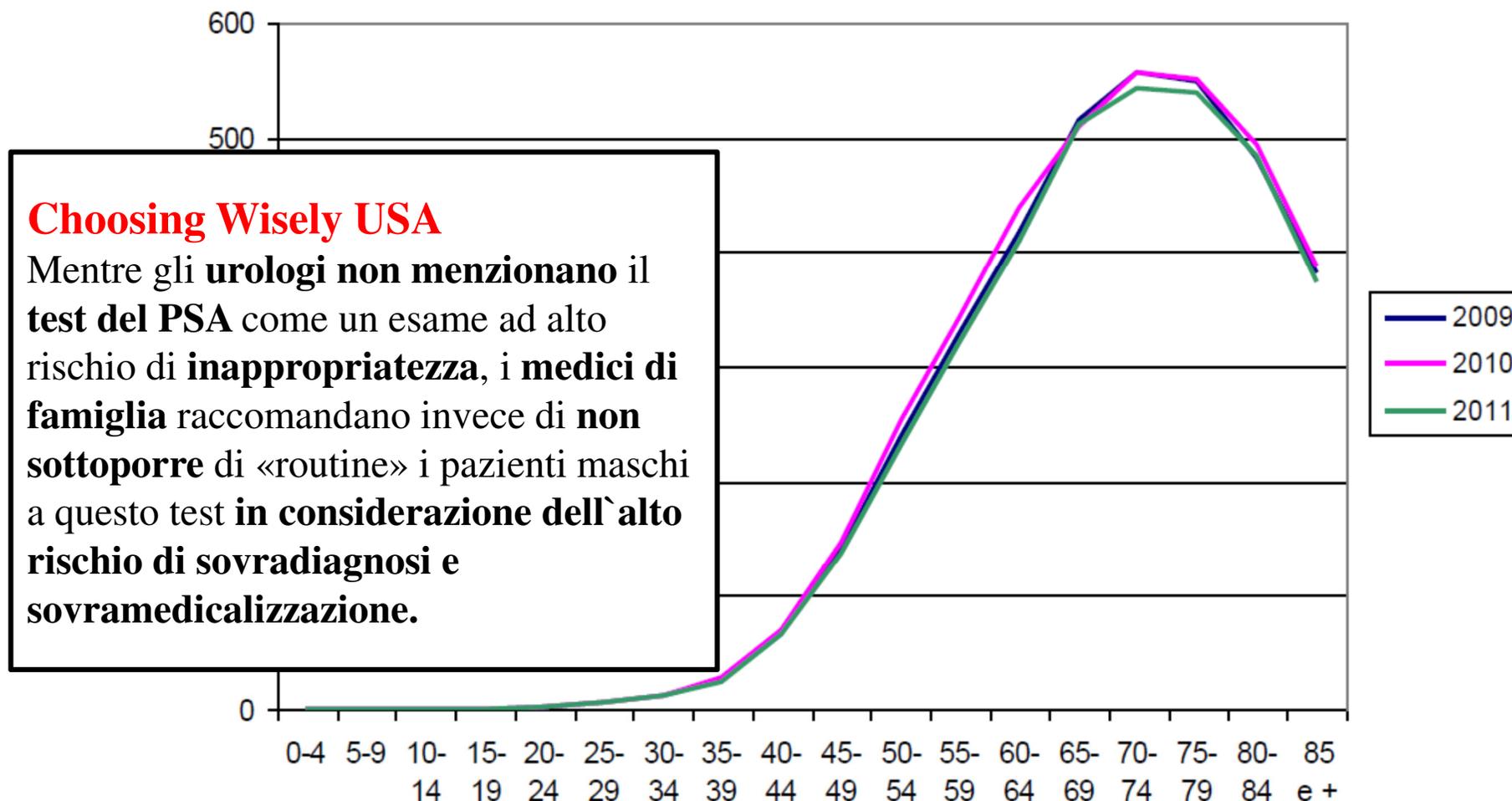
- Su **17 centri** che effettuano trapianti cardiaci **16 non hanno raggiunto** nel 2012-13 lo **standard minimo medio di 25 trapianti** annui definito dalla conferenza Stato-Regioni ( Fonte: SIT 2012-13)
- Su **40 centri** che praticano trapianti di rene **16 non hanno raggiunto** nel 2012-13 lo **standard minimo medio di 30 trapianti** annui (Fonte: SIT 2012-13)
- Se gli **ACE-i** (in particolare il **Ramipril**) fossero i **farmaci di prima scelta** per l'ipertensione (sartani solo in caso di intolleranza) **si risparmierebbero circa 1 Mia di €/anno** ( Fonte: Donzelli, Sal.Int.2013)
- Le capsule di **omega-3** non riducono la mortalità da tutte le cause, né per morte cardiaca, morte improvvisa, né infarti cardiaci o ictus: dunque il loro **uso** nella pratica clinica è **inappropriato**. Risparmio **circa 200 Mio €/anno** (Fonte: Donzelli, Sal.Int. 2013)

- La proposte diagnostiche e terapeutiche **variano** in funzione della **regione di domicilio**, del **servizio attivato** e/o del **medico consultato**



**Fonte: Scuola Sup. S.Anna Pisa / Agenas**

# Test PSA x 1000 residenti (Regione Emilia-Romagna)



Fonte: Sassoli de Bianchi et al. XI Convegno nazionale screening. Palermo dicembre 2012



## ABLIN J. RICHARD

Ha scoperto il PSA nel 1970

### «The Great Prostate Mistake»

«Non ho mai desiderato che la mia scoperta avrebbe portato **ad un tale disastro di salute pubblica** motivato dal profitto. La comunità medica deve **rinunciare all'uso inappropriato del P.S.A.** nello screening. Così facendo si risparmierebbero miliardi di dollari **e si eviterebbero a milioni di uomini trattamenti debilitanti e non necessari**».

(NYT, 9 March 2010)



## OTIS BRAWLEY

Chief medical officer American Cancer Society

« Con il test del PSA avete **50 volte più probabilità di rovinarvi la vita che di salvarla** »

(NYT, 23 March 2009)

# SPRECHI ?

## Tecnologia x milioni di abitanti (2011-2013)

	Italia	UK	Olanda	Francia
• MRI	<b>26.7</b>	5.9	12.9	7.5
• TAC	<b>32.1</b>	8.9	12.5	12.5
<u>Totale</u>	<b>55.8</b>	14.8	25.4	20.0
• CRT (Ter. Res.)	<b>163.4</b>	77.1	88.6	84.0
• ICD (Def.Imp.)	<b>309.6</b>	73.8	194.5	128.0

## Antibiotici DDD x 1000 ab/die (2010-2011)

• Antibiotici	<b>30.2</b>	17.7	10.4	<b>30.0</b>
---------------	-------------	------	------	-------------

## Tagli cesarei x 100 nati vivi (2011)

• Tagli cesarei (%)	<b>38.4</b>	24.1	15.6	20.2
---------------------	-------------	------	------	------

Fonte: OCSE 2013 / Merkely et al. Europace 2010

# SPRECHI ?

## Robot chirurgico Da Vinci



- **Italia**      **1.1 X**  
Milione di abitanti
- **Francia**      **1.05 X**  
MIO
- **Germania**      **0.75 X**  
MIO
- **UK**      **0.56 X**  
MIO

# Da Vinci un «gadget» inutile ?

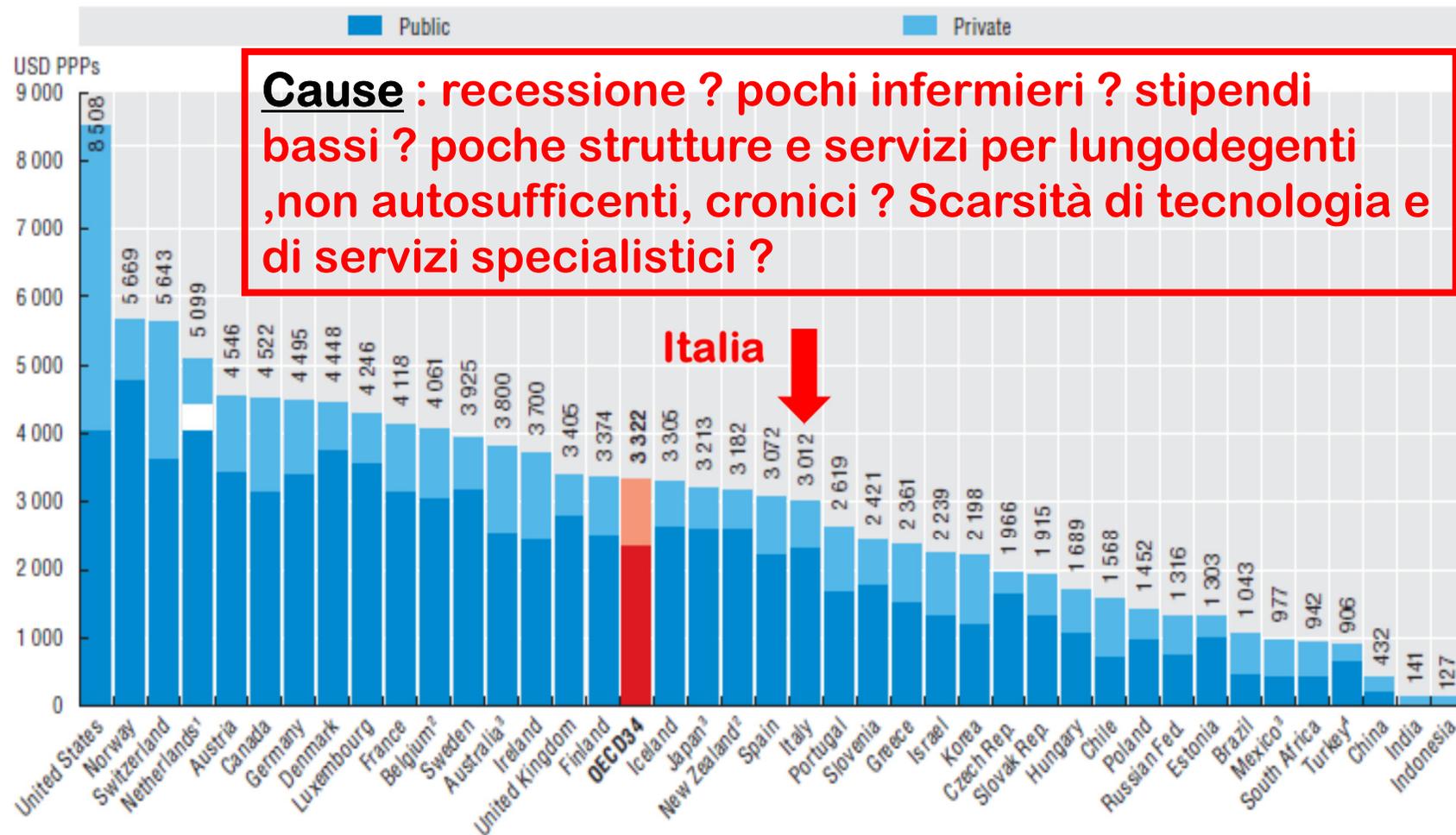
- Nessun vantaggio clinico rispetto alla chirurgia «classica» (laparoscopia) **(NEJM 2010/JAMA 2013/ BMJ 2013)**
- FDA ha contabilizzato 2332 eventi avversi da gennaio a agosto 2013 **(MAUDE FDA database).**
- Richiamati, in dicembre 2013, 1386 apparecchi per mal funzionamento **(FDA)**
- «Learning curve» importante.
- Perdita degli «skills» nella chirurgia «classica»
- Marketing aggressivo, costo elevato, servizi e ricambi onerosi.

***Su 167296 articoli indicizzati su  
PUBMED provenienti dall'Italia  
negli ultimi 10 anni solo 141  
concernevano l'inappropriatezza  
clinica (0.084%) e 47  
l'inappropriatezza organizzativa  
(0.03%).***

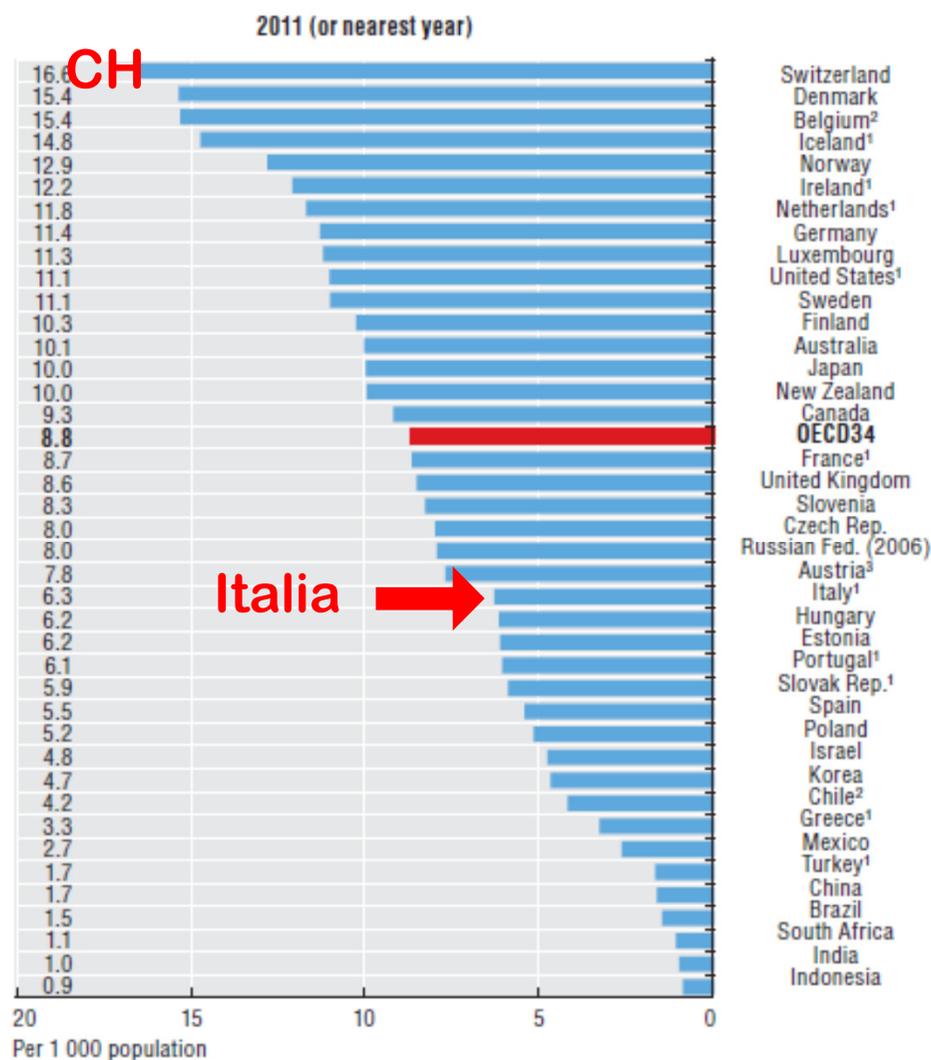
**Una contraddizione ?**

# Spesa San. X abitante 2011

7.1.1. Health expenditure per capita, 2011 (or nearest year)



# Practising nurses x 1000 population (2011)



Fonti: OECD 2013 /IPASVI 2014

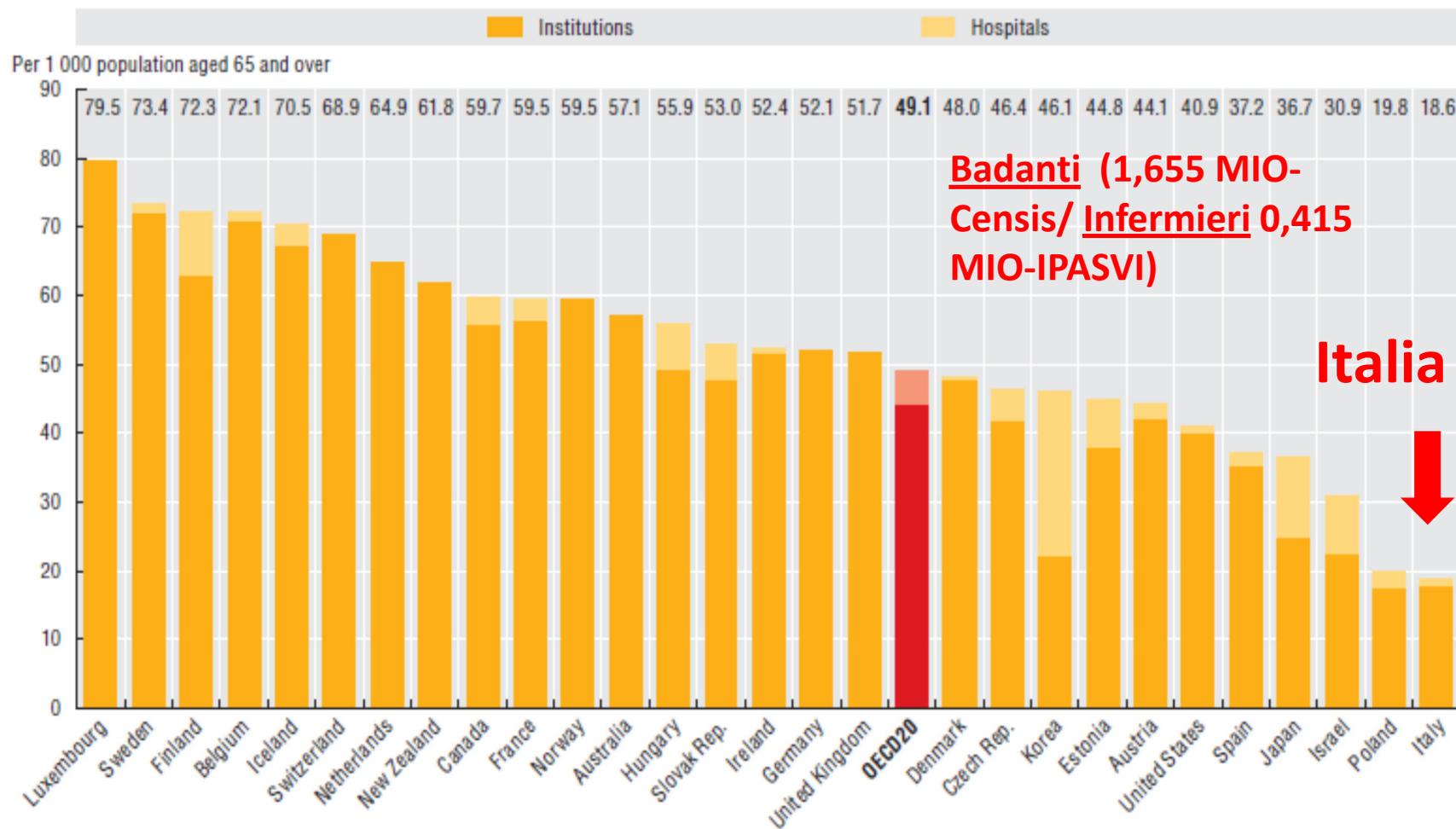
**Italia 6.6** infermieri ogni 1000 abitanti / **1.6** per medico (2012)/ Costo aziendale 40000 Euro x unità

**Svizzera 17.4** x 1000 abitanti/ **4.5** x medico (2012)/ Costo aziendale 70000 Euro x unità

Se l' Italia avesse la stessa densità di infermieri della Svizzera con costi aziendali «svizzeri» (stipendi) la spesa sanitaria italiana totale **aumenterebbe di circa 60 miliardi di Euro passando da circa 150 MIA a 210 MIA (cioè + 40%).**

# Posti letto per lungodegenti negli ospedali e in istituti (RSA)

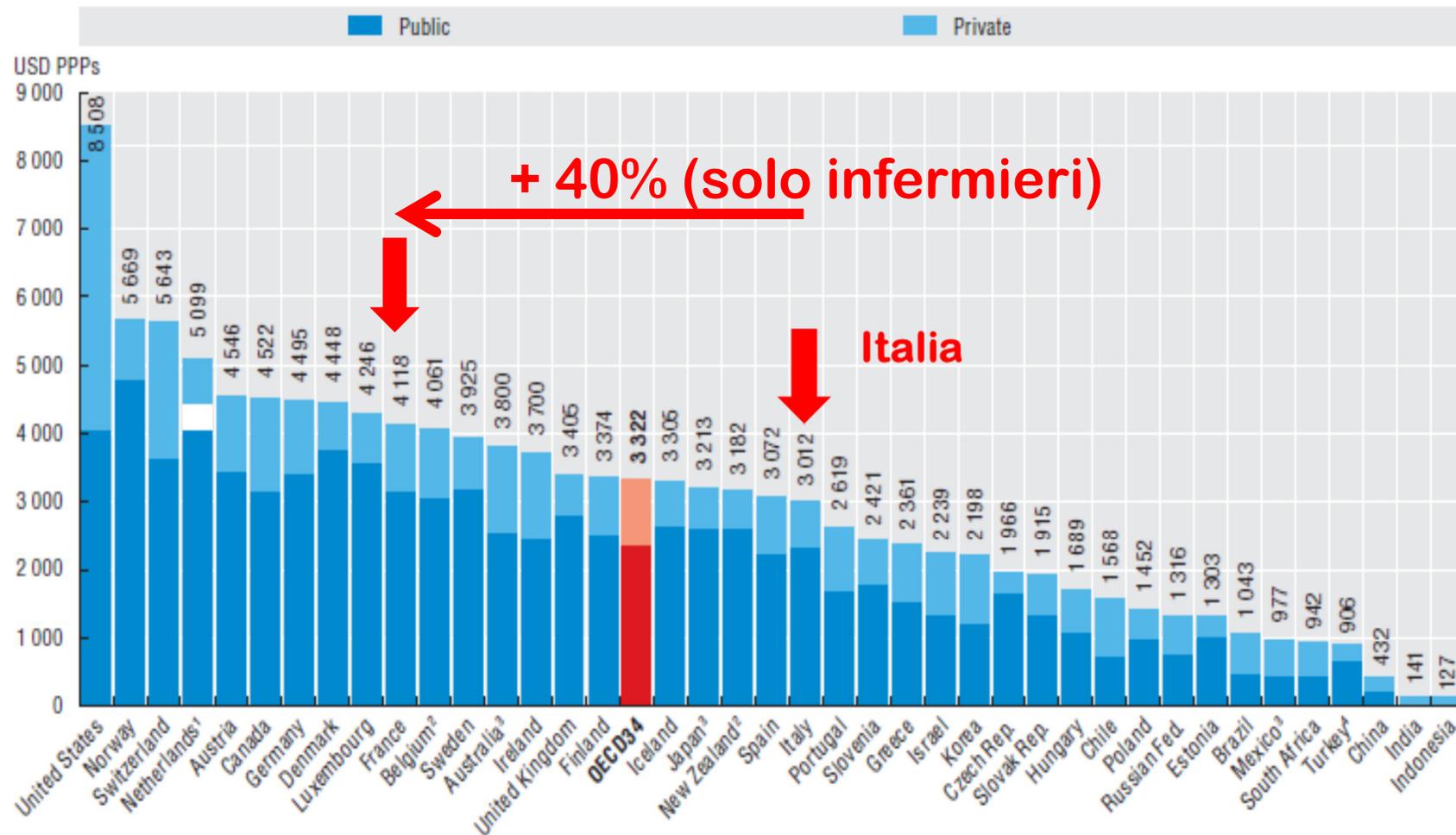
8.8.1. Long-term care beds in institutions and hospitals, 2011 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

# Spesa San. X abitante 2011

7.1.1. Health expenditure per capita, 2011 (or nearest year)



In conclusione, l'Italia sembra aver privilegiato un sistema sanitario ove le **risorse** (e quindi le priorità) sono state **destinate** soprattutto ad una **superdotazione di tecnologie** e servizi specialistici di punta, sovente inutili e sotto-occupati, e generatori di inappropriata **a scapito della** **disponibilità di personale, servizi e strutture per le cure («care»)** alla persona in particolare dei malati non autosufficienti e cronici.

L`iniziativa “Fare di più non significa fare meglio”.

# FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO

The logo for 'Choosing Wisely' features a vertical stack of five colored squares (yellow, green, teal, blue, purple) to the left of the text 'Choosing Wisely' in a bold, black, sans-serif font. A registered trademark symbol (®) is located to the upper right of the word 'Wisely'.

*An initiative of the ABIM Foundation*

The logo for 'Consumer Reports' features the word 'Consumer' in a bold, black, sans-serif font with a red circle over the letter 'o'. Below it, the word 'Reports' is written in a larger, bold, black, sans-serif font.

The logo for 'Consumer Reports Health.org' features the words 'Consumer Reports' in a bold, black, sans-serif font, with a red circle over the 'o' in 'Consumer'. To the right, the text 'Health.org' is written in a blue, sans-serif font, with a small human figure icon above the 'H'.

Negli USA hanno finora aderito al progetto **59 Società di Medici Specialisti**, ciascuna di esse identifica **almeno 5 pratiche ad alto rischio di inappropriatezza** ( Totale **295 pratiche**).

L'organizzazione indipendente di consumatori « **Consumer Reports** » partecipa al progetto pubblicando per **ciascuna prestazione medica identificata come inappropriata** una « Brochure » informativa rivolta ai cittadini.

# FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO



In ITALIA l'Associazione « **SLOW MEDICINE** » si è fatta promotrice nel dicembre 2012 di un'iniziativa analoga ( «**FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO** » ) ed ha iniziato a sollecitare l'adesione al progetto delle **Società Medico-Scientifiche** e quella delle **Associazioni dei Consumatori e dei Pazienti** (**Partecipa Salute, Altro Consumo, ecc...**)



L'iniziativa ha il supporto della **FNOMCeO** e finora **diciannove Società Medico-Scientifiche** hanno formalmente aderito al progetto (**marzo 2014**) e **undici** hanno già definito o stanno ultimando le **cinque pratiche** ad alto rischio di inappropriatazza. **Due ospedali** hanno già aderito al progetto e definito le pratiche, altri stanno valutando l'adesione.

<b>Società partecipanti al progetto e Liste 5 pratiche ad alto rischio di inappropriatezza in Italia</b>	
<b>Società Italiana di Radiologia Medica - SIRM</b>	<b>pratiche definite</b>
<b>Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica - AIRO</b>	
<b>Collegio Italiano dei Primari Medici Oncologi Ospedalieri – CIPOMO</b>	
<b>Cochrane Neurological Field - CNF</b>	
<b>Società scientifiche di IPASVI: AICO, AIOSS, AIUC, ANIMO</b>	
<b>Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO</b>	<b>pratiche definite, in fase di ultima revisione</b>
<b>Società Italiana di Medicina Generale - SIMG</b>	
<b>Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica - ADI</b>	
<b>Associazione Italiana di Neuroradiologia - AINR</b>	<b>pratiche in fase di definizione</b>
<b>Associazione Italiana di Psicogeriatrics - AIP</b>	
<b>Associazione Medici Diabetologi - AMD</b>	
<b>Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani – ADOI</b>	<b>adesione al progetto</b>
<b>Federazione delle Ass.dei Dirigenti Ospedalieri Internisti - FADOI</b>	
<b>Società Italiana di Genetica Umana – SIGU</b>	
<b>Soc.Italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica - SIAAIC</b>	
<b>Associazione Italiana di Medicina Nucleare - AIMN</b>	
<b>Collegio Italiano dei Primari di Chirurgia Vascolare</b>	
<b>Ass. Sc. ANDRIA per la prom. di ass. appropriata in ost.gin. e med. Perin.</b>	
<b>Altre Società scientifiche di IPASVI</b>	
<b>Società Italiana di Cure Palliative SICP</b>	<b>invitate</b>
<b>Società Italiana di Medicina di Laboratorio</b>	

**Quali ostacoli al  
raggiungimento degli obiettivi  
del progetto «Fare di più non  
significa fare meglio» ?**

**DAL LATO DELLA  
DOMANDA  
(Paziente)**



**DAL LATO  
DELL'OFFERTA  
(Medico)**

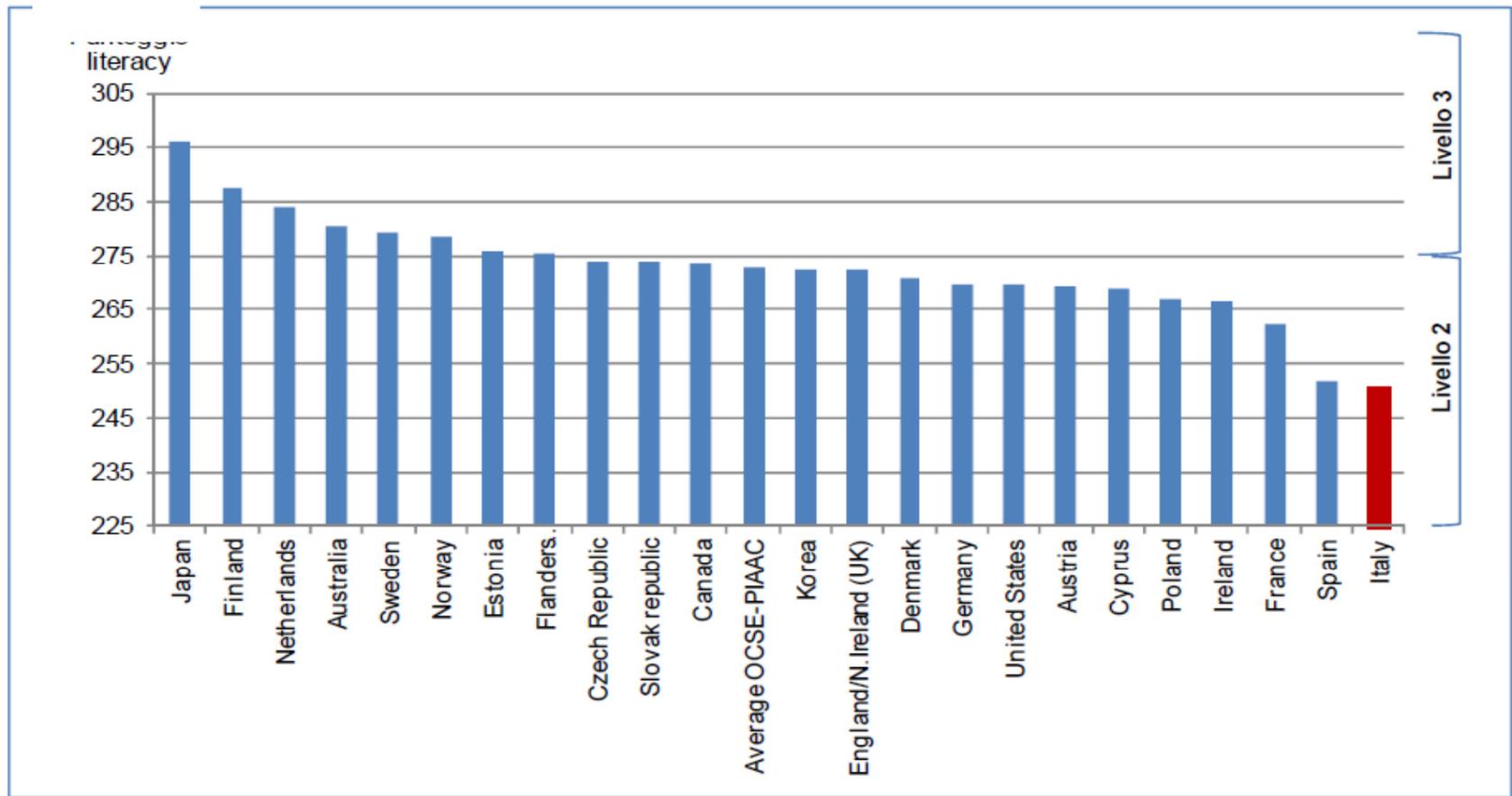
# OSTACOLI DAL LATO DELLA DOMANDA (Paziente)

**Il progetto postula il coinvolgimento attivo dei pazienti («alleanza tra medici e cittadini-pazienti»).**

- Una tale «alleanza» richiede un «**minimo**» di **educazione clinica** da parte del paziente affinché egli possa esprimere delle preferenze circa l'utilità o la futilità delle proposte diagnostiche e/o terapeutiche come pure per interagire attivamente con il medico. **Condizione questa che oggi non è data (scarsa «Health Literacy»).**
- Non esistono studi sulla alfabetizzazione sanitaria in Italia. Essa sembra tuttavia essere **inferiore al livello medio** necessario ad una adeguata comprensione del materiale scritto e per trarre il massimo profitto dalla relazione medico/infermiere – paziente. **(Patrizia Fabbri, conferenza 1 febbraio 2014 a Ferrara)**

L'ipotesi precedente si fonda sullo studio sulle competenze linguistiche e matematiche degli adulti italiani che sono le più basse tra i 22 paesi partecipanti allo studio PIAAC/OCSE (2013)

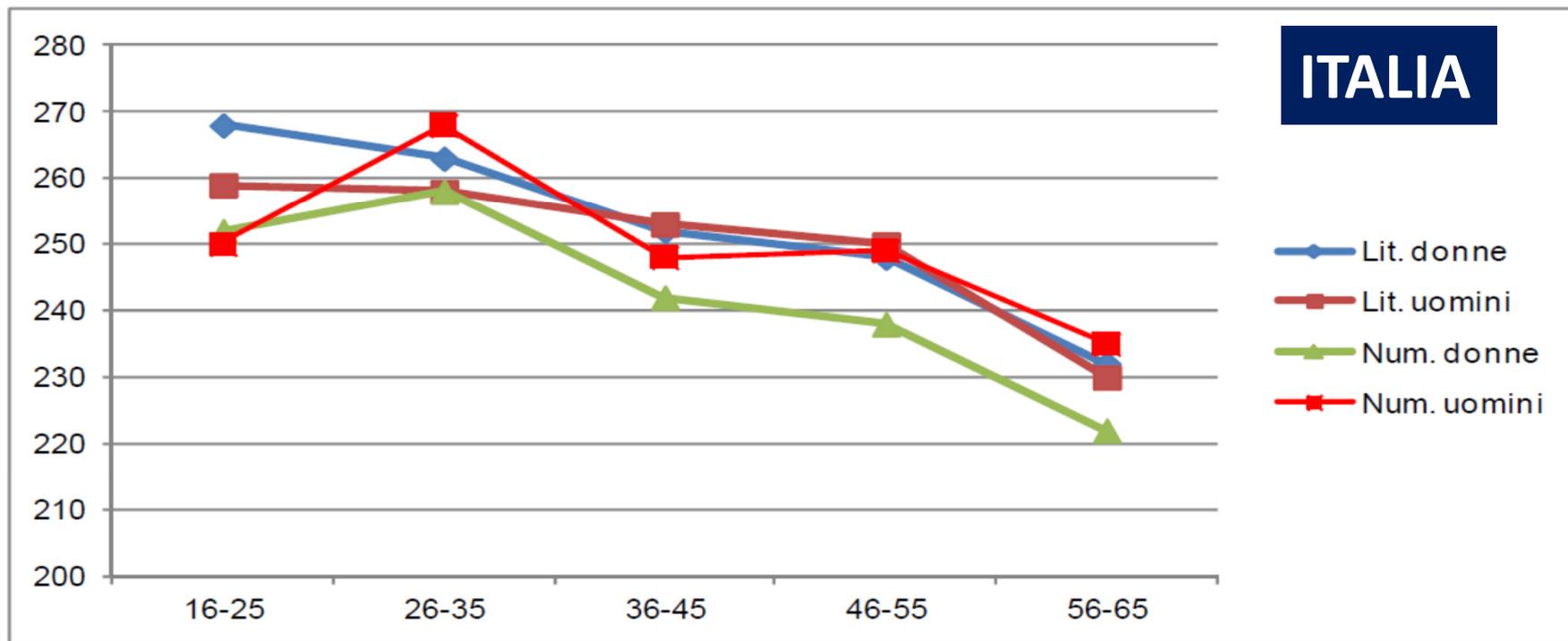
Figura 4 - Confronto punteggio medio di *literacy* ottenuto nei Paesi partecipanti all'indagine PIAAC



Fonte: elaborazione ISFOL su dati OCSE-PIAAC

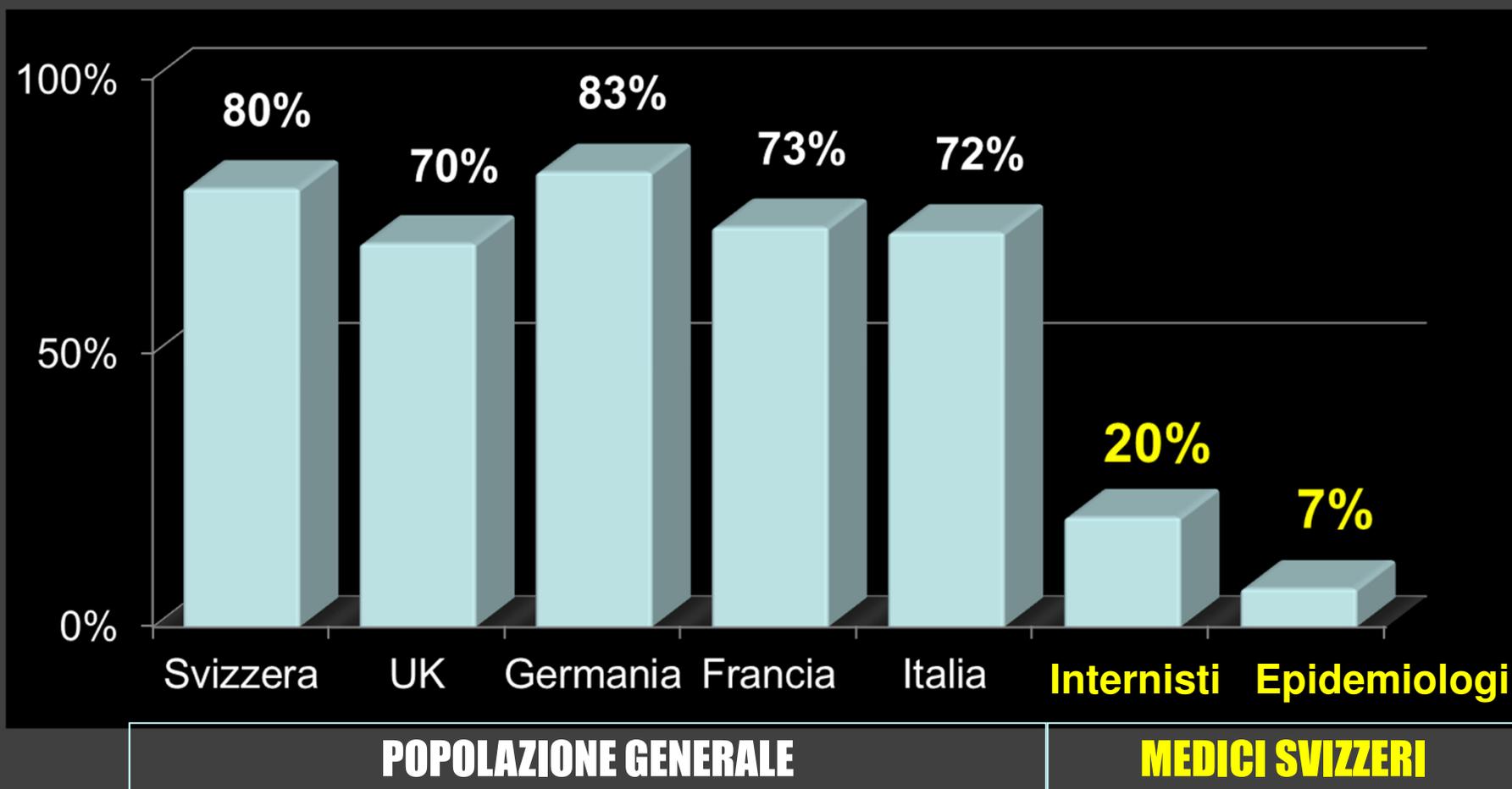
Non sorprende che lo studio PIAAC/OCSE abbia evidenziato che le **competenze diminuiscono** in funzione dell'avanzamento **dell'età**, ciò che pone ulteriori difficoltà nell'«empowerment» dei pazienti con **multimorbilità**.

**Differenze di genere per classi di età nella *literacy e numeracy***



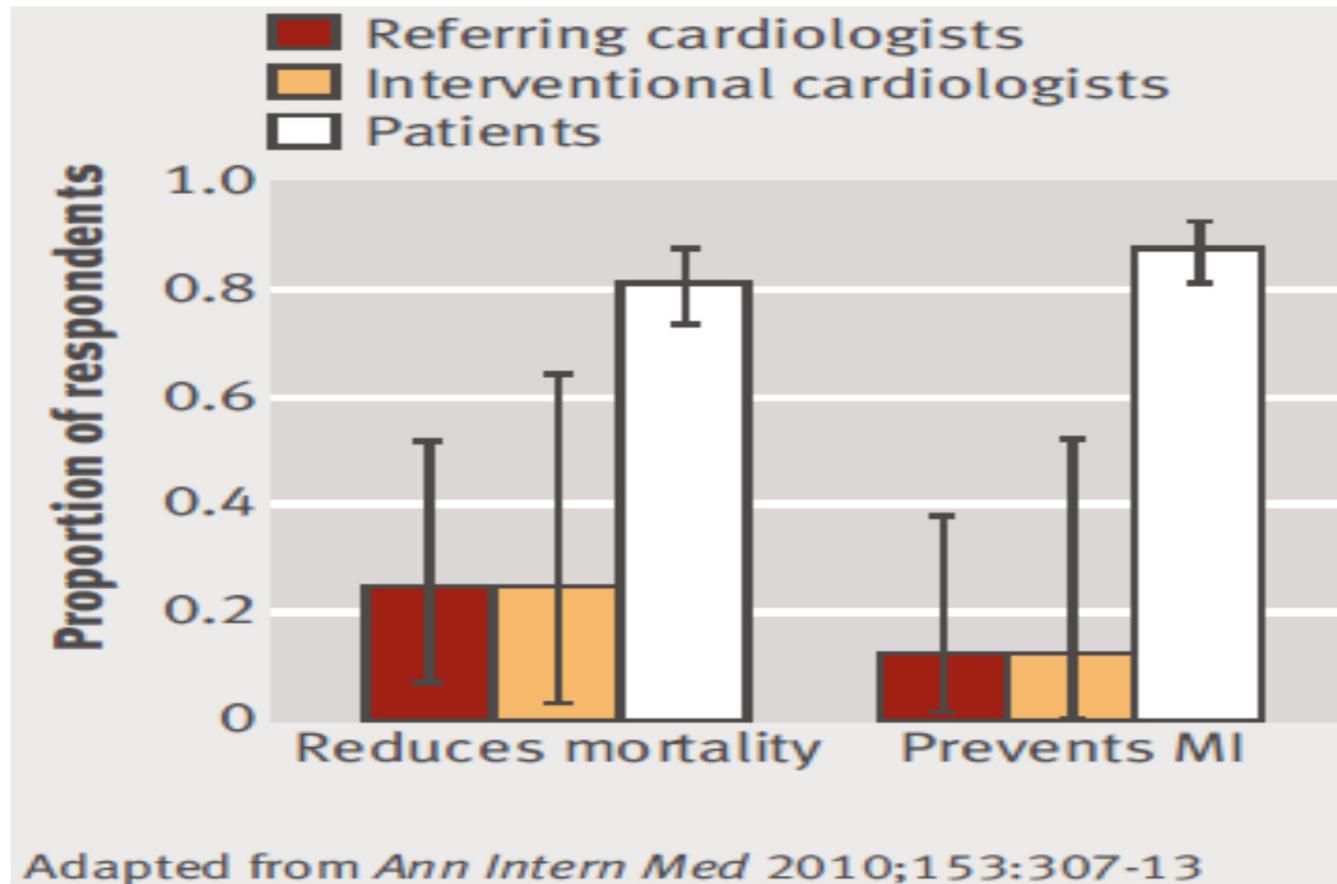
Fonte: elaborazione ISFOL su dati OCSE-PIAAC

# Proporzione di cittadini che ritengono che la medicina sia una scienza esatta o quasi



Fonte: Domenighetti, Grilli, Liberati. Int J Tech Ass Health Care (1998)

# PERCEZIONE DEI PAZIENTI E DEI MEDICI DEI BENEFICI DELL'ANGIOPLASTICA CORONARICA



- La relazione dominante medico-paziente è invece ancora di tipo «**paternalista**» (ca. 80%) dove il **paziente**, non avendo conoscenze tecniche, segue **pedissequamente** le proposte del medico.
- Inoltre il paziente è di regola «**ostaggio**» del proprio problema sanitario il che contribuisce ulteriormente ad una **perdita di autonomia** nella relazione con il professionista.
- Da ultimo, in che misura i cittadini-pazienti percepiranno l'«inappropriatezza» di una prestazione come un **razionamento implicito o il preludio ad uno esplicito** ?

# OSTACOLI DAL LATO DELL'OFFERTA (Medico)

- In che misura **i singoli medici** aderiranno **effettivamente** al progetto ed **eviteranno, quando necessario, le pratiche** identificate dalla propria società scientifica di appartenenza come essere ad **alto rischio di inappropriatelyzza** ?
- Diversi specialisti (ad esempio i radiologi) eseguono prestazioni **prescritte da altri specialisti**. In che misura i primi saranno disposti, ove necessario, a discutere con il «vero» prescrittore l'appropriatezza del test o della pratica richiesta ?

- In che misura **la propensione ad evitare** le pratiche ad alto rischio di inappropriata sarà effettivamente «onorata» allorché questa scelta **entra in conflitto** con gli **incentivi economici individuali** ? ( per i medici **il cui reddito**, o parte di esso, dipende dal volume e dalla tipologia della prescrizione oppure se esso è legato al conseguimento di **obiettivi «aziendali»**).
- In che misura la paura di contenziosi legali (**medicina difensiva**) influirà sull'appropriatezza dei comportamenti prescrittivi ?

# Il progetto: una «foglia di fico» ?

- Senza l'implementazione di un serio sistema di valutazione dell'impatto del progetto la definizione delle pratiche ad alto rischio di inappropriatazza rischia di essere **una «foglia di fico»** per le **società scientifiche**.
- Attuabile invece la valutazione dell'impatto **a livello ospedaliero**.



## **In conclusione:**

- **il coinvolgimento attivo dei pazienti nella concretezza delle scelte rimarrà probabilmente per la grande maggioranza di essi un mito.**
- **di conseguenza la partecipazione effettiva dei medici richiederà grande senso di responsabilità ed un coinvolgimento anche etico nel progetto.**
- **le liste delle pratiche ad «alto rischio» identificate dovrebbero essere «coraggiose», cioè con un reale impatto sulla pratica clinica, e essere oggetto di una verifica «di coerenza» multidisciplinare.**
- **infine dovrà essere obbligatoriamente implementata una valutazione dell'impatto del progetto .**